



Revista Brasileira em Promoção da
Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza
Brasil

Cavalcante Maciel, Jacques Antonio; Sales de Almeida, Amanda; Almeida de Menezes,
Alinne Késsia; Lima Oliveira Filho, Ivan; Macedo Teixeira, Ana Karine; Castro-Silva, Igor
luco; Osawa Vasconcelos, Maristela Inês; Ramalho de Farias, Mariana

QUANDO A SAÚDE BUCAL BATE À PORTA: PROTOCOLO PARA A ATENÇÃO
DOMICILIAR EM ODONTOLOGIA

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 29, núm. 4, outubro-diciembre, 2016, pp.
614-620

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40849609018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

QUANDO A SAÚDE BUCAL BATE À PORTA: PROTOCOLO PARA A ATENÇÃO DOMICILIAR EM ODONTOLOGIA

When oral health knocks on the door: protocol for oral home care

Cuando la salud bucal llama a la puerta: protocolo para la atención domiciliar en Odontología

Descrição ou Avaliação de Experiências

RESUMO

Objetivo: Apresentar uma proposta de protocolo de atenção domiciliar em saúde bucal na Atenção Primária para pacientes restritos ao lar. **Síntese dos dados:** A construção do instrumento se deu através de visitas domiciliares realizadas durante o módulo Estágio em Atenção Primária dos estudantes do Curso de Odontologia, no município de Sobral-CE, no período de agosto a dezembro de 2014. As visitas tiveram como foco a educação e promoção de saúde, a motivação para o autocuidado e a estratificação de risco para a intervenção da Equipe de Saúde Bucal (ESB). O protocolo contempla aspectos de saúde geral, com dados pessoais, de adesão à Estratégia Saúde da Família e informações referentes à saúde bucal, ações de educação em saúde para o paciente e/ou cuidador, e indicação da necessidade de intervenção em domicílio e/ou na unidade de saúde pela ESB e de encaminhamento para o serviço de atenção secundária. **Conclusão:** O instrumento elaborado apresenta uma boa capacidade de utilização no processo de trabalho em saúde bucal proporcionada pela integração ensino-serviço. A experiência possibilita qualificar a atenção domiciliar à saúde bucal e contribuir para melhoria da saúde do paciente.

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

ABSTRACT

Objective: To present an oral health home care protocol proposal for Primary Health Care of patients confined to the home. **Data synthesis:** The instrument was developed by carrying out home visits during an internship module in primary care undertaken by Dentistry students from the municipality of Sobral, Ceará, in the period from August to December 2014. The visits focused on health promotion and education, motivation for self-care and risk stratification for the intervention of the Oral Health Team (Equipe de Saúde Bucal – ESB). The protocol comprises general health aspects, personal information, subscription to the Family Health Strategy, information on oral health, education activities targeted at the patient and/or caregiver, and indication of the need for intervention at home and/or health center by the ESB and for referral to secondary health care services. **Conclusion:** The instrument developed presents a good capacity for utilization in the oral health work process due to the teaching-service integration. The experience allows to qualify the oral health home care and contributes to the improvement of the patient's health.

Descriptors: Home Visit; Oral Health; Primary Health Care.

Jacques Antonio Cavalcante Maciel⁽¹⁾

Amanda Sales de Almeida⁽²⁾

Alinne Késsia Almeida de Menezes⁽³⁾

Ivan Lima Oliveira Filho⁽³⁾

Ana Karine Macedo Teixeira⁽⁴⁾

Igor Iuco Castro-Silva⁽¹⁾

Maristela Inês Osawa

Vasconcelos⁽⁵⁾

Mariana Ramalho de Farias⁽¹⁾

1) Universidade Federal do Ceará - UFC - Sobral (CE) - Brasil

2) Prefeitura Municipal de Acarape - Acarape (CE) - Brasil

3) Prefeitura Municipal de Itapipoca - Itapipoca (CE) - Brasil

4) Universidade Federal do Ceará - UFC - Fortaleza (CE) - Brasil

5) Universidade Estadual Vale do Acaraú - Sobral (CE) - Brasil

Recebido em: 25/07/2016

Revisado em: 06/09/2016

Aceito em: 31/10/2016

RESUMEN

Objetivo: *Presentar una propuesta de protocolo de atención domiciliar en salud bucal en la Atención Primaria para pacientes restrictos al hogar. Síntesis de los datos:* *La construcción del instrumento se dio a través de visitas domiciliarias realizadas durante el modulo de Prácticas de la Atención Primaria de los estudiantes del Curso de Odontología en el municipio de Sobral-CE en el período entre agosto y diciembre de 2014. Las visitas tuvieron el foco para la educación y promoción de la salud, la motivación para el autocuidado y la estratificación del riesgo para la intervención del Equipo de Salud Bucal (ESB). El protocolo incluye los aspectos de salud general con datos personales, de adscripción a la Estrategia Salud de la Familia e informaciones referentes a la salud bucal, acciones de educación en salud para el paciente y/o el cuidador e indicación de la necesidad de intervención en el domicilio e/o en la unidad de salud por la ESB y de la orientación para buscar el servicio de atención secundaria. Conclusión:* *El instrumento elaborado presenta buena capacidad de utilización del proceso de trabajo en salud bucal proporcionada por la integración enseñanza-servicio. La experiencia posibilita cualificar la atención domiciliar a la salud bucal y contribuir para la mejoría de la salud del paciente.*

Descriptores: *Visita Domiciliaria; Salud Bucal; Atención Primaria de Salud.*

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) pode ser definida como uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde através dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD)⁽¹⁻⁴⁾.

A AD foi instituída pela portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011 que foi substituída pela portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011. Com o objetivo de permitir que os municípios com menor porte populacional também pudessem ter implantados em seu território serviços de atenção domiciliar com o apoio do Ministério da Saúde, foi publicada uma nova portaria (GM n.º 2.527, de 27 de outubro de 2011), que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁵⁻⁷⁾.

A AD, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), propõe a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e discute as diferentes concepções e possibilidades de abordagem da família a partir do princípio da territorialização. Esse princípio consiste na delimitação geográfico-institucional de uma área para a atuação da

equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e considera as dinâmicas e equipamentos sociais disponíveis dentro dessa área, a adscrição da clientela residente nesse espaço e a possibilidade de articulação com outros serviços e equipamentos externos para a provisão do cuidado⁽⁸⁾.

Caracteriza-se por ações sistematizadas, articuladas e regulares, integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde, e possui como principal objetivo assistir ao paciente restrito ao lar, visando potencializar sua autonomia e ampliar o leque de possibilidades de intervenção em domicílio a partir de um planejamento adequado para cada situação. A ESF, por ter a família como principal objeto de trabalho, e consequentemente como um dos seus espaços de atuação o domicílio, é responsável por identificar e desenvolver, através de equipe multiprofissional, práticas de cuidado aos grupos de maior vulnerabilidade^(9,10).

A Atenção Domiciliar à Saúde Bucal na ESF propicia a valorização da promoção da saúde bucal e a prevenção de doenças advindas da cavidade oral, além de possibilitar a realização de procedimentos odontológicos em ambiente domiciliar e promover um cuidado que amplie a capacidade da autonomia e da corresponsabilidade do cuidado através da integração paciente-cuidador^(11,12).

Para o paciente restrito ao lar, a família tem um papel central para o cuidado, com uma responsabilidade direta. O apoio dos profissionais da saúde representa um apoio fortalecedor no enfrentamento dos problemas de saúde. Com a presença de diversos atores, o ambiente domiciliar pode transformar-se em um local propício para a promoção da saúde.

O Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Campus de Sobral, busca, através de seu projeto pedagógico, colocar o trabalho em saúde coletiva como elo de envolvimento entre os diversos setores de estudos do curso e estimular vivências com atuação no âmbito do SUS através dos estágios supervisionados nos níveis de atenção primária e secundária.

A partir da inserção de alunos de Odontologia na Estratégia Saúde da Família, pode-se inferir o quanto importante se mostra o conhecimento sobre o *modus operandi* de seus serviços, pois, partindo da dinâmica da comunidade e do próprio sistema, podem-se analisar os desafios da APS, bem como as habilidades necessárias para a formação dos cirurgiões-dentistas e propor melhorias que beneficiem a comunidade, integrando ensino-serviço através de projetos de intervenção⁽¹³⁻¹⁵⁾.

A integração ensino-serviço pode ser definida como o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores da saúde com trabalhadores dos serviços e seus gestores, visando à qualidade da atenção à saúde, a formação

profissional e o desenvolvimento dos trabalhadores dos serviços. Seria, portanto, um elemento em si mesmo constitutivo de uma nova maneira de pensar a formação, não se tratando de transformar o espaço dos serviços e comunidade em extensões dos hospitais e das clínicas dos cursos, mas sim, de construir espaços de aprendizagem com a incorporação de docentes e estudantes à produção de serviços em cenários reais⁽¹³⁾

O módulo de Estágio em Atenção Primária à Saúde insere os alunos de odontologia como parte da Equipe de Saúde Bucal na ESF e propicia uma vivência em território, com atividades práticas que incluíam, dentre outras, a realização de visitas domiciliares. Nos momentos de observação da realidade local, propiciados pela realização da visita domiciliar, surgiu a necessidade da criação de um protocolo voltado para os cuidados de saúde bucal na AD com o objetivo de identificar situações que necessitem de intervenção da ESB no ambiente domiciliar, além de fortalecer a colaboração interprofissional.

O objetivo deste estudo foi apresentar uma proposta de protocolo de atenção domiciliar em saúde bucal na Atenção Primária para pacientes restritos ao lar.

SÍNTESE DOS DADOS

Este estudo trata-se de um relato de experiência de visitas domiciliares realizadas por estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), *campus* Sobral que resultou na construção de um protocolo de Atenção Domiciliar à Saúde Bucal. A vivência se deu no período de agosto a dezembro de 2014, durante o módulo de Estágio em Atenção Primária à Saúde, na área de atuação da Estratégia de Saúde da Família do bairro Terrenos Novos, em Sobral, Ceará.

O Estágio em Atenção Primária faz parte do componente curricular obrigatório do Curso de Odontologia da UFC, *Campus* de Sobral. Propicia ao acadêmico a aprendizagem em serviço no âmbito da Atenção Básica, onde vivenciam além da atuação clínica odontológica, ações de caráter interdisciplinar e de saúde coletiva de acordo com a rotina da unidade e acompanhados por cirurgiões-dentistas de Saúde da Família da UBS⁽¹²⁾.

A partir da inserção no serviço, os estudantes identificaram como principal problemática no processo de trabalho em saúde bucal a necessidade de uma proposta de atenção a pacientes restritos ao lar e que, por dificuldades de locomoção, permanentes ou temporárias, estavam impossibilitados de se locomoverem à Unidade Básica de Saúde (UBS) para um acompanhamento odontológico adequado. Para a identificação dos pacientes que necessitavam dessa atenção, foi realizado, com o apoio de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um mapeamento

com base nas microáreas adscritas ao território. Dessas microáreas, destacaram-se algumas condições, como pacientes com necessidades especiais, portadores de doenças crônico-degenerativas ou com idade avançada. A partir da realização das primeiras visitas, com o intuito de padronizar e otimizar o planejamento e execução das ações para este público, foi proposta a confecção de um protocolo de atenção domiciliar em saúde bucal.

O protocolo (Quadro I) foi criado pelos estudantes de Odontologia, preceptores e professoras do módulo e constitui-se de um instrumento utilizado para avaliar as condições de saúde bucal de pacientes restritos ao lar que forneça a ESB um diagnóstico situacional que favoreça a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e propostas de intervenção de acordo com a estratificação de risco apresentada no momento da visita domiciliar.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas terapêuticas, de promoção e prevenção, articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão do caso em uma equipe interdisciplinar, e parte da construção da história de vida da pessoa, na qual se contextualizam seus problemas de saúde e emanam-se propostas de cuidado a serem compartilhadas com o próprio sujeito e contempla fases como: o diagnóstico, definição de metas, definição das responsabilidades, reavaliação e, especialmente, acompanhamento longitudinal⁽⁵⁾.

A elaboração do instrumento foi baseada na ficha clínica utilizada no Centro de Especialidades Odontológicas Regional (CEO-R) de Sobral - CE e padronizado de acordo com o quadro I abaixo. Algumas adaptações foram aplicadas devido a atuação em meio domiciliar e não em clínica odontológica. As informações adicionadas se aplicavam em decorrência do tipo de necessidade encontrada nos pacientes restritos ao lar.

O protocolo contempla aspectos de saúde geral, com dados pessoais, de adscrição à ESF e informações referentes à saúde bucal, tais como o histórico de assistência odontológica, condições clínicas de saúde bucal, propostas de intervenções clínicas possíveis de serem executadas em domicílio, ações de educação em saúde para o paciente e/ou cuidador e necessidade de intervenção em domicílio e/ou UBS pela ESB e necessidades de encaminhamento para o serviço de atenção secundária.

Os detalhes observados durante a visita junto a coleta de dados para o protocolo permitiram perceber o contexto socioeconômico e cultural em que a família se encontra inserida e estabelecer a relação entre o perfil do paciente e a condição que o deixava restrito ao lar. O protocolo possibilita um planejamento de intervenções integrais que objetivam a melhora da condição bucal e geral do paciente com base em dados individuais e contextuais, realizadas de forma individual ou em grupo.

As necessidades de intervenção identificadas no protocolo variavam entre atividades de promoção e prevenção, clínico-curativas e de reabilitação. Aos casos de necessidades de intervenção clínico-curativas e reabilitadoras, foi agendada uma posterior visita do cirurgião-dentista da ESB para avaliação da viabilidade de realização de algum procedimento clínico em domicílio, ou, no caso da necessidade de encaminhamento ao consultório odontológico da UBS, a possibilidade de articulação junto à Secretaria Municipal da Saúde para providência de locomoção do paciente.

Durante o período do estágio, foram realizadas 18 visitas domiciliares com o acompanhamento dos ACS, as quais permitiram identificar a necessidade da atuação do cirurgião-dentista no acompanhamento odontológico domiciliar destes pacientes, após o término da vivência em território, a ESB teve condições de continuar realizando as visitas e a utilização do protocolo foi considerada uma ferramenta viável que otimizou o processo de trabalho.

A Atenção Domiciliar à Saúde Bucal deve ser avaliada periodicamente, uma vez que a condição bucal interfere na qualidade de vida e no incentivo ao autocuidado aos que se encontram sob condições incapacitantes⁽¹⁰⁾. Pacientes restritos ao lar apresentam impossibilidade de locomover-se até a UBS e de usufruir dos serviços odontológicos prestados pela Unidade por conta das complicações decorrentes de problemas sistêmicos ou devido à idade avançada^(16,17). O não acompanhamento odontológico destes pacientes está relacionado à condições precárias de saúde oral, que podem variar desde a presença de cárie, doença periodontal, raízes residuais à perda dentária generalizada e lesões potencialmente malignas⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Além da criação do protocolo, as visitas tiveram o intuito de proporcionar em aspecto amplo a promoção da saúde, através da motivação e fortalecimento do autocuidado, que objetivam hábitos saudáveis, abordagens preventivas e diagnósticos precoces. As visitas domiciliares são benéficas e trazem resultados positivos, e o cirurgião-dentista é ator fundamental nesse processo ao estabelecer uma rede de comunicação participativa com a família, coordenando o cuidado do paciente restrito ao lar no território⁽¹⁸⁾.

O cuidado domiciliar é uma prática antiga, mas que ganhou ênfase com a proposta de promoção da saúde da ESF ao organizar a APS no Brasil⁽¹⁻³⁾. O cuidado domiciliar em saúde bucal visa a motivação para um autocuidado e empoderamento, pelos próprios pacientes, ou pais/responsáveis que atuam no papel de cuidador⁽²¹⁾. Portanto, torna-se necessário que a odontologia se insira no contexto domiciliar de modo a facilitar no diagnóstico e na elaboração de um tratamento adequado, evitando-se, desse modo, o agravamento de doenças bucais que podem acarretar na perda dental e fragilização do estado de saúde física e mental^(9,22).

A vivência em território possibilitou aos estudantes observarem que as visitas domiciliares muitas vezes eram restritas aos ACS e enfermeiros, o que evidenciou a ausência de uma participação interdisciplinar entre os profissionais, negligenciando a relação entre condições de saúde bucal e condições sistêmicas, uma vez que o cuidado, em muitos casos, limitava-se apenas à condição sistêmica que levou o paciente à condição de restrição ao lar.

A dificuldade de incorporação da AD a pacientes restritos ao lar no processo de trabalho do cirurgião-dentista observado é um nó crítico que está associado ao grande número de pacientes nesta condição e à cobertura insuficiente das ESB que atuam na UBS de territórios muito populosos, além da inexistência de condições adequadas para realizar esta atenção domiciliar, fato observado na literatura^(23,24).

A vivência em território e a criação do protocolo propiciou muitos resultados positivos semelhantes aos encontrados em outro estudo, que analisou a presença do cirurgião-dentista em ambiente domiciliar, tais como: a facilidade de acesso da ESB aos pacientes restritos ao lar; a rapidez no processo de cura com o fortalecimento da longitudinalidade do cuidado em domicílio; a minimização de intercorrências clínicas; a diminuição de danos sistêmicos causados pela deficiência em atendimento odontológico; a minimização dos efeitos das incapacidades ou doenças; o incentivo à aproximação profissional-paciente favorecendo o vínculo e especialmente o fortalecimento da Integração Ensino-Serviço com resultados positivos para a comunidade confirmando a necessidade dessa articulação⁽²³⁾.

Há uma necessidade de fortalecer e reorientar as práticas de atenção em saúde bucal domiciliar, sendo imprescindível estabelecer condições adequadas para a realização da AD, como a garantia de atendimento prioritário aos pacientes restritos ao lar, disponibilidade de consultórios odontológicos móveis, transporte para locomoção destes pacientes às consultas na própria unidade, além de maior articulação com a rede de atenção⁽²⁵⁻²⁷⁾.

Em todas as visitas domiciliares realizadas não foi executado nenhum procedimento odontológico invasivo, e as necessidades de cada domicílio foram compartilhadas com ESB, para que fosse dada continuidade ao cuidado desses pacientes após a saída dos estagiários da unidade, seja em domicílio, UBS ou com encaminhamento ao Centro de Especialidades Odontológicas do Município para acompanhamento pelo cirurgião-dentista especialista em Pacientes com Necessidades Especiais (PNE).

É importante observar que a aplicação dessa ferramenta dentro das visitas domiciliares necessita de um planejamento prévio com a ESF. A existência de um protocolo põe em prática a necessidade que os profissionais

têm de se atualizar frequentemente sobre as condições de vida da população através da territorialização, num contato direto com a população, que pode ser intensificado com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)^(28,29).

A formação em serviço, propiciada pelo estágio obrigatório do Curso de Odontologia da UFC, campus

Sobral, permite aos acadêmicos vivenciarem a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽³⁰⁾ de forma interdisciplinar e desenvolver competências específicas, tais como a criticidade, iniciativa e criatividade para solucionar situações colocadas ao longo do estágio.

Quadro I - Protocolo padronizado para a realização das visitas domiciliares à pacientes acamados/restritos ao lar. Sobral, CE/2013.

ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE BUCAL	
CSF: _____	
DADOS PESSOAIS	
Nome: _____	Número do Prontuário Familiar _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Endereço: _____
ESF de adscrição: _____	ACS: _____
ANAMNESE	
Problemas que levam o paciente à condição de restrição ao lar e/ou acamado.	
Registro de problemas de saúde de cunho sistêmico.	
Paciente tem acesso ao atendimento médico: () Sim () Não	
Paciente tabagista: () Sim () Não Paciente etilista: () Sim () Não	
Registro de problemas de saúde dos familiares.	
Registro dos medicamentos utilizados pelo paciente.	
Paciente possui cuidador(a)? () Sim () Não	
Paciente necessita de cuidador(a)? () Sim () Não	
SAÚDE BUCAL	
Paciente tem acesso ao atendimento odontológico? () Sim () Não	
Observação da condição de saúde bucal do paciente.	
Paciente utiliza algum método de higienização bucal? () Sim () Não	
Paciente necessita de auxílio para a execução da técnica de higienização bucal? () Sim () Não	
Paciente já foi atendido pelo profissional cirurgião-dentista alguma vez na vida? () Sim () Não	
Paciente já foi atendido pelo profissional cirurgião-dentista durante o período de restrição ao lar? () Sim () Não	
Paciente já recebeu alguma visita domiciliar do profissional cirurgião-dentista? () Sim () Não	
Tipo de tratamento odontológico que o paciente já foi submetido.	
Paciente utiliza prótese dentária? () Sim () Não	
Ocorre higienização da peça? () Sim () Não	
Necessidades odontológicas do paciente a partir de um exame clínico. _____	
PLANO DE INTERVENÇÃO	
Ação de Educação em Saúde () Paciente () Cuidador	
Atendimento domiciliar:	
Atendimento Clínico na UBS:	
Encaminhamento para o CEO:	
Obs.: Os registros do plano de intervenção proposto serão descritos no prontuário familiar.	

Fonte: própria.

CONCLUSÃO

O protocolo de Atenção Domiciliar à Saúde Bucal trouxe um resultado positivo a partir da vivência, já que houve uma melhoria na atenção à saúde de uma parcela da população que normalmente não teria acesso aos serviços de saúde prestados por um modelo de atenção em saúde bucal hegemônico que priorizasse apenas práticas curativas.

Através da vivência, observou-se a necessidade de atuação constante do cirurgião-dentista em ambiente domiciliar e possibilitou aos acadêmicos vivenciar a interdisciplinaridade do cuidado no domicílio, através da atuação de diferentes atores, ressaltando a importância de profissionais como enfermeiros e agentes comunitários de saúde. As visitas possibilitam, também, incentivo ao empoderamento para o autocuidado de pacientes e cuidadores, humanização da atenção e fortalecimento do vínculo profissional-família e profissional-estudante, promovendo qualidade de vida para a comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Rocha DA, Franco MA. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(1):181-9.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003;3(1):113-25.
3. Velasco E, Machuca G, Martinez-Sahuquillo A, Rios V, Lacalle J, Bullon P. Dental health among institutionalized psychiatric patients in Spain. *Spec Care Dentist*. 1997;17(6):203-6.
4. Whyman RA, Treasure ET, Brown RH, MacFadyen EE. The oral health of long-term residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill. *N Z Dent J* 1995;91(404):49-56.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 2 v.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.
7. Feuerwerker LCM, 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):180-8.
8. Gallassi CV, Ramos DFH, JY Kinjo, Souto BGA. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. *ABCS Health Sci*. 2014;39(3):177-85.
9. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Atenção familiar na estruturação da rede de atenção à saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013;17(4):603-10.
10. De-Carli AD, Santos MLM, Souza AS, Kodjaoglanian VL, Batiston AP. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. *Saúde Debate*. 2015;39(105):441-50.
11. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(1):166-76.
12. Matos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):373-82.
13. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. *Interface Comun Saúde Educ*. 2011;15(39):1053-67.
14. Costa SM, Araújo FF. Dental auxiliares versus community health workers: similarities and contrasts. *Rev Odontol UNESP*. 2013;42(5):350-6.
15. Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
16. Dias NHNS, Papaléo M Netto, Soares R, Held A Filho, Moreira MS. O dentista como parte integrante da equipe interdisciplinar do serviço de assistência domiciliar. *Rev Saúde Com*. 2006;2(2):135-42.
17. Marasquin HG, Duarte RVC, Pereira RBL, Monego ET. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte, Palmas (TO). *Rev UFG*. 2010;6(Esp):64-72.
18. Barro GB, Cruz JPP, Santos AM, Rodrigues AAAO, Bastos KF. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. *Rev Saúde.com*. 2006;2(2):135-42.

19. Carvalho EMC, Araújo RPC. A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* (João Pessoa). 2004;4(1):65-75.
20. Mesquita KO, Lima GK, Linhares MSC, Flôr SMC, Freitas CASL. Relato de experiência de estudantes do programa de educação pelo trabalho/vigilância à saúde, em Sobral, Ceará. *Sanare* (Sobral). 2010;9(2):61-65.
21. Mendes VLF, Molini-Avejonas DR, Ribeiro A, Souza LAP. A construção coletiva de um guia para cuidadores de pacientes acamados: relato de experiência. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;23(3):281-7.
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde [acesso em 2016 Abr 25]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsssp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.mai.13/Iels100/U_PT-MS-GM-963_270513.pdf
23. Bizerril DO, Saldanha KGH, Silva JP, Almeida JRS, Almeida MEL. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(37)1-8.
24. Albandar JM. Global risk factors and risk indicators for periodontal diseases. *Periodontol*. 2002; 29:177-206.
25. Drumont-Santana T, Costa FO, Zenóbio EG, Soares RV, Santana TD. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):637-44.
26. Klock AD, Heck RM, Casarim ST. Cuidado domiciliar: a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UFPEL-MS/BID. *Texto & Contexto Enferm*. 2005;14(2):237-45.
27. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
28. Ministério da Saúde (BR), Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
29. Brasil. Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento [acesso em 2016 Abr 22]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=441-portaria-gm-ms-n%C2%BA-599-de-23-03-2006-sesmg
30. 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):181-9.

Endereço para correspondência:

Jacques Antonio Cavalcante Maciel
Universidade Federal do Ceará - UFC - Campus de Sobral
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF)
Rua Comandante Maurocêlio Rocha Pontes, 100
Bairro: Derby
CEP 62.042-280 - Sobral - CE - Brasil
E-mail: jacques.maciel@yahoo.com.br