

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



TCE/UNICAMP
D355a
FOP

JOÃO VLADIMIR DE CARLI

CIRURGIÃO DENTISTA

ATENDIMENTO DOMICILIÁRIO EM ODONTOGERIATRIA

Home Care in Elderly Dentistry

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia
de Piracicaba, da Universidade Estadual de
Campinas, como requisito para obtenção ao título de
Especialista em Odontogeriatría.

PIRACICABA

- 2006 -

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

JOÃO VLADIMIR DE CARLI

CIRURGIÃO DENTISTA

ATENDIMENTO DOMICILIÁRIO EM ODONTOGERIATRIA

Home Care in Elderly Dentistry

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia
de Piracicaba, da Universidade Estadual de
Campinas, como requisito para obtenção ao título de
Especialista em Odontogeriatría.

387 Prof. Dr. **EDUARDO HEBLING**

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA
PIRACICABA

- 2006 -

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8ª / 6159

D355a De Carli, João Vladimir
Atendimento domiciliário em odontogeriatría. / João Vladimir De Carli. --
Piracicaba, SP: [s.n.], 2006.

Orientador: Eduardo Hebling
Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Odontologia. 2. Idosos. I. Hebling, Eduardo. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III.
Título.

(mg/fop)

À **DEUS**, que em todo tempo tem me sustentado e guardado.

Ao meu pai, **JOÃO LUIZ**, pelo amor demonstrado no cuidado e amparo contínuo à minha mãe;

À **HELOÍSA** pelo apoio e amor demonstrado e por compreender os meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas e professores que me estimularam neste trabalho.

Aos profissionais que contribuíram com seus esforços pessoais, na produção da literatura consultada.

Desejo expressar minha gratidão.

SUMÁRIO

	P.
RESUMO	1
ABSTRACT	2
1.INTRODUÇÃO	3
2. REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1 CONCEITOS	5
2.2 O PACIENTE	6
2.3 LEGISLAÇÃO	7
2.4 EQUIPAMENTOS	10
3. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DOMICILIÁRIO	11
3.1 PLANEJAMENTO DA VISITA	11
3.2 BIOSSEGURANÇA	13
3.2.1. MANEJO DO LIXO E DEJETOS	14
3.3 PROCEDIMENTOS	14
3.4 PRONTUÁRIO	16
4. DISCUSSÃO	18
5. CONCLUSÃO	22
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

RESUMO

O envelhecimento da população tem sido apontado como um fenômeno mundial e com isso cresce a demanda pelos serviços domiciliários de saúde. As doenças crônico-degenerativas, que são freqüentes na população idosa, trazem limitações e podem tornar o indivíduo dependente do ponto de vista funcional, dificultando ou mesmo impossibilitando o acesso do mesmo a um consultório odontológico convencional, o que justifica o atendimento domiciliário pelo cirurgião-dentista. Embora a Odontologia não tenha no Brasil uma atuação forte nesta área, o atendimento odontológico domiciliário já é uma realidade tanto nos serviços públicos como privados. Neste trabalho, através de pesquisa bibliográfica, procurou-se avaliar as possibilidades de aplicação do atendimento odontológico em ambiente domiciliar como uma alternativa viável para a Odontogeriatrics. Procurou-se ainda, esboçar um guia de ações para a prática desta modalidade de atendimento.

PALAVRAS CHAVE: idosos, atendimento, domiciliário, protocolo.

ABSTRACT

Ageing has been pointed out as a worldwide phenomenon and because of that, the demand for home care health services have increased as well. The degenerative-chronic diseases, which are common among the elderly, bring about functional limitations that will make the individual dependent and his access to the dentist's office not feasible or even impossible. Therefore, dental home care service delivered by a dentist has become justifiable. Although not strongly available in Brazil, dental home care service has been practiced here not only in the private, but also in the public sector. The aim of this paper was to assess, through bibliographical research, the possibilities for the application of dental care service in households as a feasible alternative in dentistry, and to outline a practical guide for that kind of service.

KEY WORDS: elderly, attendance, home care, protocol.

1. INTRODUÇÃO

O atendimento de doentes em domicílio, embora exista desde tempos remotos, tem crescido rápida e diversificadamente (BOWMAN, 1991). No Brasil, tanto nos serviços públicos, através do incentivo do Ministério da Saúde pelo Programa de Saúde da Família, como na área privada, observa-se a instituição de um número crescente de empresas de atendimento domiciliário, nos moldes do *home care* internacional (MONETTA, 2000). "A assistência domiciliária vem demonstrando ser a nova fronteira dos serviços de saúde" (DUARTE & DIOGO, 2000).

Tal como os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos entre outros, que já comumente atuam em domicílios, o atendimento domiciliário pelo cirurgião-dentista, embora pouco praticado na atualidade, tende a ser bem aceito pela população, em razão da real possibilidade de se disponibilizar procedimentos consagrados na Odontologia e alcançar pessoas que de outra forma estariam privadas da assistência odontológica, pela dificuldade ou mesmo impossibilidade de se locomover ao consultório convencional.

Sendo assim, entende-se por Atendimento Odontológico Domiciliário, a forma de atuação do cirurgião dentista na qual o profissional se desloca até o paciente em seu domicílio, para oferecer assistência odontológica com o auxílio de equipamentos portáteis (unidade portátil), diferenciando-se desta forma, do atendimento realizado em clínicas, consultórios, ou em unidades móveis.

Tendo em vista o número reduzido de estudos na área odontológica a respeito do assunto e a ausência de treinamento específico nos cursos de

graduação, a proposta do presente trabalho foi sugerir um modelo de padronização dos procedimentos durante a atuação do cirurgião dentista no ambiente domiciliar, com ênfase no atendimento ao paciente idoso senil.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Conceitos

“Atendimento Domiciliar é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir as suas necessidades de vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais de saúde ou por pessoas da própria comunidade.” (Decreto nº 1948 de 03/07/1996, que regulamenta a Lei nº 8842 de 04/01/1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, no seu Art. 4, inciso V).

Outros termos ou expressões têm sido empregados para indicar a atuação de profissionais de saúde em ambiente domiciliar, tais como: Cuidado Domiciliar (SANTOS, 2001); Visita Domiciliária (MAZZA, 1994); “Home Health Care” (VERAS, 2002).

Embora não encontremos na Odontologia uma denominação definida para esta forma de atendimento, o Código de Ética Odontológico (BRASIL, 2003.), prevê a possibilidade de se divulgar através de anúncios, placas e impressos, a modalidade “atendimento domiciliar”. Esta expressão, que é muito utilizada na enfermagem, sugere a expressão Atendimento Odontológico Domiciliar na área odontológica (OLIVEIRA, 2004).

Entretanto, segundo o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, “domiciliar” expressa a idéia de dar domicílio enquanto que “domiciliário” o que é feito no domicílio, o que leva alguns autores a preferir este último termo. “Assim, os programas de saúde voltados ao atendimento na residência dos pacientes devem ser mais apropriadamente denominados domiciliários” (DUARTE & DIOGO, 2000).

2.2 O Paciente

De uma maneira geral, as clínicas e consultórios odontológicos não estão preparados para receber adequadamente pacientes com distúrbios comportamentais, ou aqueles que se movimentam com dificuldade ou fazem uso de cadeiras de rodas, ou ainda, aqueles com incontinência urinária ou fecal. "Resgatar o cuidado humano em cada um de nós, seres humanos, é vital no momento atual. Em todos os setores e, em particular, entre os profissionais de saúde, o cuidado com a condição humana deveria constituir um imperativo moral" (WALDOW, 1998). Assim sendo, levar a estas pessoas, em seu domicílio, a assistência necessária, de forma eficiente e segura, torna-se um desafio e uma responsabilidade a serem assumidos, também pela classe odontológica.

Nas últimas décadas, tem se observado um envelhecimento populacional cada vez mais acentuado. A Organização das Nações Unidas estima que o Brasil tenha 33 milhões de pacientes idosos (pessoas acima de 60 anos) em 2025. Em tais indivíduos as doenças crônico-degenerativas são mais prevalentes. "Sabe-se que a senilidade, muitas vezes, leva o paciente a um certo grau de dependência, o que justificará no futuro, a Odontologia Domiciliar" (PARAJARA; GUZZO, 2000). ROWE, em 1998, demonstrou que aproximadamente 5% das pessoas entre 65 e 74 anos necessitam de assistência em suas atividades de vida diária. Este percentual eleva-se para 35% para indivíduos acima de 85 anos. O paciente que mais recorre ao Atendimento Odontológico Domiciliar é o idoso senil (SILVEIRA, 1998), entretanto, não se limita aos idosos às situações em que o atendimento

domiciliário torna-se a melhor forma de assistir o indivíduo que está temporária ou permanentemente impossibilitado de locomover-se, em função da gravidade de sua enfermidade. Segundo o censo de 2000, no Brasil 14,5% da população são deficientes (físicos, mentais, auditivos, visuais ou múltiplos), muitos deles encontram-se totalmente dependentes e necessitam de assistência domiciliária. Há que se considerar também, neste contexto de atenção domiciliária, o paciente terminal que necessita de cuidados paliativos. "Os doentes terminais apresentam com muita frequência patologias na cavidade bucal que justificam a atuação de um profissional da área odontológica nas equipes de cuidados paliativos." (RIBEIRO ET AL, 2006).

2.3 Legislação

"A saúde é direito de todos e dever do Estado", (BRASIL, 1988). A discussão sobre o direito à saúde como prevê a Constituição de 1988, contemplado pela primeira vez na história das constituições brasileiras, delineou as diretrizes do Sistema Único de Saúde, dentro dos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Na legislação brasileira, encontramos o Decreto nº. 1.948-96 que regulamenta a Lei nº. 8.842, de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, onde a criação de serviços de saúde alternativos no setor público, para o idoso, é estimulada. O Capítulo IV, Art. 9º inciso XIV dessa referida lei destaca a necessidade de estimular a criação, na rede de serviços de Sistema Único de Saúde, de Unidades de Cuidados Diurnos (Hospital-dia, Centro-Dia de atendimento domiciliar e outros serviços alternativos para o idoso).

Tanto na área de serviços públicos como privados, as ações de vigilância sanitária são de competência exclusiva do Estado que tem o "dever-poder" de interferir nas liberdades dos particulares para assegurar os superiores interesses da coletividade (TEN, 2003). Conforme a portaria CVS 16, no Estado de São Paulo, cabe ao Centro de Vigilância Sanitária (CVS), como atividade de coordenação do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA), a elaboração de normas técnicas especiais, instruções e orientações, observadas as normas gerais de competência da União, no que diz respeito às questões de vigilância sanitária (CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2003).

Com relação ao atendimento odontológico domiciliário especificamente, a Resolução SS-15, de 18 de janeiro de 1999 (SÃO PAULO, 1999), do Estado de São Paulo, que estabelece normas técnicas para a instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, faz as seguintes referências:

Capítulo IV- Das modalidades de atendimento.

Artigo 10 – Os procedimentos odontológicos poderão ser executados nas seguintes modalidades:

- I) Intra estabelecimento: são aqueles realizados dentro da área física do estabelecimento.
- II) Extra estabelecimento: são aqueles realizados fora da área física do estabelecimento com o uso das seguintes unidades:

- a) Unidade transportável: Instalada em locais previamente estruturados e com permanência provisória, devendo para tanto, apresentar equipamento adaptado e adequado ao atendimento odontológico;
- b) Unidade móvel: caracterizada por ser instalada sobre um veículo automotor, ou por ele tracionado;
- c) Unidade de atendimento portátil: caracterizada pelo atendimento de pacientes com equipamentos portáteis voltadas principalmente nos casos de impossibilidade de locomoção do paciente, inclusive nos casos de pacientes hospitalizados.

Artigo 11 – Para realizar procedimentos odontológicos nas modalidades extra estabelecimento é necessário comunicar ao órgão sanitário competente sobre o tipo de procedimentos realizados, endereço e nome dos pacientes.

Capítulo VIII- Dos equipamentos e aparelhos necessários

Artigo 35 – As unidades móveis odontológicas, as unidades odontológicas transportáveis e as unidades de atendimento portátil devem ter o instrumental previamente esterilizado, não podendo apresentar aparelho de esterilização na área de atendimento.

- I) Devem apresentar local próprio para esterilização ou apresentar contrato de empresa específica para este fim;
- II) Devem apresentar local específico para armazenamento deste instrumental;

Artigo 53 – As unidades odontológicas transportáveis, unidades móveis odontológicas e as unidades de atendimento portátil não poderão

apresentar equipamento emissor de radiação ionizante na área de atendimento.

Capítulo XII – Da organização

Artigo 55 – As unidades transportáveis, as unidades móveis odontológicas e as unidades de atendimento odontológico portátil deverão ter local de referência para informação à vigilância sanitária sobre endereço dos atendimentos realizados diariamente.

2.4 Equipamentos

As Unidades de Atendimento Portátil, como são denominados os conjuntos para atendimento odontológico domiciliário na Resolução SS 15 (SÃO PAULO, 1999), encontradas no mercado comportam: canetas de alta rotação, micromotor e ou baixa rotação, seringa tríplice e sugador (ANDRADE, 2001). Motores elétricos, por vezes substituem as peças de mão que necessitam de ar comprimido, tornando desnecessário o transporte de compressores e cilindros de ar. Cadeiras dobráveis, embora representem um volume a mais a ser transportado, permitem reclinar o paciente possibilitando que o profissional trabalhe sentado sobre uma banquetela ou mocho. O refletor normalmente é substituído por foco de luz provenientes de lanternas ou fotóforos, completando a lista de itens básicos necessários. Equipamentos transportáveis ou desmontáveis não são necessariamente portáteis e, portanto, inadequados ao Atendimento Odontológico Domiciliar (BRUNETTI, 2002). Equipamento para a administração de oxigênio deve estar disponível para situações de emergência.

Também podem ser disponibilizados no domicílio, equipamentos periféricos como fotopolimerizadores, laser terapêutico, equipamento de ultrassom para remoção de cálculo entre outros. Existe, entretanto, restrição legal ao uso de aparelhos de RX na área de atendimento, para as unidades de atendimento portátil, assim como equipamentos para esterilização de instrumental.

3.0 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DOMICILIÁRIO

Considerando as particularidades inerentes a esta modalidade de atendimento, sem deixar de observar os princípios básicos relativos ao atendimento odontológico, sugerimos a seguir, um guia de ações, baseado na revisão da literatura.

3.1 Planejamento da Visita

Para disponibilizar no domicílio do paciente os recursos necessários ao atendimento odontológico é necessário que haja um planejamento prévio minucioso, para determinar quais as necessidades materiais relativas ao procedimento programado. Uma lista de instrumentais e materiais de consumo previamente preparada, deve ser checada de maneira que nenhum item possa faltar durante o atendimento. Todo o material precisa ser transportado em recipientes apropriados de maneira a preservar suas características originais e a evitar a exposição dos mesmos ao calor excessivo, luz solar, poeira, e

contaminação, tendo-se especial cuidado com materiais líquidos e inflamáveis como soluções de hipoclorito, álcool etc.

A localização correta do domicílio, com informações sobre pontos de referência e o trajeto a ser percorrido devem ser obtidos para que o tempo de deslocamento seja o menor possível.

Algumas recomendações importantes devem ser feitas aos familiares antes da visita, no sentido de preparar o ambiente para o atendimento. A remoção de tapetes e de pequenos móveis facilita a instalação do equipamento. Crianças e animais domésticos devem ser retirados do local. Privacidade, energia elétrica, boa iluminação e água são indispensáveis. O agendamento da visita deverá ser feito tendo em vista a rotina diária do paciente de forma a evitar horários inoportunos que possam ocasionar constrangimento. No caso de atendimento a idosos, (ANDRADE, 2002), recomenda o segundo período da manhã ou início da tarde que devem ser preferencialmente escolhidos, sempre com sessões de curta duração (em torno de 50 minutos). “As estatísticas mostram que o risco de acidente vascular cerebral (AVC) no paciente idoso é maior no início do período da manhã, com riscos maiores ainda nos pacientes com história anterior da doença”.

Em se tratando de pessoas mentalmente incapacitadas, é necessária a presença de pessoa apta a dar informações sobre a história médica, história da doença atual e demais informações relativas à anamnese.

3.2 Biossegurança

Os princípios básicos de controle de infecção não podem ser negligenciados na prática odontológica, seja qual for o ambiente em questão. Medidas de precaução-padrão devem ser adotadas universalmente para o controle de infecção cruzada, como forma eficaz de redução do risco ocupacional e de transmissão de agentes infecciosos nos serviços de saúde. (TEM, 2003).

Princípios básicos para o controle de infecção (TEM, 2003):

Princípio 1: os profissionais devem tomar medidas para proteger a sua saúde e de sua equipe;

Princípio 2: os profissionais devem evitar contato direto com matéria orgânica;

Princípio 3: os profissionais devem limitar a propagação de microrganismos;

Princípio 4: os profissionais devem tornar seguro o uso de artigos, peças anatômicas e superfícies.

O uso correto do equipamento de proteção individual (luvas, máscaras, protetores oculares, avental e gorro) é obrigatório para a equipe (CD e auxiliar), assim como a lavagem das mãos que no ambiente em questão, será realizada em lavatório disponível na residência. Para isto, sabão líquido e papel toalha precisam ser providenciados para a lavagem das mãos nos procedimentos não cirúrgicos (antes e após o atendimento do paciente). Para os procedimentos cirúrgicos, sabão anti-séptico, escova ou esponja embebida em solução anti-séptica, compressas estéreis para secagem das mãos, e finalmente, anti-

séptico a base de iodo são necessários para a antissepsia das mãos, previamente ao uso das luvas estéreis. Após a lavagem das mãos, obviamente nenhuma superfície contaminada (torneiras, maçanetas...) deverá ser tocada pelo operador, portanto, é necessário o auxílio de uma pessoa (auxiliar, cuidador ou familiar) neste momento. Campos cirúrgicos estéreis de tecidos ou descartáveis também devem ser utilizados, assim como barreiras de PVC, para cobertura de superfícies de difícil descontaminação (seringa tríplice, pontas de alta e de baixa rotação, ponta de fotopolimerizador, etc.).

3.2.1 Manejo do lixo e dejetos

Todo lixo sólido contaminado produzido no local do atendimento deverá ser transportado para a clínica em saco plástico branco leitoso, onde será recolhido pelo serviço de coleta especial da localidade. Os objetos perfuro cortantes como agulhas, limas, lâminas entre outros, deverão imediatamente após o uso, ser descartados em recipiente apropriado, identificado com o símbolo de infectante e transcrição das expressões de Infectante e Material Perfurocortante. Os fluidos aspirados durante os procedimentos serão transportados no coletor próprio do equipamento de sucção, já previamente preparado com pequeno volume de solução de hipoclorito. O conteúdo do coletor deverá ser descartado posteriormente na rede de esgoto.

3.3 Procedimentos

Um fator limitante ao atendimento odontológico em domicílio é, sem dúvida, a dificuldade de posicionamento do paciente e do profissional, com

prejuízo aos princípios de ergonomia, o que pode levar à fadiga do profissional, durante os procedimentos mais longos, ocasionada por problemas posturais. A transferência de pacientes acamados para uma poltrona ou cadeira de rodas nem sempre é possível, restringindo o atendimento ao leito do paciente. O profissional deve conhecer técnicas de mobilização de pacientes tais como: auxiliar o paciente a se levantar de uma cadeira ou poltrona, auxiliá-lo a deambular, assim como movimentar com segurança o paciente no próprio leito, trazendo-o para um dos lados da cama, trazê-lo em posição supina ou sentada, para a cabeceira da cama, girar o paciente, de forma que sua cabeça se aproxime do operador no lado oposto à cabeceira da cama. Para tais movimentos, ao menos duas pessoas são necessárias, quando o paciente não tem condições físicas de mover-se sozinho. A utilização de lençol ou plástico deslizante sob o paciente deve ser utilizada para facilitar a movimentação. (ALEXANDRE, 2000).

Outro fator limitante é a barreira legal imposta ao uso de equipamentos emissores de radiação ionizante. O exame radiográfico é uma importante ferramenta na odontologia e a restrição ao seu uso no ambiente domiciliar, traz grande prejuízo ao desenvolvimento desta modalidade de atendimento. Todavia, não desejamos sugerir restrições a nenhum tipo de procedimento tendo em vista a autonomia do profissional em decidir responsavelmente, quais seriam os limites de sua atuação.

Também deve ser considerado, o perfil do paciente usuário deste tipo de serviço. Pessoas acamadas, idosos fragilizados e dependentes, muitos deles com doenças degenerativas em fase avançada, não teriam grandes

expectativas em relação aos procedimentos sofisticados, onerosos e complexos, que demandariam longas e intermináveis sessões de tratamento. No entanto, procedimentos como exodontias, confecção de próteses removíveis, tratamento de doenças da gengiva, diagnóstico e tratamento de lesões bucais, comuns em pacientes debilitados (candidíase, mucosite, queilite angular, etc.), restaurações ou mesmo o selamento temporário de cavidades, podem devolver o conforto, a capacidade mastigatória e também reabilitação estética em alguns casos e com isso, melhorar a qualidade de vida do indivíduo.

Um programa de acompanhamento destes indivíduos, com visitas periódicas deve ser sugerido para o monitoramento e manutenção da saúde bucal do paciente. "Consultas de suporte ou de manutenção devem ser agendadas após a terapia ativa, com intervalos de três a seis meses, conforme os riscos apresentados por cada paciente, visando manter e prevenir a saúde bucal" (HEBLING, 2003).

Cabe também ao profissional, fornecer orientações claras ao paciente quanto à importância da saúde bucal considerando a capacidade de autocuidado de cada indivíduo. Pacientes parcial ou totalmente dependentes necessitam em maior ou menor grau do auxílio de "cuidadores" que também precisam receber orientações para a manutenção da saúde bucal do idoso.

3.4 Prontuário

Por ocasião da primeira consulta, procura-se conhecer o paciente antes de se realizar qualquer procedimento. Assim também deve ser a conduta

na primeira visita em ambiente domiciliar. "Fundamentado na semiótica, que trata da obtenção dos sinais e sintomas das doenças, o exame clínico é iniciado pela anamnese e completado pelo exame físico". (ANDRADE, 2002).

A anamnese deve conter dados sobre a identificação do paciente, idade, peso, antecedentes pessoais e familiares, medicação em uso contínuo, história da doença atual, experiências desagradáveis em tratamentos odontológicos anteriores. Anamnese direcionada deverá ser realizada nos pacientes com problemas sistêmicos. A tomada dos sinais vitais na primeira consulta – ou antes, de cada sessão de atendimento, no caso de pacientes portadores de doenças cardiovasculares -, e o exame físico minucioso intra e extra oral são procedimentos de real importância. Exames laboratoriais e radiográficos por vezes serão necessários e deverá ser solicitado, este último, porém, implicará no transporte do paciente a um serviço de radiologia.

Todas as fichas do prontuário (anamnese, diagnóstico, plano de tratamento, termo de consentimento esclarecido, acompanhamento clínico, previsão de honorários, receitas, exames, orientações pré e pós procedimentos) deverão ser devidamente arquivadas para resguardar legalmente o profissional e para acompanhamento futuro do paciente. Em se tratando de pacientes mentalmente incapazes, é importante saber quem é o responsável legal pelo paciente uma vez que, o cuidador ou acompanhante presente por ocasião da consulta, nem sempre se qualifica como tal.

"Idade avançada, dependência física e doença mental são alegações para justificar uma tutela, que poderá ser solicitada pelo médico ou por uma pessoa da convivência do paciente." (SAVONITTI, 2000).

DISCUSSÃO

O Programa Saúde da Família introduzido pelo Ministério da Saúde em 1994, tem sido o modelo assistencial adotado pelo governo federal, particularmente com relação à atenção primária, e tem sido interpretado atualmente, como uma oportunidade única de resgatar uma prática mais humanista.

Com a inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, através da Portaria nº. 267, de 06-03-2001, do Ministério da Saúde, ações mais abrangentes têm sido planejadas nesta área, não se limitando ao combate à cárie dentária em crianças. “Essas atividades devem compreender, no mínimo, o enfrentamento dos problemas da doença periodontal, da má-oclusão, do câncer bucal e da fluorose e se dirigirem também a adolescentes, a adultos e a idosos” (MANFREDINI, 2003).

Desta forma, o atendimento odontológico domiciliário nos serviços públicos, é oportuno e vem ao encontro dos princípios da universalidade e equidade na medida em que, permite alcançar indivíduos excluídos do acesso a serviços, pela dificuldade de locomoção, tais como os idosos dependentes.

Também na área privada, o atendimento odontológico domiciliário dá sinais de crescimento com profissionais e empresas divulgando esta modalidade de atendimento na mídia.

Como o envelhecimento da população mundial é um fenômeno observado em nossos dias, existe uma expectativa de um aumento na demanda pelos serviços de saúde domiciliar o que deverá atrair profissionais

da odontologia para este setor. Com um mercado de trabalho cada vez mais competitivo, o atendimento a pacientes especiais em domicílio, torna-se um diferencial importante. "Não podemos mais administrar o consultório como antigamente, precisamos adotar uma visão mais abrangente, de maneira a direcionar nossa carreira de uma forma mais ágil e flexível para realizar um trabalho diferenciado e direcionado a um mercado cada vez mais competitivo." (QUELUZ, 2003).

Outro aspecto, não menos importante, diz respeito à humanização no campo da saúde bucal. A figura do cirurgião dentista é freqüentemente associada à de um profissional essencialmente tecnicista e de pouca "sensibilidade social". "Muitas vezes temos visto o cirurgião-dentista em busca de cursos de especialização em áreas de extremo apelo tecnicista, voltado mais para a odontologia cosmética do que aos ideais primários de cuidar da saúde bucal dos indivíduos" (OLIVEIRA, 2004).

MANFREDINI, em 1997, comenta críticas de colegas dentistas, aos serviços de assistência dirigidos a pacientes especiais ou os portadores de DST – AIDS em Santos – SP "Na lógica dessa odontologia, não pode haver um programa odontológico domiciliar. Como se justifica que a prefeitura mantenha um dentista e um ACD, desenvolva equipamentos transportáveis que cabem na porta malas de um veículo de passeio, para desgastar a prótese de um idoso que sofreu um acidente vascular cerebral, e está impossibilitado de se locomover? Ou então fazer um tratamento de canal em uma jovem de dezessete anos que tem câncer em estado terminal, apresentando polialgias, sem condições de se deslocar para ser atendida em uma policlínica, e que

apresentou uma dor de dente intensa? A lógica do sofrimento individual infelizmente some de nossas estatísticas".

O profissional envolvido neste tipo de serviço necessita interagir de maneira ética e solidária com o paciente, familiares e cuidadores, limitando-se às questões relacionadas ao atendimento odontológico. "É necessário ao profissional acolher o paciente e sua família com solidariedade, abstendo-se de comentários e julgamentos, respeitando as relações nem sempre afetuosas dos membros de uma família, sem desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente." (OLIVEIRA, 2004).

Conhecimentos específicos nas áreas de farmacologia, fisiologia, fisiopatologia relacionados às enfermidades mais prevalentes nesta camada da população assim como conhecimento dos processos de envelhecimento são necessários para que o profissional possa atuar conjuntamente com outros profissionais envolvidos na assistência ao indivíduo, configurando uma atenção multidisciplinar.

Pacientes institucionalizados podem mais facilmente ser acompanhados por um prontuário multiprofissional, comum aos profissionais envolvidos na assistência ao paciente, o que é difícil de conseguir em ambiente domiciliar onde é necessário um empenho maior na troca de informações por parte dos profissionais.

Embora o atendimento odontológico domiciliário seja viável do ponto de vista técnico, existe ainda o desafio de torná-lo economicamente acessível aos indivíduos que necessitam dele. Tais indivíduos fazem parte da população

economicamente inativa, dependentes na sua grande maioria, de recursos de aposentadoria ou do auxílio de familiares.

Na área dos serviços privados, os profissionais precisam dimensionar os seus honorários considerando a impossibilidade de agendar vários atendimentos em um mesmo período, tendo em vista tempo de deslocamento, montagem e desmontagem dos equipamentos. Além disso, pacientes fragilizados não devem ser submetidos a sessões prolongadas na tentativa de se melhorar o aproveitamento da visita, o que torna o serviço, de baixa produtividade e tende a elevar o custo dos procedimentos.

Apesar das limitações, acreditamos no crescimento desta modalidade de atendimento como uma forma alternativa aplicável à população geriátrica.

CONCLUSÕES

Baseados na revista da literatura e considerando as limitações desse trabalho, podemos concluir que:

- 1) O atendimento odontológico domiciliário é uma alternativa viável do ponto de vista técnico e legal e tem se mostrado de grande utilidade no atendimento aos pacientes com necessidades especiais;
- 2) A inserção do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar que assiste o indivíduo enfermo ou fragilizado em seu domicílio é possível e desejável tendo em vista a importância da saúde bucal para o bem estar geral do paciente;
- 3) Existe a expectativa de uma atuação mais expressiva da Odontologia no atendimento domiciliário em função de fatores que têm gerado um incremento no número de indivíduos que necessitam desse serviço;
- 4) Maior atenção a esta área com novos estudos assim como a revisão da legislação sanitária vigente permitiria aumentar a atuação dessa modalidade de atendimento odontológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

1. Alexandre NMC. Mobilização e Transferência de Idosos. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. cap.23, p.313-23
2. Andrade ED. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p 99.
3. Andrade M. Equipamentos – Consultório de mão. Ver ABO Nac 2001;9(30):134-40.
4. Bowman R. Nursing returns to Home Health Frontier: markets and trends in Home Health Care In: Aiken LH, Fagin CM, Charting Nursing's Future; agenda for the 1990s. Lippincott, Philadelphia, 1991.
5. Brasil. Legislação Brasileira. Decreto nº. 1.948-96. Disponível em URL: <http://www.direitodoidoso.braslink.com/05/dec1948.html>
6. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Disponível em URL: <http://www.cfo.org.br/>
7. Brunetti RF. Odontogeriatría: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. A abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

8. Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. cap. 1, p. 3-6.
9. Hebling E. Prevenção em Odontogeriatricia. In: Pereira, AC, organizador. Odontologia em Saúde Coletiva. Porto Alegre: ArtMed, 2003. cap.26 p. 436.
10. Manfredini MA. Planejamento em Saúde Bucal. In: Pereira AC, organizador. Odontologia em Saúde Coletiva. Porto Alegre: ArtMed, 2003 cap. 3 p. 50-63
11. Mazza MMPR. Visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Rev Bras Cresc Des Hum 1994;4(2):60-8.
12. Monetta L. A especialidade no atendimento domiciliário. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. cap 45, p 590.
13. Oliveira SVT. Atendimento Odontológico Domiciliar: Considerações Técnicas, Legais e Éticas. Monografia para obtenção de título de especialista – Odontologia Legal - apresentada à Fundecto – Faculdade de Odontologia da USP; 2004.
14. Parajara F, Guzzo F. Sim, é possível envelhecer saudável! Rev Assoc. Paul Cir Dent 2000; 54(2): 91-9.
15. Queluz, DP Recursos humanos na área odontológica. In: Pereira AC, organizador. Odontologia em saúde coletiva. Porto Alegre: ArtMed, 2003. cap. 7, p. 154.

16. Rowe JW. Aging and geriatric medicine. In: Wyngaarden & L Smith (eds.). Cecil text-book of medicine, 18ª ed., Philadelphia, Saunders, 1988.
17. Ribeiro MTF e col. : A participação do dentista nos cuidados paliativos de pacientes terminais: Correio ABO – Janeiro-2006, p 20-1.
18. Santos SSC. Enfermagem gerontológica: reflexão à ação cuidativa. 2ª ed. São Paulo: Robe Editorial; 2001.
19. São Paulo (Estado). Resolução SS15, de 18-1-99. Aprova Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e dá providências correlatas.
20. Savonitti BHRA. Cuidando do idoso com demência. In Duarte YAO, Diogo MJD Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. cap 28 p. 435.
21. Silveira JOL. Exodontia. Porto Alegre: Médica Missau; 1998. cap.38, p.345-6.
22. Veras RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumara: UnATI UERJ-2002.
23. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.
24. Tem CY. Ações de vigilância sanitária em saúde coletiva. Porto Alegre: ArtMed, 2003, cap.8 p. 160-73.