

Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa

Performance of the oral health team in home care in the context of the Family Health Strategy: an integrative review

Renata Marques da Silva (<https://orcid.org/0000-0002-9165-7969>)¹

Ana Carolina Oliveira Peres (<https://orcid.org/0000-0002-0444-8705>)¹

Daniela Lemos Carcereri (<https://orcid.org/0000-0003-2931-7207>)¹

Abstract *This is an integrative review that aimed to analyze the performance of the oral health team in home care within the Family Health Strategy, after the publication of the National Oral Health Policy Guidelines. Databases PubMed, Lilacs and SciELO were used in the 2004-2018 period. The selected papers (n=17) were organized in Excel sheet with data: author, year of publication, title, objectives, publishing journal, study location, type of study and thematic category. Two categories emerged from the thematic analysis: "Oral health practices in the household context and the work process of the oral health team" (n=11) and "Instruments for the management and evaluation of home care by the oral health team" (n=6). The scientific production showed low frequency of home visits, lack of prioritization and systematization of home care actions and weak interaction with the family health team. The home care protocols and instruments for the prioritization of home visits indicate the potential to overcome the clinical approach restricted to the dental office. Fourteen years into the publication of the National Oral Health Policy guidelines, the household is a territory to be conquered by the oral health team.*

Key words *Oral health, Home care, Family health*

Resumo *Trata-se de uma revisão integrativa com o objetivo de analisar a atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar no contexto da Estratégia Saúde da Família, após a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Utilizou-se as bases de dados PubMed, Lilacs e SciELO, no período de 2004-2018. Os artigos selecionados (n=17) foram organizados em planilha Excel com os dados: autor, ano de publicação, título, objetivos, periódico de publicação, localização do estudo, tipo de estudo e categoria temática. Da análise temática emergiram duas categorias: "Práticas de saúde bucal no contexto domiciliar e o processo de trabalho da equipe de saúde bucal" (n=11) e "Instrumentos de gestão e avaliação da atenção domiciliar para a equipe de saúde bucal" (n=6). A produção científica evidencia baixa frequência de visita domiciliar, falta de priorização e sistematização das ações de atenção domiciliar e pouca interação com a equipe de saúde da família. Os protocolos de atenção domiciliar e os instrumentos de priorização de visitas domiciliares indicam potenciais caminhos para superar o enfoque clínico restrito ao consultório odontológico. Decorridos 14 anos da publicação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal o domicílio configura-se em um território a ser conquistado pela equipe de saúde bucal.*

Palavras-chave *Saúde bucal, Visita domiciliar, Saúde da família*

¹ Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina. R. Delfino Conti 1240, Trindade. 88040-535 Florianópolis SC Brasil. odontologiarenata@gmail.com

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi como uma “carta fundadora” de uma nova ordem social, que se chocou com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e segmentação no campo da atenção à saúde. A organização da assistência foi o foco da atuação setorial desde o início da implantação do SUS, com o desafio de substituir o modelo hospitalocêntrico e de livre demanda, por um modelo centrado no usuário¹.

Na atenção à saúde bucal, o modelo predominante no país é a “odontologia de mercado”, que restringe o acesso da população por transformar o cuidado odontológico em mercadoria, adquirida somente por quem tem recursos. Certamente, as condições dentárias são um dos mais importantes sinais de exclusão social. O enfrentamento desse problema requer políticas intersetoriais que integrem ações preventivas, curativas, reabilitadoras e, principalmente, o compromisso do Estado, como determina a Constituição da República².

Com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.444, em dezembro de 2000, incluindo as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF)³. A publicação da Portaria nº 267, de março de 2001, regulamentou e estabeleceu o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Primária⁴. Tais políticas promoveram aumento da rede de serviços em todo o país e importante aporte de recursos no financiamento público da saúde bucal⁵.

Em 2004, a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) representou o marco teórico da saúde bucal brasileira⁶. Tais diretrizes orientam que as ações e serviços de saúde bucal devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde da população, sendo imperativa a aproximação dos profissionais com os usuários e o território. Ao tratar da ampliação e qualificação das ações de saúde bucal, destacam a realização de visitas domiciliares (VD) a pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando a identificação dos riscos, acompanhamento e tratamento necessário⁷.

O caderno de Atenção Básica nº 17, que reorienta o modelo de atenção à saúde bucal no SUS, aponta que a organização da atenção domiciliar (AD) é um dos principais desafios para as ESB⁸. A AD à saúde engloba a VD, o atendimento e a internação domiciliar, sendo que cada uma delas possui objetivos e características específicas⁹.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a realização da AD como uma atribuição comum das equipes de saúde¹⁰, porém esses profissionais sofrem um importante conflito, frente a dificuldade de assegurar às famílias/usuários o cuidado em domicílio e concomitantemente continuar responsáveis por todas as demais famílias do território e pela rotina da Atenção Básica (AB)¹¹.

A AD pode ser entendida como uma modalidade substitutiva de organização da atenção em saúde e como dispositivo para a produção de inovação no cuidado, a partir de um ambiente desinstitucionalizado¹¹.

A mudança do modelo de atenção é um processo complexo, que depende da incorporação de transformações no processo de trabalho em saúde quanto aos seus propósitos, objetos, meios e, fundamentalmente, nas relações entre profissionais e a população usuária dos serviços. Para que a mudança no modelo tecnoassistencial seja efetiva, o usuário precisa assumir a centralidade na produção do cuidado, expressando suas necessidades e ocupando o lugar de sujeito na construção de projetos terapêuticos¹².

Embora o cenário normativo tenha mudado há mais de uma década, no interior das ESB o modo de se fazer saúde ainda reproduz modelo biomédico, com centralização das ações no cirurgião-dentista (CD), enfoque individual e curativista, pouca inserção comunitária e dificuldades no trabalho em equipe, em um cenário de universalização excludente e integralidade seletiva das ações e serviços de saúde bucal^{6,13,14}.

Foram localizados estudos que analisam o processo de trabalho das ESB na linha do tempo, porém tais estudos não destacam tampouco se aprofundam na temática da AD. Diante da relevância do tema e da lacuna identificada na literatura indaga-se: “Quais são evidências da atuação da ESB no contexto domiciliar?”. O presente artigo teve por objetivo analisar a atuação da ESB na AD no contexto da ESF após a publicação das Diretrizes da PNSB, com base na revisão integrativa da literatura.

Metodologia

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, método da Prática Baseada em Evidências (PBE) que contribui para o aprofundamento do conhecimento sobre um tema. Por meio dele, é possível reunir e sintetizar resultados de pesquisas de forma sistemática e ordenada, facilitando a

incorporação de evidências no redirecionamento das práticas assistenciais¹⁵. Foram etapas desta revisão: 1 - elaboração da pergunta norteadora, 2 - busca na literatura, 3 - coleta de dados e elaboração de planilha no programa Microsoft Excel® com os dados relativos aos artigos científicos, 4 - análise crítica dos artigos incluídos, 5 - discussão dos resultados e 6 - elaboração do relatório final compondo a síntese qualitativa da literatura¹⁶.

O levantamento bibliográfico foi feito nas bases de dados PubMed (*Public Medical Literature Analysis Online*), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). A busca foi feita simultaneamente por dois revisores, entre maio e junho de 2018. Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: estudos que abordassem a atuação da ESB na AD no contexto da ESF, originais, publicados entre os anos de 2004 e junho de 2018, disponíveis online na forma completa, em português, inglês ou espanhol. Foram excluídas teses, dissertações e artigos de opinião. Definiu-se o ano de 2004 como recorte temporal, pela publicação das Diretrizes da PNSB⁷. A chave de busca utilizada foi composta por descritores que pertencem ao *Medical Subject Headings* (MeSH) ou são seus análogos disponibilizados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) sendo eles: (“*home care*”) AND (“*oral health*”) AND (“*family health*”) utilizados em inglês ou português de acordo com a base de dados. O operador booleano “AND” foi utilizado para as combinações.

A busca e seleção dos artigos foi feita por duas pesquisadoras, concomitantemente, com os mesmos critérios em todas as bases de dados. A seleção inicial dos artigos foi feita mediante leitura dos títulos e resumos; caso houvesse dúvida quanto ao conteúdo do artigo, buscou-se realizar leitura na íntegra. Posteriormente, excluiu-se os artigos duplicados e foi feita a leitura minuciosa de cada artigo na íntegra, avaliando sua relação com a temática. Ao final, 17 artigos foram selecionados e organizados em uma planilha no Microsoft Excel® com os seguintes dados: autor, ano de publicação, título, objetivos, periódico de publicação, localização do estudo, tipo de estudo e categoria temática. Os artigos foram analisados pela técnica de análise temática¹⁷ que consistiu em leitura flutuante do conteúdo, codificação, categorização e articulação com os seguintes referenciais teóricos: as Diretrizes da PNSB⁷ e o Caderno de Atenção Básica nº 17⁸.

Resultados

A busca inicial nas bases de dados obteve um total de 477 publicações, sendo 430 no PubMed, 10 artigos na Lilacs e 37 artigos no SciELO. Desse total, pela leitura do título foi possível excluir 439 artigos. Após essa etapa, dos 38 artigos restantes, 8 foram excluídos por duplicação, e após a leitura de 30 resumos, 9 foram excluídos por não abordarem aspectos da AD na ESB. Foram lidos na íntegra, 21 artigos científicos, 4 foram excluídos por não apresentarem foco no processo de trabalho da ESB na ESF. Finalmente, o corpo de análise desta revisão integrativa foi composto por 17 artigos (16 em português e 01 em inglês). A Figura 1 apresenta o diagrama de seleção.

Todos os artigos selecionados foram publicados em revistas nacionais, com destaque para a Revista Ciência & Saúde Coletiva com maior quantidade de artigos publicados na temática desta revisão (n = 8). Ocorreu um predomínio de publicações da região Nordeste (n = 8), seguidos do Sudeste (n = 5), Sul (n = 2), Norte (n = 1) e um artigo em âmbito nacional. Notou-se equilíbrio quanto a metodologia utilizada nos artigos selecionados, 47% foram estudos quantitativos (n = 8), 41% qualitativos (n = 7), houve ainda um relato de experiência e um estudo que buscou criar um instrumento de sistematização de VDs para a ESB. O mesmo equilíbrio pode ser notado quanto ao ano de publicação, tendo duas publicações sobre a temática nos anos de 2007, 2008, 2010, 2011, 2013, 2015 e 2016; os anos de 2006, 2012 e 2017 tiveram uma publicação.

Após a análise temática, emergiram duas categorias, que contribuem para a compreensão da atuação da ESB no contexto domiciliar na ESF e serão detalhadas na discussão à luz dos referenciais teóricos utilizados para esta revisão. O Quadro 1 sintetiza as principais contribuições de cada artigo analisado.

Discussão

A revisão evidenciou a importância da discussão das diferentes temáticas que emergem da atuação da ESB na AD. Destaca-se a variedade de métodos utilizados para a investigação dos processos de trabalho no contexto domiciliar, reforçando a relevância e a complexidade das questões que permeiam a produção do cuidado em saúde.

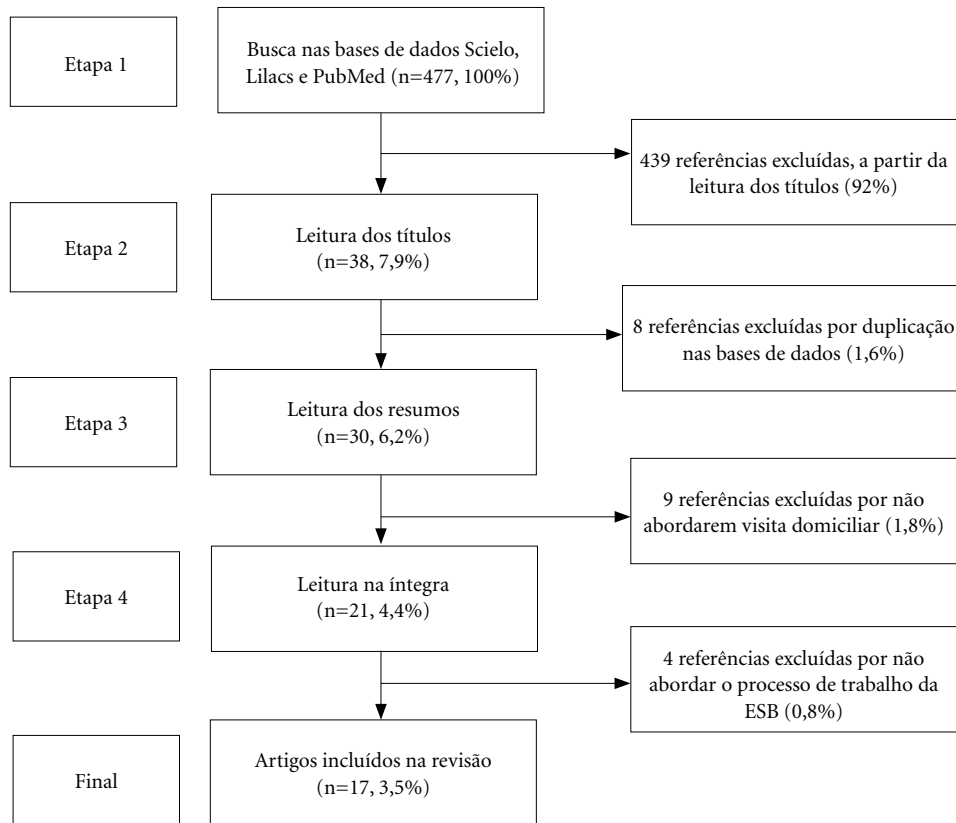


Figura 1. Diagrama de fluxo da seleção de artigos.

Práticas de saúde bucal no contexto domiciliar e o processo de trabalho da equipe de saúde bucal

Esta categoria traz evidências do processo de trabalho da ESB na AD na ESF, quanto a frequência, direcionamento das ações, práticas realizadas no domicílio, trabalho em equipe e a criação de vínculo entre equipe de saúde e a população. A maioria dos estudos¹⁸⁻²⁷, objetivou conhecer o perfil de práticas e o processo de trabalho da ESB.

Apenas um estudo²⁸ teve como foco de análise a VD e o cuidado domiciliar desenvolvido pelo CD. Neste estudo, foram utilizados dados da avaliação externa do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Das 17.202 equipes de saúde do país, chega próximo de 100% o número de equipes de saúde da família avaliadas que realizam VD. O cuidado no domicílio é realizado por mais de 90% dos profissionais da equipe m

nima, e por 50% dos profissionais da saúde bucal, indicando que a ESB tem desafios a superar para realização de novas práticas na atenção básica.

O diagnóstico trazido por este estudo²⁸ foi reafirmado pelas evidências nesta revisão. Apesar de ser considerada um indicador de mudança no modelo assistencial, a VD realizada pelo CD demonstra não ter sido incorporada na rotina das ESB, apresentando baixa periodicidade^{18-20,22,23,26} e ocorrendo de forma isolada dos demais profissionais da equipe^{24,26}. Essa atuação na VD contraria o que preconiza as Diretrizes da PNSB, que indica que a ESB deve ser – e se sentir – parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção, trabalhando de forma interdisciplinar⁷. Somente um estudo abordou o trabalho dos técnicos de saúde bucal (TSBs) em VDs²⁷. Da análise do autorrelato de funções executadas por 231 TSBs no Estado de Minas Gerais, um alto índice relatou realizar VD (77,9%), demonstrando a fortaleza de empreender tempo nas atividades preventivas/coletivas, além das ati

Quadro 1. Relação dos estudos selecionados: Autor(es), ano de publicação, título do estudo, revista científica onde foi publicado, tipo e local do estudo e principais evidências do estudo.

Autor(es)/ Ano de Publicação	Título	Revista	Tipo de estudo e local	Principais evidências dos estudos
Araújo e Dimenstein (2006) ¹⁸	Estrutura e organização do trabalho do CD no PSF de municípios do Rio Grande do Norte (RN).	Ciência & Saúde Coletiva	Qualitativo/RN	As VDs eram pouco executadas, sem priorização de acordo com o risco das famílias sendo uma reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas no processo de trabalho do CD.
Vilarinho et al. (2007) ²¹	Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI).	Revista Odonto Ciência	Quantitativo/PI	70,8% dos CD realizaram VD agendados nas residências através dos ACS e/ou da ESB, sendo a VD um instrumento para a nova dinâmica da ESF. O principal desafio para a mudança de modelo é a alta demanda por atendimentos clínicos.
Chaves e Silva (2007) ²⁰	As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia	Ciência & Saúde Coletiva	Qualitativo/BA	Na prática, predominam as leis do subcampo privado: ação individual restrito ao consultório. Apenas 1 CD relatou realizar VD em sua semana típica. Ausência de consolidação de vínculo entre profissional e usuários do serviço.
Barbosa et al. (2007) ¹⁹	Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município.	Ciência Odont. Brasil	Qualitativo/RN	Os profissionais demonstram interação com a comunidade, todavia apenas 4,65% dos entrevistados destacou a VD, dando ênfase à prevenção do câncer bucal. As VDs são orientadas para gestantes, idosos, acamados. A abordagem principal são orientações de higiene oral e identificação de lesões bucais.
Almeida e Ferreira (2008) ²²	Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo.	Cad. de Saúde Pública	Qualitativo/RN	Dos 91 CDs, 43 realizavam VD, para os grupos de: acamados, idosos e indivíduos sem locomoção; gestantes, mães e recém-nascidos. O ACS identifica os indivíduos a serem visitados. Quanto às práticas domiciliares faz-se: orientação de higiene bucal e dieta; avaliação das condições e hábitos de vida; estímulo ao autoexame de câncer de boca. Em relação à proporção de VD realizadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais de nível superior, a VD da ESB, representou apenas 20,5% quando comparada às outras categorias. A alta demanda por atendimento clínico foi uma das limitações à realização da VD.
Faccin et al. (2010) ²³	Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade	Ciência & Saúde Coletiva	Qualitativo/SC	Os profissionais expressam dúvidas sobre o que fazer na VD. A VD é um recurso útil para a SB se bem delimitada, como em situações cujo a dinâmica familiar interfere no processo saúde-doença e a presença do CD in loco traz benefícios na compreensão da realidade do usuário. Estabelece ou fortalece o vínculo, e também pode ser utilizada para intervenções curativas em pacientes impossibilitados de se deslocarem até a UBS, quando há disponibilidade de equipamentos.

continua

Quadro 1. Relação dos estudos selecionados: Autor(es), ano de publicação, título do estudo, revista científica onde foi publicado, tipo e local do estudo e principais evidências do estudo.

Autor(es)/ Ano de Publicação	Título	Revista	Tipo de estudo e local	Principais evidências dos estudos
Emmi e Barroso (2008) ³⁹	Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará.	Ciência & Saúde Coletiva	Quantitativo/PA	Já as visitas em casa, mencionadas por 30 usuários, possibilitaram um maior contato com o profissional, facilitaram o atendimento, sendo evitado que o usuário se desloque até a Unidade em busca de atendimento. As melhorias de maior importância para a população da amostra são, nessa ordem: as orientações de higiene oral, o maior acesso ao atendimento e as VDs.
Pimentel et al. (2010) ²⁴	Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE)	Ciência & Saúde Coletiva	Qualitativo/PE	Evidenciou-se que vários profissionais da equipe vêem o CD voltado somente ao atendimento clínico e que quando não está em atendimento no consultório “não está fazendo nada”. Na visão da equipe o CD deve estar dentro do consultório só fazendo restauração, ambulatório e que ele não tem que fazer VD ou ir à escola fazer uma palestra.
Moura et al. (2013) ²⁶	Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí	Ciência & Saúde Coletiva	Quantitativo/PI	Apenas 27% realizam VD multiprofissional e em 48,6% dos casos a população é visitada independente da necessidade. A VD ainda não foi incorporada na rotina dos CD, tem periodicidade variada e os locais são designados pelo ACS. Os obstáculos para a VD multiprofissional são: a prioridade da equipe à atividade; a disponibilidade de veículos para conduzir os profissionais; territórios não seguros para VD a pé.
Sanglard-Oliveira et al. (2013) ²⁷	Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil.	Ciência & Saúde Coletiva	Quantitativo/MG	Dos 231 TSB participantes, 77,9% realizavam VD's e 15,2% realizaram atividades clínicas nas VD's, sendo o TSB mais um agente multiplicador e educador de saúde, com intervenção direta extraclínica, participando e colaborando na programação das VD's e em ações coletivas de saúde. Os TSBs têm despendido seu tempo mais em atividades preventivas/coletivas extraclínica do que em atividades assistenciais individuais.
Colussi e Calvo (2011) ³⁷	Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica.	Cad. de Saúde Pública	Quantitativo/SC	11 municípios catarinenses não responderam, e 71 disseram que nenhuma das suas UBS realizou VD de SB para idosos com impossibilidade de locomoção (acamados). A limitação incapacitante não deve ser um fator de impedimento para o provimento da atenção em saúde bucal.

continua

vidades assistenciais, na reorganização das práticas de saúde bucal na atenção básica²⁷.

As Diretrizes da PNSB⁷ indicam que ações de educação em saúde podem ser desenvolvidas pelo CD, TSB, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS), especialmente durante as VDs. Nesse sentido, um estudo²⁵ buscou analisar a interferência das ações de educação

em saúde bucal para adolescentes na ESF, por ser uma faixa etária que pouco frequenta a Unidade Básica de Saúde (UBS). Dividiram-se os adolescentes em três grupos: os que participaram de atividades educativas desenvolvidas na escola; os que tiveram orientações de saúde bucal durante VDs mensais dos ACS, capacitados previamente pela ESB e os que participaram de um grupo se-

Quadro 1. Relação dos estudos selecionados: Autor(es), ano de publicação, título do estudo, revista científica onde foi publicado, tipo e local do estudo e principais evidências do estudo.

Autor(es)/ Ano de Publicação	Título	Revista	Tipo de estudo e local	Principais evidências dos estudos
Szpilman e Oliveira (2011) ⁴⁰	A Percepção dos usuários sobre os serviços de odontologia em UBS de Vila Velha (ES), Brasil.	Revista Espaço para a Saúde	Qualitativo/ ES	Os usuários relataram alto grau de satisfação com a VD, principalmente a do ACS. Todavia, as VDs não eram realizadas por outros profissionais (médicos, enfermeiros ou dentistas) pela falta de transporte, demonstrando uma barreira no acesso aos usuários que não tinham como chegar à UBS.
Turrioni et al. (2012) ²⁵	Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família.	Ciência & Saúde Coletiva	Quantitativo/ SP	Dos 3 grupos de adolescentes que participaram observou-se aumento no número de adolescentes que apresentaram gengiva saudável ou inflamação leve nos grupos que receberam VD do ACS capacitado pela ESB e a atividade na escola. Revelou a importância do planejamento conjunto de ações de educação em SB entre os profissionais de saúde e também para uma faixa etária que pouco procura o atendimento odontológico, e que desafia a ESB a sistematizar esse acesso.
De-Carli et al. (2015) ²⁸	Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal.	Saúde em Debate	Quantitativo	Das 17.202 equipes de saúde que aderiram ao 1º ciclo do PMAQ, quase 100% das EqSF avaliadas realizaram VD. O cuidado no domicílio é realizado por mais de 90% dos profissionais da EqSF, e por aproximadamente 50% dos profissionais da EqSB. Porém, ainda existem desafios a serem superados em direção às mudanças nas práticas das ESB.
Kobayashi et al. (2015) ³²	Risco familiar como elemento para organização da demanda em saúde bucal na ESF.	Revista Odontol. UNESP	Quantitativo/ SP	Utilizou-se a ficha A como instrumento na organização da demanda de VD pela ESB de acordo com o risco familiar à doença cárie. As pessoas com risco teriam 2 vezes mais chance de apresentar a doença em comparação às sem risco.
Maciel et al. (2016) ³⁵	Quando a saúde bucal bate à porta: protocolo para a atenção domiciliar em odontologia.	Revista Bras. Promo. Saúde	Protocolo/CE	As VDS focavam a educação e promoção de saúde, a motivação para o autocuidado e a estratificação de risco para a intervenção da EqSB. O protocolo contemplou aspectos de saúde geral, adscrição à ESF, informações referentes à saúde bucal, indicação da necessidade de intervenção em domicílio e/ou na UBS e de encaminhamento para o serviço de atenção secundária. O instrumento apresentou boa capacidade de uso no processo de trabalho em SB proporcionada pela integração ensino-serviço, qualificando a VD da ESB.
Ferraz e Leite (2017) ³⁴	Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da Odontologia na ESF.	Revista de APS	Protocolo/ MG	Os protocolos foram pautados em ações de vigilância à saúde e direcionados às VD's para pacientes com deficiências, puérperas/recém-nascidos e acamados. Evidenciou-se a necessidade de sistematização da VD por parte do CD, no estabelecimento de um diagnóstico mais preciso da situação de SB da população da área de cobertura da UBS para reduzir o estoque de necessidades acumuladas em agravos bucais desses usuários.

manal de orientação para melhoria da qualidade de vida. Observou-se aumento no número de adolescentes que apresentaram gengiva saudável ou inflamação leve nos grupos VD e escola. Esse achado corrobora a importância do planejamento conjunto de ações de educação em saúde bucal orientadas a uma faixa etária que desafia a ESB em relação a sistematização e ao acesso às ações e serviços.

As publicações apontaram que a VD foi orientada para acamados, gestantes^{19,21}, puérperas/recém-nascidos²¹, idosos¹⁹ e usuários com dificuldade de locomoção até a UBS²¹. A ESB não realiza priorização de VDs de acordo com o risco familiar¹⁸, cabendo ao ACS indicar os usuários/famílias que necessitam desse cuidado²²; não houve evidência de discussão de caso com os demais profissionais da equipe.

O Caderno de Atenção Básica nº 17 indica que a operacionalização das VDs deve ser executada pela equipe, considerando as atribuições de cada membro, com base em um planejamento construído em conjunto e pactuado com o usuário-família. O planejamento deve abranger a participação e a frequência de todos os profissionais na execução das ações, a partir das necessidades do usuário/família, buscando distribuir os profissionais de forma a otimizar o trabalho da equipe⁸.

As práticas de saúde bucal desenvolvidas no contexto domiciliar foram: orientações de higiene oral e dieta^{19,22,25,26}, orientações acerca de hábitos de vida saudável²² e diagnóstico do câncer de boca^{19,22}, que está de acordo com as Diretrizes PNSB, que orientam que a ESB deve oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa), por meio de VDs⁷. Também houve relatos de profissionais que demonstraram dúvidas e inseguranças sobre que abordagem pode ser realizada nas VDs^{20,23}. Para que as VDs da ESB sejam efetivas, primeiramente é fundamental traçar objetivos claros para sua realização. Essa atuação está indicada nos casos em que a dinâmica familiar influencia fortemente o processo saúde-doença; quando há problemas de adesão ao tratamento e necessidade de fortalecimento do vínculo; e para intervenções curativas quando os usuários não podem se deslocar até a UBS, levando em conta a disponibilidade dos profissionais e os equipamentos adequados²³.

Não houve evidências sobre a realização de procedimentos curativos, com ou sem a presença de equipamentos odontológicos portáteis (equipos móveis ou carros equipados com um consultório) que contribuem para a ação clínica do CD.

O atendimento domiciliar requer do CD possíveis adaptações de trabalho, de materiais auxiliares e atuação multidisciplinar. Poucos são os relatos na literatura a respeito dessa específica prática odontológica, provavelmente pela falta de capacitação e/ou adaptação profissional, ou o desconhecimento por parte dos próprios usuários, familiares e outros profissionais envolvidos a respeito da possibilidade desse tipo de serviços²⁹.

Dentre as principais potencialidades da realização de VD da ESB, destacou-se o conhecimento da realidade vivenciada pelo usuário/família, que contribui para uma abordagem direcionada às suas principais necessidades de saúde. Ademais, a VD favoreceu a criação de vínculo entre os profissionais da equipe e os usuários. O vínculo é uma tecnologia leve do tipo relacional que pode transformar o modo de produzir saúde e precisa ser cada vez mais exercitada pela ESB, tão acostumada às tecnologias duras (equipamentos odontológicos) no seu processo de trabalho³⁰.

No domicílio, o usuário pode sentir-se mais confiante para abordar questões que dificilmente levaria ao conhecimento do profissional na UBS, além de mais valorizado com a presença do profissional em sua casa. Todavia, é necessário que não se confunda vínculo com dependência do usuário à presença do profissional de saúde. As práticas de saúde bucal precisam ser emancipatórias, orientadas para promover autonomia do usuário sobre modo de viver a vida³¹.

A demanda excessiva por atendimentos curativos em consultório odontológico foi o obstáculo mais citado para a dificuldade da saída dos profissionais da ESB para realização de VDs^{18,26}. Um estudo²⁶ citou a própria população exigindo o enfoque curativo, outro²⁴ demonstrou que embora o CD faça um movimento em direção ao território, como na realização de VDs, os demais profissionais da equipe entendem que o enfoque da atuação desse profissional deve ser voltado ao consultório e procedimentos clínicos. Também, a relevância que cada equipe dá à realização de VD e a disponibilidade de carro para conduzir os profissionais²⁶, também foram barreiras para realização dessas ações.

O modelo estritamente voltado a ações curativo-restauradoras na atuação da ESB ainda é predominante^{18,20,21,23,24,26,28} e reduz o tempo da abordagem comunitária na agenda dos profissionais, embora esteja previsto nas Diretrizes da PNSB. Simplesmente o fato de realizar ou não a VD não indica uma mudança de modelo. Tampouco falar em atenção ao invés de assistência. No consultório odontológico o CD é detentor

dos equipamentos e saberes, no âmbito dos domicílios, as práticas precisam ser ressignificadas, reafirmando um olhar atento às demandas de saúde que se apresentam e à dinâmica da família³¹.

Instrumentos de gestão e avaliação da atenção domiciliar para a equipe de saúde bucal

Esta categoria traz evidências que contribuem com a gestão e avaliação do processo de trabalho da ESB na AD, instrumentalizando os profissionais com diferentes formas de reorganizar os serviços para melhorar o acesso às ações de saúde bucal.

Por requisitarem tempo maior, deslocamento, profissionais de custo elevado e ter abrangência reduzida, se faz necessário priorizar e planejar a VD da ESB de acordo com as necessidades particulares de cada território de atuação. O Caderno de Atenção Básica nº 17 ao abordar a organização da AD, aponta como um recurso o cadastro das famílias, realizado pelos ACS, por meio da “Ficha A” do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)⁸. Todavia, a publicação não detalha como a “Ficha A” pode contribuir nessa organização da ESB.

Um dos trabalhos selecionados por essa revisão³² buscou avaliar a relação entre risco familiar e condições de saúde bucal na priorização de VD, para organização da demanda em saúde bucal na ESF. A “Ficha A” foi utilizada para verificar o risco familiar e as condições de saúde bucal de 1.165 pessoas (608 de 12 a 19 anos e 557 de 35 a 44 anos de idade) foram examinadas por onze CDs, que as classificaram em seis códigos de A a F. O risco familiar teve associação significativa com a presença da doença cárie com necessidade de tratamento. Foi possível concluir que as pessoas que possuem risco familiar têm duas vezes mais chances de apresentar doença cárie, quando comparadas às sem risco.

O estudo³² utilizou a escala Coelho-Savassi³³, que propõe a estratificação de risco familiar para priorização de VDs a partir da Ficha A. Esses resultados demonstram que a utilização de ferramentas epidemiológicas de priorização de VD são importantes na detecção de doenças bucais, de maneira simples, apurada e qualificada, utilizando uma ficha conhecida pelos profissionais, direcionada a usuários que diante das condições de vida que enfrentam, podem não ter acesso às ações de saúde bucal, requerendo uma postura pró-ativa da equipe. Cabe ressaltar que se faz

necessário acompanhar o processo de implementação do Sistema de Informação E-SUS, para adaptar esse modelo de priorização frente às mudanças no cadastro individual e familiar.

O Caderno de Atenção Básica nº17 caracteriza que nas ações assistenciais, a definição de prioridades nas VDs contribui para uma abordagem com direcionamento familiar pela ESB. Além disso, destaca que a AD deve ser planejada com base no diagnóstico das necessidades da comunidade, com ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário-família, percebendo os potenciais e limitações do contexto em que estão inseridos⁸.

Nesta categoria temática de instrumentos de gestão da AD, dois estudos criaram protocolos para a ESB. A criação de um dos protocolos³⁴, foi motivada pela necessidade de sistematização da VD, por parte do CD com a inserção de uma turma de Residência Multidisciplinar em Saúde da Família, em um município polo de assistência macrorregional, na região sudeste do país. A elaboração do instrumento foi pautada em ações de vigilância em saúde e com direcionamento para três grupos específicos: pacientes com necessidades especiais; acamados e puérperas/recém-nascidos. O protocolo, além de buscar um diagnóstico e redução das necessidades de saúde bucal acumuladas nesses usuários, pretendeu destacar os cuidados em saúde bucal como parte importante da rotina da ESF.

Outra proposta de protocolo de AD para a ESB³⁵ foi direcionada aos usuários restritos ao lar. Nesse relato de experiência, o instrumento foi construído durante o módulo Estágio em Atenção Primária do Curso de Odontologia, no município de Sobral-CE, por estudantes, preceptores e professores a partir de VDs com foco em educação e promoção da saúde, motivação para o autocuidado e a estratificação de risco para a intervenção da ESB. Além de informações sobre saúde geral, dados pessoais e informações de saúde bucal, o instrumento abordou educação em saúde para o usuário e/ou cuidador, indicação de necessidade de intervenção odontológica no domicílio e/ou UBS e encaminhamento para a atenção secundária em saúde bucal, contribuindo na qualificação da atenção à saúde bucal prestada no domicílio a partir de um diagnóstico situacional capaz de subsidiar a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e intervenções de acordo com a estratificação de risco apresentada no momento da VD.

Essas evidências demonstram a importância da integração ensino-serviço-comunidade, qua-

lificando as práticas de gestão do processo de trabalho da ESB com a criação de instrumentos que podem contribuir na reorientação do modelo de atenção à saúde nos serviços. Além disso, a realização de VD durante a formação profissional do CD tem demonstrado ser uma prática pedagógica capaz de contribuir com uma visão ampliada do processo saúde-doença, humanização do cuidado, facilitando práticas de clínica ampliada na ESF e capacitando os futuros profissionais para a abordagem adequada no contexto domiciliar³⁶.

No âmbito da avaliação dos serviços, um estudo³⁷ apresentou um modelo de avaliação da qualidade da atenção básica em saúde bucal, com 40 indicadores, e testou sua aplicabilidade em municípios de Santa Catarina. A dimensão que buscou avaliar “Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal” teve uma subdimensão de “Promoção e Prevenção e de Diagnóstico e Tratamento”, no ciclo vital (criança, adolescente, adulto, idoso). Dos 207 municípios que participaram da avaliação, obteve-se uma taxa de resposta de 70,6%. Ao avaliar a “atenção em saúde bucal para idosos com limitação incapacitante” como indicador de efetividade, 71 municípios responderam que nenhuma das suas unidades de saúde realizou VD para idosos com impossibilidade de locomoção (acamados). Esse indicador representa que a limitação incapacitante foi um impedimento para o provimento da atenção em saúde bucal. Além de constar nas Diretrizes da PNSB⁷ e Caderno de Atenção Básica nº 17⁸, a demanda por esse tipo de AD está assegurada pelo Estatuto do Idoso³⁸.

A avaliação dos usuários também é fundamental para a qualificação da atenção à saúde na ESF. Nesta categoria, dois estudos apresentaram esse enfoque^{39,40}. Após a inserção da ESB na ESF, um estudo³⁹ evidenciou que dentre as melhoras percebidas pelos usuários estão as orientações sobre higiene bucal, nas palestras, nas VDs ou na própria consulta. Dos 103 usuários que participaram, 30 referiram que as VDs proporcionam um maior contato com o profissional, facilitando o atendimento e evitando que se desloque até a UBS. Também foi um destaque a realização de VD⁴⁰ com um elevado grau de satisfação, principalmente pelos ACS. Todavia, os usuários requere-

rem que essas VDs sejam realizadas também pelos demais profissionais da equipe. Esses achados apontam a realização de VD como uma ação capaz de qualificar a avaliação das práticas de saúde bucal na ESF, pela população, no que diz respeito ao acesso dos usuários, bem como a valorização da atuação da ESB fora do contexto do consultório odontológico.

Considerações finais

A produção científica demonstra que a organização da AD pela ESB ainda é um desafio, como indicavam as diretrizes da PNSB, em 2004. A frequência incipiente, as dúvidas quanto às ações realizadas no domicílio, a falta de priorização e sistematização, a baixa interação com a equipe de saúde da família e a percepção do trabalho do CD focado no procedimento clínico em consultório, tanto por parte da equipe quanto dos usuários, conferem um panorama em que “sentir-se parte da equipe de saúde” e trabalhar as questões apresentadas pelo território são fragilidades na atuação da ESB na ESF.

O domicílio é um ambiente desinstitucionalizado, complexo e múltiplo em potencialidades, que requer práticas de saúde bucal substitutivas ao enfoque exclusivamente clínico e procedimental. Trata-se de um território a ser conquistado pela ESB, com apoio da gestão, para gerar inovações no processo de trabalho, nas relações entre os profissionais e com os usuários. Na AD, o usuário e/família retomam a centralidade da produção do cuidado, evidenciando a insuficiência das tecnologias duras da odontologia e das práticas profissionais tradicionais. Os protocolos de AD e os instrumentos de priorização de VD, indicam potenciais caminhos que levam a ESB aos domicílios dos usuários/famílias que têm dificuldade no acesso às UBS.

Faz-se necessário que novos estudos aprofundem as questões referentes à atuação específica da ESB na AD, para acompanhar a evolução, melhorar o acesso e, principalmente, direcionar a priorização e sistematização das ações, avançando na reorientação das práticas de saúde bucal na ESF.

Colaboradores

RM Silva e ACO Peres participaram da concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, e aprovação final da versão a ser publicada. DL Carcereri contribuiu com revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad Saude Publica* 2009; 25(7):1620-1625.
2. Narvai PC, Frazão P. *Saúde Bucal no Brasil: Muito além do Céu da boca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 29 dez.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. *Diário Oficial da União* 2001; 07 mar.
5. Silvestre JAC, Aguiar ASW, Teixeira EH. Do Brasil em dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. *Cad ESP* 2013; 7(2):28-39.
6. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Cien Saude Colet* 2017; 24(5):1809-1820.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica, nº 17*. Brasília: MS; 2006.
9. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(14):645-653.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, 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). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
11. Feuerwerker LC, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 24(3):180-188.
12. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. *Rev Saude Publica* 2010; 44(1):166-176.
13. Scherer CI, Scherer MDA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev Saude Publica* 2015; 49:98.
14. Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saude Debate* 2015; 39(104):56-64.
15. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4):758-764.
16. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein* 2010; 8(1):102-106.

17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2010.
18. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):219-227.
19. Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. *Cien Odontol Bras* 2007; 10(3):53-60.
20. Chaves SCL, Silva LMV. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Cien Saude Colet* 2007; 12(6):1697-1710.
21. Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). *Rev Odontol Cien* 2007; 22(55):48-54.
22. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saude Publica* 2008; 24(9):2131-2140.
23. Faccin DF, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1643-1652.
24. Pimentel FC, Martelli PJJ, Araújo Júnior JLAC, Acio-li RML, Macedo CLSV. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):2189-2196.
25. Turrioni APS, Salomão FGD, Monti JFC, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Pereira AC. Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1841-1848.
26. Moura MS, Ferro FEFD, Cunha NL, NéttO OBS, Lima MDM, Moura LFAD. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. *Cien Saude Colet* 2013; 18(2):471-480.
27. Sanglard-Oliveira CA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(8):2453-2460.
28. 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. *Saude Debate* 2015; 39(105):441-450.
29. Rocha DA, Miranda AF. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013; 16(1):181-189.
30. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Bahia: Editora UFS; 2009. p. 29-56.
31. Silva RM. *Atenção à saúde bucal no domicílio no contexto da Estratégia Saúde da Família: reflexões a partir de uma revisão integrativa da literatura* [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
32. Kobayashi HM, Pereira AC, Meneghim MC, Ferreira RI, Ambosano GMB. Family risk as adjunct for organizing the demand for oral health service in the Family Health Strategy. *Rev Odontol UNESP* 2015; 44(2):85-91.
33. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2016; 1(2):19-26.
34. Ferraz GA, Leite ISG. Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. *Rev APS* 2016; 19(2):302-314.
35. 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 Saude* 2016; 29(4):614-620.
36. Silva RM, Peres ACO, Carcereri DL. A visita domiciliar como prática pedagógica na formação em Odontologia. *Rev ABENO* 2017; 17(4):87-98.
37. Colussi CF, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad Saude Publica* 2011; 27(9):1731-1745.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Estatuto do idoso*. Brasília: MS; 2003.
39. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):35-41.
40. Sziplman ARM, Oliveira AE. A Percepção dos usuários sobre os serviços de odontologia em unidades de saúde de Vila Velha (ES), Brasil. *Espaç Saude* 2011; 12(2):28-37.

Artigo apresentado em 10/06/2018

Aprovado em 03/10/2018

Versão final apresentada em 05/10/2018