

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

Jéssica Carolina da Silva

CUIDADOS DOMICILIARES EM SAÚDE BUCAL: *PERCEPÇÃO DE*
PROFISSIONAIS E GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte
2023

Jéssica Carolina da Silva

**CUIDADOS DOMICILIARES EM SAÚDE BUCAL: *PERCEPÇÃO DE
PROFISSIONAIS E GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DE MINAS GERAIS***

Dissertação e produto técnico apresentados ao Colegiado de Pós-Graduação, nível Mestrado Profissional em Odontologia de Saúde Pública, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Políticas Públicas,
Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde

Orientadora (a): Profa. Loliza Chalub Luiz Figueiredo Hourí

Coorientador (a): Profa. Maria Inês Barreiros Senna

Belo Horizonte
2023

Ficha Catalográfica

S586c Silva, Jéssica Carolina da.
2023 Cuidados domiciliares em saúde bucal: percepção de
T profissionais e gestores da atenção primária à saúde de um
município de grande porte de Minas Gerais / Jéssica Carolina
da Silva. -- 2023.

98 f. : il.

Orientadora: Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houri.
Coorientadora: Maria Inês Barreiros Senna.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Visita domiciliar. 2. Assistência domiciliar. 3.
Saúde bucal. 4. Atenção primária à saúde. I. Houri, Loliza
Chalub Luiz Figueiredo. II. Senna, Maria Inês Barreiros.
III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

CUIDADOS DOMICILIARES EM SAÚDE BUCAL: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DE MINAS GERAIS

JÉSSICA CAROLINA DA SILVA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA, área de concentração ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 22 de setembro de 2023, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houry - Orientadora
Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Maria Inês Barreiros Senna
Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Flavia Rabello
PUC - MINAS

Profa. Camilla Aparecida Silva de Oliveira Lima
Faculdade de Odontologia da UFMG

Belo Horizonte, 22 de setembro de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Flavia Rabello, Usuário Externo**, em 22/09/2023, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Ines Barreiros Senna, Coordenador(a) de coordenadoria**, em 22/09/2023, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houry, Professora do Magistério Superior**, em 22/09/2023, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento



no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Camilla Aparecida Silva de Oliveira Lima, Professora do Magistério Superior**, em 22/09/2023, às 16:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2624998** e o código CRC **2FF16C1C**.

AGRADECIMENTOS

A Deus, base e inspiração de tudo que sou e tenho.

À minha querida Nossa Senhora da Conceição de Aparecida, por seu cuidado e intercessão.

Aos meus pais, Paulo e Sonaide, que nunca mediram esforços para sustentar meus sonhos e sempre foram conforto nos momentos difíceis. Ao meu irmão Paulo Jr., pelo constante incentivo, amor, cumplicidade e força. Amo vocês, mais uma conquista NOSSA!

Aos familiares e amigos, pela presença e torcida.

A minha orientadora, profa Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houri, cuja orientação experiente, ensinamentos e apoio foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

A minha coorientadora Maria Inês Barreiros Senna, pelas contribuições que enriqueceram este estudo.

Aos meus colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis e aos colegas do Mestrado Profissional.

A Prefeitura Municipal de Divinópolis, por reconhecer e apoiar a capacitação dos seus servidores.

Ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia, pela excelência e acolhida nesta trajetória.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo investimento contínuo no ensino e na pesquisa com a concessão de bolsas de Iniciação Científica Júnior – PROBIC Ensino Médio.

RESUMO

O cuidado domiciliar está em crescimento no Brasil e no mundo devido a transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento da população e mudanças nos padrões de natalidade e mortalidade. Este contexto traz consigo uma série de desafios e transformações nos sistemas de saúde, que demandam por uma abordagem de saúde mais abrangente e contínua. Nesse sentido, destaca-se o cuidado domiciliar como uma proposta que busca superar as limitações do modelo tradicional de saúde, com a ampliação do acesso à saúde e atendimento humanizado. Na Odontologia, este cuidado ainda não está incorporado como rotina pelas equipes de Saúde Bucal (eSB), por isso objetivou-se avaliar a percepção de profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre a atuação da eSB no cuidado domiciliar. Trata-se de estudo qualitativo, no contexto da APS do município de Divinópolis, Minas Gerais. Foram realizados grupos focais (GF) no formato online com sete participantes em cada e com duração de 50 minutos, seguindo roteiro com perguntas orientadoras. As falas foram transcritas e realizada análise de conteúdo temática, da qual emergiram quatro núcleos temáticos: importância do cuidado domiciliar, atuação da eSB no cuidado domiciliar, perfil dos profissionais da eSB e fragilidades do cuidado domiciliar em Odontologia. Os resultados indicaram haver pouco conhecimento tanto dos gestores quanto profissionais sobre a atuação da eSB no ambiente domiciliar. Foi relatado que a eSB enfrenta dificuldade em realizar atividades fora das unidades de saúde, como as visitas domiciliares e que também não se sente parte da equipe de saúde da APS. Os participantes consideraram importante discutir os cuidados de saúde bucal no domicílio e enfatizaram a necessidade de estruturar melhor este serviço. Para isso, faz-se necessário investir em capacitação dos profissionais e organizar o processo de trabalho das eSB, por meio de fluxos e protocolos. Portanto, foi elaborado um protocolo de cuidados domiciliares em saúde bucal, que foi fruto de uma construção colaborativa através dos GF, contemplando os quatro núcleos temáticos. Além disso, foi incorporado também os diversos conhecimentos e perspectivas dos participantes, respeitando a realidade do município de Divinópolis. Os itens foram desenvolvidos de forma didática, com esquemas, fluxos e ilustrações. O documento finalizado foi apresentado e aprovado pelos profissionais que atuam na APS do município. Diante da percepção de profissionais e gestores da APS de que há diversos desafios para a implementação dos cuidados domiciliares pelas eSB, este protocolo representa uma ferramenta importante para facilitar a organização e direcionamento do trabalho das eSB no ambiente domiciliar em Divinópolis.

Palavras-chave: visita domiciliar; saúde bucal; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Perception of professionals and managers of primary health care on home care in oral health: qualitative study for protocol development in the context of health services in a large municipality of Minas Gerais

Home care is growing in Brazil and around the world due to the demographic transition, characterized by the aging of the population and changes in birth and mortality patterns. This context brings with it a series of challenges and transformations in health systems, which demand a more comprehensive and continuous health approach. In this sense, home care stands out as a proposal that seeks to overcome the limitations of the traditional health model, with expanded access to health and humanized care. In Dentistry, this care is not yet incorporated as a routine by the Oral Health teams (eSB), which is why the objective was to evaluate the perception of Primary Health Care (PHC) professionals and managers about the role of eSB in home care. This is a qualitative study, in the context of PHC in the city of Divinópolis, Minas Gerais. Focus groups (FG) were held in an online format with seven participants each and lasting 50 minutes, following a script with guiding questions. The statements were transcribed and thematic content analysis was carried out, from which four thematic nuclei emerged: importance of home care, eSB's role in home care, profile of eSB professionals and weaknesses of home care in Dentistry. The results indicated that there is little knowledge among both managers and professionals about the role of eSB in the home environment. It was reported that the eSB faces difficulties in carrying out activities outside the health units, such as home visits, and that it also does not feel part of the PHC health team. Participants considered it important to discuss oral health care at home and emphasized the need to better structure this service. To achieve this, it is necessary to invest in training professionals and organize the eSB work process, through flows and protocols. Therefore, a home oral health care protocol was drawn up, which was the result of a collaborative construction through the FGs, covering the four thematic centers. Furthermore, the diverse knowledge and perspectives of the participants were also incorporated, respecting the reality of the municipality of Divinópolis. The items were developed in a didactic manner, with diagrams, flows and illustrations. The finalized document was presented and approved by professionals who work in the municipality's PHC. Given the perception of PHC professionals and managers that there are several challenges for the implementation of home care by eSBs, this protocol represents an important tool to facilitate the organization and direction of the work of eSBs in the home environment in Divinópolis.

Keywords: home visit; oral health; primary health care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação da atenção domiciliar.....	17
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar tipo 1
AD2	Atenção Domiciliar tipo 2
AD3	Atenção Domiciliar tipo 3
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária a Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Grupo Focal
MS	Ministério da Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Contexto do cuidado domiciliar	14
2.2 Organização do cuidado domiciliar no SUS	16
2.3 Saúde bucal no cuidado domiciliar.....	18
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral.....	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 METODOLOGIA	21
4.1 Desenho de estudo	21
4.2 Coleta de dados.....	22
4.4 Realização do grupo focal.....	23
4.5 Análise dos dados.....	24
4.6 Aspectos éticos	25
5 RESULTADOS DE DISCUSSÃO	26
6 PRODUTO TÉCNICO	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A – TCLE	58
APÊNDICE B – Convite aos participantes para reunião de discussão do protocolo	62
APÊNDICE C – Slide da reunião de avaliação do protocolo	63
APÊNDICE D – Questionário de avaliação do protocolo	64
APÊNDICE E – Protocolo de cuidado domiciliar em saúde bucal	68
ANEXO A- Aprovação do Comitê de Ética	91
ANEXO B - Comprovante de submissão de artigo	95
ANEXO C - Instruções aos autores e diretrizes para apresentação de manuscritos da Revista Saúde e Sociedade	96

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é entendido como uma política de Estado criada democraticamente por esforços da sociedade que resultou na Lei nº 8080, a qual reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas voltadas para prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde. O SUS tem como princípios finalísticos a universalidade, a integralidade e a igualdade (BRASIL, 1990; TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

O SUS ancora-se na Atenção Primária à Saúde (APS) e define a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de reorganizar os cuidados básicos e aumentar a cobertura universal à saúde. A ESF, por ter a família como principal objeto de trabalho, é responsável por identificar e desenvolver, por meio de equipe multiprofissional, práticas de cuidado, promoção e proteção à saúde (PAIM *et al.*, 2011).

Mesmo com a reorganização e ampliação da APS, o SUS ainda é um sistema em desenvolvimento e requer novas formas de aumentar a cobertura integral à saúde. Para ultrapassar essa limitação, apresenta-se a proposta do cuidado domiciliar cujo objetivo é revalorizar o lar como espaço para produzir cuidado, evitar hospitalizações desnecessárias e apoiar as equipes de APS em favor do aumento da eficiência da assistência (BRASIL, 2017; GALLASSI *et al.*, 2014; TOTTEN *et al.*, 2016).

Os cuidados domiciliares são praticados desde tempos remotos, há relatos históricos dessas ações no Egito Antigo e também na Grécia (em relatos de Asképios e Hipócrates). Porém, foi no século XX que houve uma grande expansão destas atividades como resposta às mudanças demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais ocorridas no Brasil e no mundo (BENJAMIN, 1993; SANTOS *et al.*, 2008).

Ao longo dos anos, o cuidado domiciliar desenvolveu-se de forma distinta em cada país, apresentando-se de acordo com o contexto histórico, político e social de cada momento (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008). No Canadá, esse cuidado ocorreu inicialmente durante os pós-cirúrgico dos usuários e depois se estendeu para usuários com condições clínicas agudas. Já o cuidado domiciliar

como extensão do hospital surgiu nos Estados Unidos, em 1947, para melhorar a gestão dos leitos hospitalares e diminuir a superlotação dos serviços de urgência. A partir de então, as experiências desse tipo multiplicaram-se na América do Norte e na Europa (REHEM; TRAD, 2005).

No Brasil, a primeira experiência de cuidado domiciliar ocorreu em 1949, com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho. Posteriormente, em 1967, foi iniciado como uma atividade planejada pelo setor público por meio do Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo, com o propósito de disponibilizar leitos hospitalares, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica (AMARAL *et al.*, 2001).

Com o desenvolvimento e a ampliação dos cuidados domiciliares, em 2002 foi publicada a Lei nº 10.424, que acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. Além disso, em 2006, foi publicada a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dispendo sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar (ANVISA, 2006). Em outubro deste mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 2.529, que instituiu, no âmbito do SUS, a internação domiciliar como “um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa sob os cuidados de equipes exclusivas para esse fim”. No entanto, esta portaria foi revogada pela Portaria nº 2.029, de agosto de 2011, que instituiu a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Contudo, apesar da existência da resolução da ANVISA e da portaria do MS, foram poucas as mudanças na prestação dos serviços domiciliares existentes. Somente em 2011 o cuidado domiciliar ganhou novo espaço nas políticas públicas brasileiras, com a criação do programa Melhor em Casa, que passou a reconhecer essa estratégia como alternativa para alterar a forma de produzir saúde no Brasil e também contribuir para a diminuição da sobrecarga do sistema de saúde, proporcionando, dessa forma, uma maior eficiência do atendimento e economia financeira (BRAGA *et al.*; 2016; BRASIL, 2012; SILVA *et al.*, 2010). Na versão mais recente, a Portaria do Ministério da Saúde nº 825/2016 redefine e organiza os

serviços de atenção domiciliar no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas (BRASIL, 2016).

No contexto da APS o cuidado domiciliar realizado pela equipe multiprofissional da ESF permaneceu durante anos como uma atividade de rotina nos serviços dos médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Foi somente em 2004 que os cuidados domiciliares foram designados como uma responsabilidade dos profissionais da equipe de saúde bucal (eSB), por meio da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). A importância da inclusão da eSB no SUS foi destacada com a promulgação da Lei 14.572 de 2023, que estabelece a PNSB no âmbito do SUS e modifica a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incorporar a saúde bucal no escopo de atuação do SUS. (BRASIL, 1990, 2004, 2023).

O cuidado domiciliar é uma estratégia que viabiliza atender àqueles que possuem necessidades especiais, como idosos, acamados, vítimas de acidentes e violência urbana, pacientes em cuidado paliativo, usuários com deficiência mental ou motora, pacientes sequelados por Acidente Vascular Cerebral (AVC), doença de Parkinson, Alzheimer, entre outros agravos. Para estes pacientes, o cuidado domiciliar é o meio mais viável de acesso ao serviço de saúde bucal oferecido, pois várias são as barreiras (a própria condição de saúde do paciente, questões econômicas e sociais) que dificultam ou inviabilizam seu deslocamento às unidades de saúde (BARROS *et al.*, 2006; BRASIL, 2004; KERBER; KIRCHHOF; CEZARVAZ, 2008; NARVAI, 2006).

A presença da eSB no cuidado domiciliar favorece o bom controle e manutenção da condição bucal e a prevenção de agravos, garantindo melhor qualidade de vida e o bem-estar geral da pessoa assistida (CUNHA; SÁ, 2013; DUARTE; BARRETO, 2012). Segundo Shinkai e Cury (2000), a ausência da eSB pode provocar consequências prejudiciais ao paciente, pois num contexto de falta de assistência maior será o seu risco de desenvolver doenças bucais como a cárie, doença periodontal (gingivite e periodontite), abscessos, candidíase, mucosite, aftas e outras infecções.

Sendo assim, os cirurgiões-dentistas apresentam papel primordial no desenvolvimento de ações de promoção à saúde por meio da motivação e educação em saúde para o paciente e sua família; orientação sobre higiene bucal e cuidados com as próteses dentárias; escovação supervisionada e o diagnóstico precoce de

lesões orais (CUNHA; SÁ 2013; DUARTE; BARRETO, 2012; SHINKAI; CURY, 2000).

Além disso, o cuidado domiciliar reconhece as particularidades individuais e prioriza o bem-estar físico, mental e social dos pacientes elegíveis para essa modalidade assistencial. Através dele, os profissionais têm a oportunidade de compreender melhor o contexto socioeconômico e cultural em que os usuários estão inseridos, comprometendo-se com a realidade de cada um. Por meio do cuidado domiciliar é possível ampliar a autonomia e promover a corresponsabilidade dos usuários no cuidado à saúde, através da integração profissional-família e profissional-paciente (AQUILANTE; ACIOLE, 2015; LACERDA *et al.*, 2006).

Considerando a importância da saúde bucal no cuidado domiciliar e os poucos relatos na literatura acerca do tema, este estudo visa compreender a percepção dos profissionais e gestores da APS sobre a atuação da eSB nessa modalidade assistencial. Além disso, espera-se contribuir para o aprimoramento do serviço, promovendo melhorias e implementando medidas específicas no campo da saúde bucal. Dessa forma, espera-se que essa pesquisa contribua para a formulação de políticas que promovam mudanças no modelo de atenção, garantindo a equidade no acesso aos serviços de saúde e a cobertura universal, especialmente para indivíduos com limitações de deslocamento até às unidades de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contexto do cuidado domiciliar

A transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento da população e mudanças nos padrões de natalidade e mortalidade, tem causado profundos impactos na saúde. Esse fenômeno global, impulsionado pelo aumento da expectativa de vida e pela diminuição da taxa de reprodução, traz consigo uma série de desafios e transformações nos sistemas de saúde em todo o mundo (BRASIL, 2012; COCHRANE *et al.*, 2016).

O envelhecimento da população resulta em uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias e demências, que são mais comuns em idosos. Essas condições demandam por uma abordagem de saúde mais abrangente e contínua, devido à necessidade de cuidados e tratamentos específicos para essa população (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

Neste contexto de mudanças demográficas, é fundamental fortalecer e desenvolver abordagens inovadoras para a prestação de cuidados em saúde. Nesse sentido, destaca-se o cuidado domiciliar como uma proposta que busca superar as limitações do modelo tradicional de saúde. Essa abordagem implica uma reorientação e reestruturação do sistema de saúde, com o objetivo de oferecer cuidados mais eficazes e personalizados no ambiente domiciliar (BRASIL, 2012).

A implementação do cuidado domiciliar se destaca em duas vertentes: a financeira, que busca otimizar recursos e reduzir custos com internações, e a humanizadora, que redefine o modelo de atenção, valorizando o lar como espaço propício para novas formas de cuidado em saúde. Essas vertentes se complementam, pois, o cuidado domiciliar não apenas é economicamente eficiente, mas também transforma a atenção à saúde, enfatizando a individualização dos cuidados, a proximidade entre profissionais de saúde e pacientes, e fortalecendo os laços familiares e comunitários (BRASIL, 2012; FLORIANI; SCHRAMM, 2004; GALLASSI *et al.*, 2014).

Com vistas a definir e classificar as diversas ações realizadas no contexto domiciliar há uma variedade de termos com significados distintos atribuídos por diferentes autores. No presente estudo as modalidades de assistência domiciliar

serão definidas com base em sua finalidade, objetivos e atividades específicas, conforme apresentado a seguir.

- a) Atendimento domiciliar, assistência domiciliar ou cuidado domiciliar: abrange um conjunto de atividades programadas e contínuas que visam atingir objetivos terapêuticos, educativos ou assistenciais, independentemente de sua complexidade, realizadas no ambiente residencial. É uma modalidade ampla que engloba qualquer ação de saúde executada por profissionais no domicílio das pessoas (DINIZ, 2018; LACERDA *et al.*, 2006).
- b) Visita domiciliar: caracterizada por um contato direto entre profissionais de saúde e pacientes, famílias e ambiente domiciliar, com o objetivo de identificar riscos e necessidades de saúde. Seu propósito é promover a autonomia e independência do paciente no autocuidado. Durante a visita, são coletadas informações para compreender a realidade dos indivíduos atendidos, a fim de aplicar abordagens assistenciais voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde (DINIZ, 2018; GALLASSI *et al.*, 2014).
- c) Internação domiciliar: modalidade de cuidado mais intensivo e complexo voltado para pacientes doentes que necessitam de cuidados contínuos. É uma abordagem especializada que tem como característica atender aos objetivos terapêuticos e de reabilitação em um nível de complexidade tecnológica e recursos humanos comparáveis aos encontrados em um ambiente hospitalar (GALLASSI *et al.*, 2014; LACERDA *et al.*, 2006).
- d) Atenção domiciliar (AD): modalidade que engloba as diversas ações de saúde no domicílio. A AD envolve ações individuais desenvolvidas no domicílio de maneira integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), como aquelas de promoção, prevenção à saúde e tratamento de doenças, reabilitação e palição, garantindo continuidade de cuidados; assim como ações macroestruturais como políticas de saúde, saneamento, habitação, dentre outras (BRASIL, 2012, 2016; LACERDA *et al.*, 2006).

É importante destacar que as definições utilizadas para classificar as diversas modalidades da assistência domiciliar ainda estão em desenvolvimento e não há consenso entre os autores em relação ao seu uso. No entanto, apesar das

diferenças entre essas definições, as ações realizadas nessas modalidades estão interligadas, são complementares e dependem uma da outra.

2.2 Organização do cuidado domiciliar no SUS

A Portaria nº 825 (BRASIL, 2016) estabelece diretrizes para a organização e o funcionamento da AD no SUS. Dentre as principais diretrizes presentes nessa portaria, destacam-se:

- I. ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS;
- II. estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;
- III. adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e
- IV. estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

Essas diretrizes têm como objetivo promover a qualidade, a segurança e a humanização dos cuidados de saúde prestados no âmbito domiciliar, visando à melhoria da atenção à saúde da população e à redução das internações hospitalares desnecessárias. Além das diretrizes, esta portaria redefiniu os cuidados domiciliares no âmbito do SUS e atualizou as equipes habilitadas. Essa nova organização baseia-se em três modalidades, considerando as necessidades de cuidado de cada caso, a periodicidade das visitas, a intensidade do cuidado multiprofissional e o uso de equipamentos, sendo elas: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1); Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2); e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).

Quadro 1- Classificação da atenção domiciliar

	Definição	Responsável	Periodicidade
AD1	Destinada a usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde	Equipes da APS, com apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos ambulatórios de especialidades e dos centros de reabilitação	Acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.
AD2	Destinada a usuários que possuem problemas de saúde com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, que necessitem de maiores recursos de saúde.	Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)	Acompanhamento/atenção no mínimo semanal.

AD3	Semelhante a AD2, mas nessa modalidade a frequência de cuidados a saúde do usuário é ainda maior, com maior complexidade, carecendo de uso de equipamentos como os de oxigenoterapia, ventilação mecânica não invasiva, diálise peritoneal e paracentese, por exemplo.	Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)	Cuidado multiprofissional mais frequente, contínuo e por maiores períodos.
------------	--	-------------------------------------	--

Fonte: PORTARIA Nº 825, BRASIL 2016.

Vale destacar que a responsabilidade pelo apoio e acompanhamento dos cuidados prestados aos usuários elegíveis para o SAD recai sobre as equipes de atenção primária. A APS e o SAD devem operar em conjunto na prestação de cuidados, uma vez que suas ações se complementam e expandem a capacidade de resposta do sistema de saúde.

2.3 Saúde bucal no cuidado domiciliar

No Brasil, a saúde bucal tem suas raízes históricas baseadas na prática curativa, com ações centralizadas no cirurgião-dentista (CD), além de pouca inserção comunitária e dificuldades no trabalho em equipe (PAULA; BEZERRA, 2003; PIMENTEL *et al.*, 2010). De acordo com Santos *et al.* (2008), um profissional treinado exclusivamente para tratar doenças limita sua atuação, pois, ao focar apenas na boca sem compreender o contexto geral do paciente, acaba por impedir a implementação de tratamentos integrais e abrangentes.

Além disso, observa-se também a prevalência de iniquidades que regem a oferta e o acesso aos serviços de saúde bucal pela população, principalmente as

mais vulneráveis. Essas desigualdades em saúde podem se agravar ainda mais ao considerar o acesso das pessoas que têm dificuldade ou incapacidade de se deslocarem até uma unidade de saúde. Para lidar com esse cenário, surge o cuidado domiciliar em saúde bucal, um modelo de atenção que busca estabelecer uma assistência com maior equidade no acesso aos cuidados odontológicos, resultando em melhorias na saúde bucal para toda a população. (CALDAS JÚNIOR; MACHIAVELLI, 2013; SANTOS *et al.*, 2008).

A presença da eSB no cuidado domiciliar possibilita estabelecer estratégias para prevenir a ocorrência de problemas dentários e minimizar a necessidade de intervenções mais invasivas. Através de orientações adequadas, familiares e cuidadores são capacitados a desempenhar um papel ativo na promoção da saúde bucal do paciente, adotando medidas preventivas como uma higiene bucal adequada e orientações sobre uma alimentação apropriada (CALDAS JÚNIOR, 2013; ROCHA; MIRANDA, 2013).

Mesmo diante dos vários benefícios da atuação da eSB no cuidado domiciliar, poucos são os relatos na literatura acerca dessa prática odontológica específica, possivelmente devido à falta de profissionais capacitados para atuar de forma multidisciplinar ou pela dificuldade de executar ações fora do ambiente das unidades de saúde. Ademais, outro fator que também pode estar associado aos poucos registros na literatura, é o desconhecimento por parte dos pacientes, familiares e profissionais sobre a existência destes serviços (GALLASSSI *et al.*, 2014; ROCHA; MIRANDA, 2013). Na prática, nota-se uma falta de organização e uma baixa periodicidade de visitas domiciliares realizadas pelas eSB, conforme demonstrado nos estudos de De Carli *et al* (2015) e Diniz *et al* (2020), evidenciando que essa modalidade assistencial ainda não está devidamente incorporada na rotina de trabalho dos profissionais de saúde bucal. Essa realidade contradiz a PNSB, que desde 2004 reconhece como atribuição das eSB atuar nos cuidados domiciliares (AQUILANTE; SILVA, 2010; BRASIL, 2004; DE-CARLI *et al*, 2015).

Portanto, espera-se que este estudo auxilie no entendimento da atuação da eSB no cuidado domiciliar, bem como promova melhorias nesta modalidade de atenção, visando assegurar maior equidade nos serviços de saúde. Espera-se também que ele ajude a reorganizar o processo de trabalho das eSB, para oferecer assistência à saúde de forma mais abrangente e humanizada.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a percepção de profissionais e gestores da APS, do município de Divinópolis, sobre o cuidado domiciliar em saúde bucal e elaborar um protocolo para a oferta desses cuidados no município embasado nos resultados obtidos.

3.2 Objetivos específicos

- Compreender a percepção dos profissionais e gestores da APS sobre o cuidado domiciliar em saúde bucal.
- Construir, de modo colaborativo, um protocolo de cuidado domiciliar em saúde bucal.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho de estudo

Estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, envolvendo profissionais e gestores que atuam na APS em Divinópolis, um município de grande porte no estado de Minas Gerais (WILLEMANN *et al.*, 2019). O município de Divinópolis foi escolhido por conveniência, em função de a pesquisadora principal ser profissional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Diante da atuação da pesquisadora na assistência e na gestão da SMS, foi possível identificar que não existe um serviço de cuidado odontológico domiciliar estruturado e, como consequência, essa modalidade de assistência não faz parte da rotina de trabalho da eSB (DE-CARLI *et al.*, 2015).

4.2 Local de estudo

Divinópolis, o maior município da mesorregião do Oeste de Minas Gerais, apresenta uma população estimada de 231.091 pessoas (IBGE, 2022). Em relação à cobertura dos serviços de saúde, cerca de 70% da população apresenta cobertura pelas equipes de APS e cerca de 50% de cobertura de saúde bucal (SISAB, 2021).

No que tange a APS, o município apresenta 51 equipes de saúde da família (eSF), quatro equipes de Atenção Primária (eAP), oito unidades com horário estendido de funcionamento através do programa Saúde na Hora. Há uma equipe de consultório na rua, uma equipe prisional, sete equipes e-multi e 43 equipes de saúde bucal (eSB). Além disso, o município não possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e conta apenas com um ponto de assistência na rede que oferece alguns serviços especializados. Dentro do contexto domiciliar, outra assistência importante oferecida pelo município é o SAD, composto por duas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) tipo I e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), que proporcionam cuidados de saúde no domicílio.

4.3 Coleta de dados

Para a coleta de dados o estudo utilizou a técnica do grupo focal (GF), os grupos foram realizados no segundo semestre de 2022. O GF consiste em um momento de diálogo entre um grupo de participantes selecionados, com o objetivo de reunir informações detalhadas que possam proporcionar a compreensão de experiências, sentimentos, opiniões e atitudes dos colaboradores em relação a um tema. A teoria base desse estudo se fundamenta no interpretativismo, a qual reconhece a subjetividade inerente às ações humanas (PINTO; SANTOS, 2000). Essa metodologia de pesquisa parte do pressuposto de que o envolvimento gerado pelo grupo resulta em maior diversidade e profundidade de respostas, isto é, o esforço combinado do grupo produz informações com maiores detalhes do que o somatório das respostas individuais (JOHNSON, 1994; MINAYO, 2010).

4.4 Definição dos participantes do grupo focal

A pesquisadora principal convidou os participantes por meio de uma amostragem intencional, na qual a escolha se fundamentou no potencial de conhecimento que possuíam sobre o tema (MOSER; KORSTJENS, 2018). A seleção foi realizada considerando contatos profissionais prévios, perfil profissional e envolvimento nas atividades da APS, entre outros critérios. O critério de inclusão foi a atuação na assistência ou gestão da APS em Divinópolis há, no mínimo, um ano. Foram formadas duas turmas com sete colaboradores cada, de acordo com a área de atuação dos profissionais. Uma turma composta por profissionais da assistência da APS (médico, dentista, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde, enfermeiro) e outra com os gestores de saúde (supervisores de unidades de saúde, coordenador e referências técnicas).

Com relação ao número de participantes nos GF, a literatura apresenta uma variação entre seis a 15. O tamanho ótimo para um grupo focal é aquele que permita a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas (PIZZOL, 2004). Inicialmente o objetivo era que houvesse a participação de dez integrantes em cada GF, mas houve desistências no dia dos encontros e restaram sete em cada grupo. O quantitativo de participantes foi efetivo e gerou diversidade de conteúdos, além de permitir a participação de todos os integrantes.

A divisão em duas turmas distintas baseia-se na perspectiva de evitar que a presença dos gestores interfira na participação e dinamismo dos demais integrantes, a intenção é deixar os participantes mais à vontade para expressarem suas opiniões. Além disso, a divisão tornou os grupos mais organizados e homogêneos, além de permitir coletar informações sobre o tema discutido, visualizado por perspectivas diferentes (DEBUS *et al.*,1997).

Os profissionais foram convidados mediante envio de e-mail e/ou contato telefônico. Em ambos os casos, a proposta e objetivos da pesquisa foram apresentados bem como as principais orientações sobre como seriam desenvolvidos os GF.

4.5 Realização do grupo focal

Foram realizadas duas sessões de GF, com duração de aproximadamente 50 minutos, no formato online, em datas e horários previamente combinados com cada grupo. A participação no estudo foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Além disso, foi firmado também um contrato grupal ou *setting*, cuja finalidade é assegurar o sigilo ético e o compromisso dos pesquisadores com os pesquisados. O contrato foi realizado de forma verbal pelo moderador, antes do início dos GF.

As reuniões contaram com a participação de uma moderadora e uma observadora, a primeira tinha o papel de conduzir as discussões, encorajando as falas e assegurando que todos os integrantes se expressassem e a outra de observar as falas, expressões e envolvimento dos integrantes durante a realização dos grupos. As pesquisadoras que assumiram os papéis de moderadora e observadora passaram por treinamento e simulação conduzidos por docente com título de Doutora e com experiência em pesquisa qualitativa (MIBS). O treinamento abordou diversos aspectos, como técnicas de moderação, desenvolvimento de habilidades de escuta ativa e direcionamento produtivo da discussão, evitando influenciar as respostas dos participantes. A simulação contou com a participação de alunas de graduação em Odontologia e docente da área de Saúde Coletiva, para reproduzir hipoteticamente situações de discussão e de conflitos que pudessem surgir entre os participantes do GF, com a representação das diferentes categorias profissionais e de gestores.

No dia do encontro, após acolher os participantes na sala virtual, eles foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e orientados quanto a sua participação no grupo, a como evitar a sobreposição de falas, falar sempre pausadamente e utilizar o recurso de levantar a mão sempre que julgar necessário. Ademais, foi solicitado também pela moderadora que os participantes permanecessem com as câmeras ligadas durante o encontro para que fosse possível conversar visualizando uns aos outros, deixando assim o GF mais acolhedor e interessante.

Após breve conversa para descontrair e deixar os participantes mais à vontade, foi realizada uma rodada de apresentações dos profissionais. Para o bom desenvolvimento do grupo, a moderadora seguiu um roteiro com algumas perguntas norteadoras: Qual a sua percepção sobre o atendimento odontológico na atenção domiciliar? Como você compreende a atuação da equipe de saúde bucal no cuidado domiciliar? Na sua rotina de trabalho, algum paciente acamado já necessitou ou necessita de atendimento odontológico? Como é a demanda para esse tipo de atendimento em suas unidades? Quais as contribuições às equipes de saúde bucal podem oferecer aos pacientes sob cuidado domiciliar? Quais as contribuições de um protocolo para direcionar o trabalho da equipe de saúde bucal durante os atendimentos em domicílio?

4.6 Análise dos dados

Os grupos foram registrados por meio de gravações de áudio, para posterior transcrição e análise. Após a transcrição completa das falas e a realização de leituras exaustivas, todo o material foi organizado para destacar e selecionar os pontos mais relevantes relacionados ao tema do estudo (MINAYO, 2010). Os temas identificados foram agrupados em núcleos temáticos, que são as expressões que se destacaram naturalmente ao longo dos grupos focais. A frequência de ocorrência ou a presença desses núcleos temáticos, na maioria dos casos, revela algo significativo para a pesquisa em questão (BARDIN, 2011). O estudo trabalhou com quatro núcleos temáticos: importância do cuidado domiciliar, atuação da eSB no cuidado domiciliar, perfil dos profissionais da eSB e fragilidades do cuidado domiciliar em Odontologia.

4.7 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer CAAE: 58730922.1.0000.5149, de 15 de agosto de 2022 (ANEXO A).

5 RESULTADOS DE DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados no formato de artigo científico, submetido em 17 de agosto de 2023 ao periódico Saúde e Sociedade (ISSN 1984-0470), cuja classificação do Qualis referência, no Quadriênio 2017-2020, é A3 (ANEXO B) e formatado conforme as instruções aos autores e diretrizes para apresentação de manuscritos (ANEXO C).

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES EM SAÚDE BUCAL: uma abordagem qualitativa por meio de grupos focais

PERCEPTION OF PROFESSIONALS AND MANAGERS OF PRIMARY HEALTH CARE ON HOME CARE IN ORAL HEALTH: a qualitative approach through focus groups

RESUMO

O cuidado domiciliar tem crescido devido à sua capacidade de ampliar o acesso à saúde e proporcionar atendimento humanizado. Entretanto, na Odontologia, esse cuidado não é rotineiro para as equipes de Saúde Bucal (eSB). O estudo objetivou avaliar a percepção de profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre a atuação da eSB no cuidado domiciliar. Trata-se de estudo qualitativo, realizado no município de Divinópolis, Minas Gerais. Foram realizados grupos focais no formato online, as falas foram transcritas e aplicada análise de conteúdo, na qual emergiram quatro núcleos temáticos: importância do cuidado domiciliar, atuação da eSB no cuidado domiciliar, perfil dos profissionais da eSB e fragilidades do cuidado domiciliar em Odontologia. Os resultados revelaram pouco conhecimento dos participantes sobre a atuação da eSB no domicílio e a dificuldade das eSB em realizar atividades fora do ambiente clínico. Contudo, os participantes reconheceram a importância do tema e enfatizaram a necessidade de estruturar o cuidado odontológico domiciliar. Para isso, faz-se necessário investir em formação dos profissionais e gestores, além da organização desse serviço na APS. Foi elaborado um protocolo de cuidados de saúde bucal no domicílio, como ferramenta para organização e direcionamento do trabalho das eSB em Divinópolis.

Palavras-chave: Visita Domiciliar / Saúde Bucal / Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Home care has grown due to its ability to expand access to health and provide humanized care. However, in Dentistry, this care is not routine for Oral Health teams (eSB). The study aimed to evaluate the perception of professionals and managers of Primary Health Care (PHC) about the performance of eSB in home care. This is a qualitative study, carried out in the city of Divinópolis, Minas Gerais. Focus groups were carried out in an online format, the speeches were transcribed, and content analysis was applied, in which four central cores emerged: importance of home care, performance of eSB in home care, profile of eSB professionals and weaknesses of home care in Dentistry. The results revealed little knowledge of the participants about the performance of the eSB at home and the difficulty of the eSB in carrying out activities outside the clinical environment. However, the participants recognized the importance of the topic and emphasized the need to structure home dental care. For this, it is necessary to invest in the training of professionals and managers, in addition to the organization of this service in the PHC. A protocol for oral health care at home was developed as a tool for organizing and directing the eSB work in Divinópolis.

Key-words: Home Visit / Oral Health / Primary Health Care

INTRODUÇÃO

O cuidado domiciliar é uma modalidade assistencial que está em crescimento no Brasil e no mundo, devido às mudanças epidemiológicas e demográficas. A transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento da população e mudanças nos padrões de natalidade e mortalidade, tem gerado impactos significativos na saúde principalmente no contexto de países com grande desigualdade e vulnerabilidade social. Esse fenômeno global, impulsionado pelo aumento da expectativa de vida e diminuição da taxa de reprodução, resulta em maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, como cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias e demências, que requerem uma abordagem de saúde abrangente e contínua, devido às necessidades específicas da população com este perfil (BRASIL, 2012a; COCHRANE *et al.*, 2016).

Diante desse cenário, o cuidado domiciliar se estabelece como uma proposta para enfrentar as limitações do modelo tradicional de saúde. Essa abordagem implica uma reorientação e reestruturação do sistema de saúde, visando proporcionar cuidados personalizados e eficazes, diretamente no ambiente residencial (GALLASSSI *et al.*, 2014;

COCHRANE *et al.*, 2016). O cuidado domiciliar é caracterizado por um conjunto de ações educativas e intervenções direcionadas ao processo saúde-doença de indivíduos vulneráveis. Essa prática abrange a implementação de medidas preventivas, de recuperação e de manutenção da saúde desses indivíduos, visando melhorar sua qualidade de vida, promover a continuidade dos cuidados e otimizar os recursos de saúde disponíveis (ROCHA *et al.*, 2013; DINIZ, *et al.*, 2020).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado domiciliar realizado pela equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (APS) era, preponderantemente, um serviço prestado por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Foi apenas em 2004, por meio da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que os cuidados domiciliares se tornaram atribuição dos profissionais da equipe de Saúde Bucal (eSB) (BRASIL, 2004).

Na Odontologia, o cuidado domiciliar surge como uma alternativa para levar a assistência odontológica àqueles que possuem limitações para se deslocarem até as unidades de saúde, como idosos, acamados, vítimas de acidentes e violência urbana, pacientes em cuidado paliativo, usuários com deficiência mental ou motora, entre outros agravos. A presença da eSB colabora para a manutenção da saúde bucal e a prevenção de doenças e agravos, o que resulta em uma melhor qualidade de vida e o bem-estar geral da pessoa assistida (KERBER *et al.*, 2008; BRASIL, 2004; BARROS *et al.*, 2006).

Ademais, os cuidados domiciliares quando incorporadas à rotina de trabalho dos profissionais como ações mais frequentes, aproximam a equipe dos usuários e de sua realidade, fortalecendo o vínculo profissional-família e profissional-usuário, promovendo práticas de promoção e proteção à saúde mais resolutivas (SILVA *et al.*, 2010; AQUILANTE *et al.*, 2014).

A atuação da eSB no cuidado domiciliar ainda é pouco explorada na literatura, alguns estudos como o de De Carli *et al.* (2015) apontam que grande parte dos cirurgiões-dentistas não realiza visitas domiciliares (VD). Essa situação também foi constatada por Barbosa *et al.* (2007), que realizaram entrevistas com cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal para investigar suas percepções sobre o papel da eSB na APS e as dificuldades enfrentadas em suas rotinas de trabalho, sendo verificada uma baixa frequência de VD por parte desses profissionais. DINIZ *et al.* (2020) identificaram que as taxas de VD realizadas por enfermeiros são significativamente maiores do que aquelas realizadas por outros profissionais de nível superior, dentre os quais cirurgiões-dentistas.

Diante do exposto, surgem questionamentos sobre a forma como ocorre a atuação da eSB no cuidado domiciliar. Nesse contexto, o objetivo do estudo foi analisar a percepção de

profissionais e gestores da APS de um município de grande porte de Minas Gerais sobre a atuação da eSB no cuidado domiciliar, visando compreender como eles percebem o papel desempenhado pela eSB nessa modalidade de atenção e quais são os desafios e oportunidades relacionados a essa atuação no contexto domiciliar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, o qual foi realizado no segundo semestre de 2022 com profissionais e gestores que atuam na APS de Divinópolis, um município de grande porte de Minas Gerais (WILLEMANN *et al.*, 2019). Divinópolis é o maior município da Mesorregião Oeste de Minas Gerais, com uma população estimada de 231.091 pessoas (IBGE, 2022). Em relação à cobertura dos serviços de saúde, aproximadamente 70% da população é atendida pelas equipes da APS. No entanto, com relação à atenção em saúde bucal, Divinópolis ainda está em processo de expansão, buscando melhorias e ampliação dos serviços odontológicos disponíveis. De acordo com dados de 2021 do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), a cobertura de saúde bucal é de cerca de 50%. Além disso, o município não possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e conta apenas com um ponto de assistência na rede que oferece alguns serviços especializados.

O município foi escolhido por conveniência, em função de a pesquisadora principal ser profissional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Diante da atuação da pesquisadora na assistência e na gestão da SMS, foi possível identificar que não existe um serviço de atenção odontológica domiciliar estruturado e, como consequência, essa modalidade de atenção não faz parte da rotina de trabalho da eSB (DE CARLI *et al.*, 2015).

A teoria base desse estudo se fundamenta no interpretativismo, a qual reconhece a subjetividade inerente às ações humanas (PINTO e SANTOS, 2000). Para compreender as percepções dos participantes sobre a atuação da eSB no cuidado domiciliar, é importante considerar suas experiências e vivências, sendo esta última o produto da reflexão pessoal sobre a primeira (MINAYO, 2012). Assim, de acordo com essa base teórica, o pesquisador irá buscar compreender o significado que os atores atribuem à ação social em análise (cuidado domiciliar pela eSB), para possibilitar seu entendimento (PINTO e SANTOS, 2000).

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica do grupo focal (GF), que consiste em um momento de diálogo entre um grupo de participantes selecionados, com o objetivo de reunir informações detalhadas que possam proporcionar a compreensão de experiências, sentimentos, opiniões e atitudes dos colaboradores em relação a um tema (MINAYO, 2010).

A pesquisadora principal convidou os participantes por meio de uma amostragem intencional, na qual a escolha se fundamentou no potencial de conhecimento que possuíam sobre o tema. A seleção foi realizada considerando contatos profissionais prévios, perfil profissional e envolvimento nas atividades da APS, entre outros critérios. Para a realização do GF as pesquisadoras que assumiram os papéis de moderadora e observadora passaram por treinamento e simulação conduzidos por docente com título de Doutora e com experiência em pesquisa qualitativa (MIBS). O treinamento durou quatro horas e abordou diversos aspectos, como técnicas de moderação, desenvolvimento de habilidades de escuta ativa e direcionamento produtivo da discussão, evitando influenciar as respostas dos participantes. A simulação contou com a participação de alunas de graduação em Odontologia e docente da área de Saúde Coletiva, para reproduzir hipoteticamente situações de discussão e de conflitos que pudessem surgir entre os participantes do GF, com a representação das diferentes categorias profissionais e de gestores.

Para a seleção dos participantes do GF foi utilizado como critério de inclusão a atuação na assistência ou gestão da APS em Divinópolis há, no mínimo, um ano. Foram formados dois grupos com sete integrantes cada, de acordo com a área de atuação. Um GF composto por profissionais da APS que atuam na assistência, sendo três dentistas, uma agente comunitária de saúde, uma técnica em saúde bucal, uma médica e uma enfermeira. E outro com os gestores de saúde, sendo quatro supervisores de unidade de saúde, 02duas referências técnicas quatro supervisores de unidade de saúde, duas referências técnicos e uma coordenadora do serviço especializado odontológico. Optou-se pela divisão em dois grupos para que eles ficassem mais organizados e homogêneos, além de permitir coletar informações sobre o tema discutido a partir de diferentes perspectivas (DEBUS *et al.*,1997).

Com relação ao número de participantes nos GF, a literatura apresenta uma variação entre seis a 15. O tamanho ótimo para um grupo focal é aquele que permita a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas (PIZZOL, 2004). Inicialmente o objetivo era que houvesse a participação de dez integrantes em cada GF, mas houve desistências no dia dos encontros e restaram sete em cada grupo. O quantitativo de participantes foi efetivo e gerou diversidade de conteúdos, além de permitir a participação de todos os integrantes. Os GF ocorreram no formato *online* com aproximadamente 50 minutos de duração, as datas e horários foram previamente combinados com os participantes. As reuniões contaram com a presença de uma moderadora (JCS) e uma observadora (LOC). A moderadora tinha a responsabilidade de conduzir as discussões, incentivando a participação de todos os integrantes e garantindo que todos tivessem a oportunidade de se expressar. Já a

observadora tinha o papel de monitorar as falas, expressões e envolvimento dos integrantes durante as discussões.

Para orientar a realização do GF, a moderadora seguiu um roteiro pré-estabelecido, que incluía perguntas disparadoras para ajudar na discussão, sendo elas: Qual a sua percepção sobre o atendimento odontológico na atenção domiciliar? Como você compreende a atuação da equipe de saúde bucal no cuidado domiciliar? Na sua rotina de trabalho, algum paciente acamado já necessitou ou necessita de atendimento odontológico? Como é a demanda para esse tipo de atendimento em suas unidades? Quais contribuições as equipes de saúde bucal podem oferecer aos pacientes sob cuidado domiciliar? Quais as contribuições de um protocolo para direcionar o trabalho da equipe de saúde bucal durante os atendimentos em domicílio?

Foram realizadas gravações de áudio com auxílio de aplicativos instalados em *smartphones* de propriedade pessoal da moderadora e da observadora, para posterior transcrição e análise. Após a transcrição completa das falas e a realização de repetidas leituras detalhadamente, todo o material foi organizado para destacar e selecionar os pontos mais relevantes relacionados ao tema do estudo (MINAYO, 2010). Os nomes dos participantes não foram identificados, para preservação do anonimato, sendo utilizados códigos para a vinculação das falas transcritas. Os relatos dos profissionais foram identificados com a sigla P e as dos gestores com a sigla G, sendo os indivíduos diferenciados por números (P1, P2, G1, G2,...). Os temas identificados foram agrupados em núcleos temáticos, que são as expressões que se destacaram naturalmente ao longo dos grupos focais. A frequência de ocorrência ou a presença desses núcleos, na maioria dos casos, revela algo significativo para a pesquisa em questão (BARDIN, 2011).

Foram identificados quatro núcleos temáticos: importância do cuidado domiciliar, atuação da eSB no cuidado domiciliar, perfil dos profissionais da eSB e fragilidades do cuidado domiciliar em Odontologia. A participação nos GF foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Os participantes dos GF eram em sua maioria servidores efetivos, com exceção do profissional médico que era contrato. O GF dos profissionais foi composto apenas por mulheres e no grupo de gestores elas corresponderam a 57% dos participantes. A idade dos participantes variou de 24 a 50 anos, abrangendo tanto profissionais recém-admitidos (um

ano) no serviço quanto aqueles com vasta experiência (18 anos). As áreas de formação foram diversificadas, abrangendo assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Além disso, alguns indivíduos possuíam formações em áreas não relacionadas à saúde, como jornalismo e engenharia.

Os resultados estão apresentados com base na análise dos relatos dos participantes do GF, buscando compreender suas experiências e vivências em relação ao tema abordado, por meio dos quatro núcleos temáticos identificados.

Importância do cuidado domiciliar

Ao serem questionados sobre a importância da discussão acerca do cuidado domiciliar em saúde bucal em Divinópolis, tanto os gestores quanto os profissionais enfatizaram a sua necessidade. Ficou claro que o tema é relativamente novo e ainda pouco explorado pelas equipes de saúde. A literatura corrobora com os relatos coletados no GF, evidenciando que o cuidado domiciliar em Odontologia ainda é pouco estudado e carece de pesquisas que possam contribuir para o aprimoramento desse serviço (AQUILANTE; SILVA, 2014; DE CARLI *et al.*, 2015, DINIZ *et al.*, 2020).

“... é um assunto que mexe comigo, desde quando você me convidou eu fiquei muito feliz...eu acho que é um assunto muito pertinente de ser discutido.” (G2)

“...é muito necessário que o dentista vá mesmo a casa de pacientes, por que a maioria dos nossos pacientes acamados, precisam de saúde bucal pra ontem...” (P7)

“...as questões das visitas domiciliares odontológicas também são extremamente novas pra nós, essas unidades que são maiores, nunca tiveram essa conversa com a Odontologia...” (G5)

“...eu acho de uma riqueza, de uma importância, de uma riqueza gigantesca a visita domiciliar...” (P1)

De acordo com Barros *et al.*, 2006 os cuidados odontológicos no contexto domiciliar favorecem os princípios da ética da saúde, acesso universal à assistência e acolhimento, levando em conta a integralidade biopsicossocial do usuário. Ademais, contribui para o estabelecimento de vínculo entre os profissionais da Odontologia e os usuários, garantindo respostas resolutivas aos problemas de saúde bucal e um tratamento humanizado. Dessa

forma, é importante estimular a discussão, pesquisa e implementação de práticas que visem ampliar e aprimorar o cuidado odontológico domiciliar.

Visando o aprimoramento dessa assistência no município, o GF propiciou discussões enriquecedoras, com compartilhamento de experiências e a geração de novas ideias. Foi observado também a necessidade da participação de ambas as partes (profissionais e gestores) para fortalecer e ampliar essa modalidade assistencial.

“...é novo para todo mundo, mas eu acho que nós estamos no caminho, eu acho que é por aí”. (G4)

“... a gente tem que fortalecer a importância desse cuidado, tanto na equipe quanto com a gestão, com a própria gestão da saúde, as secretarias que fortaleça essa importância para que chegue até a ponta fortalecida...” (P6)

Os gestores desempenham um papel fundamental na construção de modelos de gestão que contribuem para a produção de saúde e para a formação de sujeitos engajados na construção de um modelo de atenção de acordo com os princípios do SUS. Investimentos em reformas na estrutura dos sistemas de saúde, não são suficientes para alcançar avanços na produção de saúde se não houver mudanças na forma como os serviços são geridos. Assim, faz-se necessário fortalecer os recursos humanos, com a formação contínua dos profissionais, além de incorporar instâncias de gestão mais participativas. (SULTI *et al*, 2015).

A importância da integração entre gestores e trabalhadores também é evidenciado na Política Nacional de Humanização, que tem como um dos seus princípios, a indissociabilidade entre atenção e gestão. Esse princípio retrata que as escolhas da administração têm um impacto direto na prestação de cuidados de saúde. Por essa razão, é fundamental que tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes busquem compreender o funcionamento da gestão dos serviços de saúde e da rede de saúde, além de se envolverem ativamente no processo de tomada de decisões e nas iniciativas de saúde coletiva (BRASIL, 2010).

Atuação da eSB no cuidado domiciliar

Apesar da PNSB estabelecer o cuidado domiciliar como atribuição das eSB desde 2004, a realidade tem se mostrado diferente. Estudos têm evidenciado que o cuidado domiciliar em saúde bucal não tem sido devidamente incorporado à rotina de trabalho das

eSB, apresentando baixa periodicidade e frequência (FACCIN *et al.* 2010; DE CARLI *et al.* 2015; DINIZ *et al.*, 2020). Essa lacuna entre a teoria e a prática também se manifesta em Divinópolis, como observado nos relatos.

“A gente sai pra visita domiciliar semanalmente, nós temos uma rotina de visitas, mas o dentista não está incorporado nessa rotina”. (P1)

“...agora que estamos com a equipe completa acho válido ta inserindo mesmo o dentista nas nossas visitas que a gente tem muitas demandas”. (P5)

“... o profissional dentro da sala, dentro do consultório odontológico fazendo os atendimentos clínicos e não participava junto com a equipe em mais nada...” (G5)

Observa-se que durante muito tempo, a falta de atuação das eSB dentro dos domicílios não era questionada, visto que até mesmo os gestores em saúde não compreendiam plenamente a importância e os benefícios que a Odontologia poderia proporcionar aos pacientes domiciliados.

“...realmente o atendimento domiciliar ele não era o foco principal de onde a gente trabalhava da nossa estratégia de saúde, da nossa equipe... a gente entendia que a odonto não tinha muito para oferecer lá dentro do domicílio...” (G2)

“a gente não conhecia esse trabalho da odonto, de ter essa avaliação mais específica de pacientes em condições diferentes que dentro do consultório, é novo para todo mundo...” (G4)

A falta de conhecimento sobre as possibilidades de atuação das eSB em ações fora do atendimento em consultório, pode ser reflexo do processo histórico de incorporação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF). A inserção tardia contribuiu para um atendimento fragmentado, além da dificuldade da Odontologia em se adaptar ao modelo proposto pela ESF, que enfatiza a promoção, prevenção e abordagem integral do paciente (FACCIN *et al.*, 2010; PIMENTEL *et al.*, 2010).

Perfil dos profissionais da eSB

O perfil dos profissionais da eSB esteve muito presente nas falas dos participantes do GF, foi mencionado que muitos dos profissionais enfrentam dificuldades para se envolver em iniciativas externas à unidade de saúde, como os cuidados domiciliares. Dentre os fatores que

contribuem para essa realidade foi citada a formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas. Estudos apontam que a formação tradicionalmente centrada na prática clínica pode não preparar adequadamente os profissionais para atuarem em equipes multiprofissionais e em ações coletivas de saúde, deixando-os mais propensos a focar em atendimentos individuais e curativos (BROCKVELD *et al*, 2020; PAULA *et al*, 2003).

A formação acadêmica centrada no trabalho individual em consultório contradiz as Diretrizes Curriculares Nacionais, que preveem que os cirurgiões-dentistas devem exercer a Odontologia de forma integrada ao contexto social, econômico e cultural dos pacientes. Isso implica desenvolver ações de promoção, prevenção, reabilitação, manutenção e vigilância da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, reconhecendo a influência da saúde bucal nas condições sistêmicas do indivíduo. Além disso, as diretrizes indicam a incorporação da diversidade de cenários no SUS, ao recomendar que a formação profissional inclua o sistema de saúde do país, a atenção integral à saúde e o trabalho em equipe (BRASIL, 2021)

“A gente acaba recebendo profissionais com esse perfil, que vem de unidade tradicional, que carrega essa bagagem, essa visão de estratégia de trabalho que foca realmente no consultório e meio que deixa a visita domiciliar...” (P1)

“...Quando a gente estuda, no meu curso por exemplo nunca foi falado sobre isso, sobre atendimento domiciliar, então acaba sendo um ponto negligenciado na formação do profissional...” (G2)

“... eu vejo muito assim, é a dificuldade de nós dentistas sairmos ali do mocho, a gente sai da faculdade muito assim preparado para o atendimento na cadeira e às vezes quando entra no SUS, não sabe a gama de tratamentos, de prevenção, dessa atuação que pode ser feita”. (G6)

Observa-se também a dificuldade de integração entre as diversas áreas da saúde, incluindo a Odontologia, o que compromete a implementação de ações interdisciplinares. Os depoimentos obtidos indicaram que os profissionais da eSB não se sentem integrados à equipe e não participam das atividades desenvolvidas na unidade de saúde. Essa atuação 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 interdisciplinar (BRASIL, 2004)

“...a outra parte da equipe reclama também que o dentista não participa tanto e o dentista às vezes também se acha excluído...”. (G6)

“...a odonto às vezes pode até se sentir um pouco excluída dentro da unidade de saúde, mas é uma equipe muito importante...”. (G1)

“... eu vejo a assistência odontológica muito fragmentada ainda do restante da equipe né? das demais ações da equipe...” (P1)

Os profissionais da eSB contrapuseram a opinião dos demais membros da equipe e dos gestores, relatando que a dificuldade de realizar atividades fora do consultório é resultado da falta de compreensão tanto por parte dos colegas de equipe quanto dos usuários do serviço. Segundo os profissionais, há uma falta de entendimento sobre a importância e os benefícios das atividades externas, que vão além do atendimento clínico convencional.

“...já ouvi comentário: o dentista tá indo lá pra passear, tá deixando de atender...” (P4)

“...as vezes a própria equipe não sabe o que que o dentista está fazendo na visita, acha que o dentista está ali pra cumprir horário...” (P6)

“... quando a gente sai do consultório Jesus amado os pacientes vão a loucura...o povo chega em um quebra pau danado, como assim que o dentista não está na unidade?” (P3)

Esses resultados convergem com o estudo de Pimentel *et al*, 2010 que evidenciou que diversos profissionais da equipe têm uma percepção limitada do papel do cirurgião-dentista dentro da unidade de saúde, considerando-o exclusivamente como responsável pelo atendimento clínico. Quando o cirurgião-dentista não está no consultório, muitos acreditam que ele não está realizando as ações necessárias para o bom funcionamento do serviço e que não está respondendo às demandas da população, de modo a contribuir com o trabalho em equipe. Essa visão limitada contribui para a continuidade da prática curativista, privando a população dos cuidados de promoção e prevenção a saúde.

Fragilidades do cuidado domiciliar em Odontologia

Dentro deste núcleo temático foram identificados como fragilidades o perfil da eSB e a falta de conhecimento dos demais integrantes da equipe e dos gestores acerca do cuidado

domiciliar em saúde bucal. Além disso, os depoimentos confirmaram que uma fragilidade reconhecida pelos participantes dos GF é a falta de estruturação desse serviço dentro do município de Divinópolis, confirmando impressões preliminares da pesquisadora principal.

Alguns participantes do GF destacaram a necessidade de uma sistematização da assistência e o investimento em formação dos profissionais da eSB sobre os cuidados domiciliares. Essa realidade também foi observada por Silva *et al.* (2020), cujo estudo apontou fragilidades no cuidado domiciliar em saúde bucal, tais como a falta de padronização dos procedimentos realizados, a necessidade de infraestrutura adequada para os procedimentos e falta de capacitação profissional.

“Acho que a gente ainda não tem uma sistematização, por que eu acho que a gente tem como expandir mais, dar mais valor a esse trabalho da Odontologia que é muito importante” (G4)

“Falta uma sistematização pra gente talvez padronizar esses atendimentos, sempre focando nessa questão aí de gerar um pouco mais de assistência para essas pessoas que precisam mais” (G1)

“...eu acho que deveria buscar ver, se existe capacitações, eu imagino que deva existir capacitação para ensinar a oferecer algum serviço no domicílio.” (P2)

“... às vezes o dentista se sente inseguro também então pode ser interessante essa capacitação...” (G6)

“... eu acredito que o dentista talvez ter uma formação ... para que eles possam saber o manejo que pode ser feito dentro de um domicílio...” (G2)

Diante da necessidade de se estruturar melhor o cuidado domiciliar em saúde bucal no município de Divinópolis foi sugerido também a elaboração de um protocolo para ampliar o conhecimento e a segurança da eSB na execução das visitas domiciliares.

“Eu sinto muita falta de um protocolo na odonto, tipo protocolo de atendimento, protocolo de conduta, de orientação...” (P2)

“... acho que seria legal fazer um protocolo, ajudando a gente a orientar...” (p4)

“...então além do protocolo de acesso, o protocolo de atendimento em si né? como seria esse atendimento odontológico para poder ficar bem claro, tanto para equipe odontológica quanto para o restante da equipe.” (G1)

A utilização de protocolos na área da saúde tem sido reconhecida como uma estratégia que contribui para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Conforme destacado por Jacques e Gonçalo (2007), os protocolos proporcionam processos ricos em aprendizagem organizacional e, ao prescreverem racionalmente os melhores recursos a serem utilizados, aumentam a probabilidade de alcançar os resultados assistenciais desejados. Em muitos casos, a demanda por protocolos surge dos gestores e profissionais dos serviços de saúde, que identificam problemas concretos em seu cotidiano. Dessa forma, os protocolos se revelam instrumentos valiosos na organização do processo de trabalho e na resolução das ações de saúde no contexto das unidades de saúde.

Portanto, o protocolo de cuidado domiciliar em saúde bucal para o município de Divinópolis foi elaborado com base em protocolos pré-existentes, nas informações fornecidas pelos participantes dos GF e mediante especificidades locais, assim pode-se considerar que foi construído de maneira participativa e colaborativa. Após sua conclusão, foi realizada uma primeira reunião em 11 de julho de 2023 com um grupo de profissionais da APS (participantes ou não dos GF), para apresentar o protocolo e avaliar se o material produzido abordava as questões relevantes identificadas nos GF e se estava alinhado com os processos de trabalho das equipes. Novas rodadas de reuniões estão previstas para que todos os profissionais de saúde bucal da APS possam apreciar o protocolo desenvolvido. Essa construção conjunta pode contribuir para a efetividade, adesão e envolvimento dos profissionais com o cuidado odontológico no domicílio.

Não obstante as contribuições em potencial do estudo para o campo da Saúde Coletiva, em especial para os fazeres e práticas da APS, devem ser reconhecidas as suas limitações. Não houve inclusão de participantes da categoria de usuários dos serviços domiciliares ou seus cuidadores/familiares. Todavia, o enfoque do estudo foi à organização do processo de trabalho das equipes da APS para prestação do cuidado domiciliar, assim foi necessário partir da mobilização dos profissionais e gestores neste primeiro momento.

CONCLUSÃO

A atuação da eSB no cuidado domiciliar ainda é um desafio a ser superado. A falta de sistematização do processo de trabalho, a falta de equipamentos adequados, a baixa interação com o restante da equipe de saúde e o trabalho do cirurgião-dentista focado na realização de procedimentos clínicos em consultório conferem um panorama em que se faz necessário investir em programas de formação, sensibilização e atualização dos profissionais e principalmente gestores de saúde.

Ademais, é importante aprimorar a organização do processo de trabalho das eSB, pactuando as atribuições dos profissionais e evidenciando a importância de incorporar as atividades externas à unidade de saúde em sua rotina. São necessários estudos adicionais sobre a atuação da eSB no cuidado domiciliar, a fim de acompanhar a evolução, ampliar e aprimorar o acesso e, sobretudo, direcionar a priorização e sistematização das ações.

REFERÊNCIAS

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FRS7gMBfg97vNXLYqQHpmDQ/?lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2023.

BARBOSA, A. A. A; BRITO, E. W. G; COSTA, I. C. C. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Cien Odontol Bras**, Natal, v. 10 n.3, p.53-60, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. rev. atual. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, G. B. *et al.* Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. **Revista Saúde.com**, Bahia, v. 2, n. 2, p. 135-142, 2006. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/79/56>. Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 115, p. 76-78, 22 jun. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/06/2021&jornal=515&pagina=76&totalArquivos=248>. Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 05 jan.2023.

BROCKVELD, L. S. M.; VENANCIO, S. I. Avanços e desafios na formação do cirurgião-dentista para sua inserção nas práticas de promoção da saúde. **Physis: revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 300-326, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/RnwTb9Vt9RQSD5ssWbY3V3R/>. Acesso em: 2 ago. 2023.

COCHRANE, A. *et al.* Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], v. 10, n. 10, p. 1-60, 2016.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DE-CARLI, A. D. *et al.* Visita domiciliar e cuidado domiciliar na atenção básica: um olhar sobre a saúde bucal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 441-450, 2015.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pkf6wXT9c5ZFYn3V4jX5fGg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2023.

DINIZ, L. M. *et al.* Home visits in primary care: differences among professional categories and health macroregions. **Indian J Dent Res**, [s.l.], v. 31, n. 3, p. 494-499, 2020.

FACCIN, D. F.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1643-1652, 2010. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LStHdDYsSp7HGXVGgpBxTjh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2023.

GALASSI, C. V. *et al.* Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **ABCS health sci**, [s.l.], v. 39, n. 3, p. 177-185, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e Estados. Censo Demográfico 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/divinopolis.html>. Acesso em: 26 jul. 2023.

JACQUES, E. J.; GONÇALO, C. R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. **Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 106-124, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rai/article/view/79075/83147>. Acesso em: 2 ago. 2023.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-493, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 3, p.621-626, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/>. Acesso em: 15 ago.2023.

PAULA, L. M.; BEZERRA, A. C. B. A estrutura curricular dos cursos de Odontologia no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 41, n. 4, p. 609-617, 2003.

PIMENTEL, B. V. *et al.* A utilização dos indicadores de saúde bucal e de desenvolvimento humano no monitoramento da atenção básica nos municípios da região metropolitana de Curitiba-PR. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 42-52, 2014.

PINTO, M. R; SANTOS, L.L.S. Em busca de uma trilha interpretativista para a pesquisa do consumidor: uma proposta baseada na fenomenologia, na etnografia e na grounded theory. **RAE electron**. v. 7, n. 2, Art. 25, 2008.

ROCHA, D. A.; MIRANDA, A. F. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.181-189, 2013.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SILVA, R.M .; PERES A.C.O.; CARCERERI D.L. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2259-2270, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.15992018>. Acesso em: 2 ago. 2023.

SULTI , A. D. C. *et al.* O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172–182, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PXyNxd7xFB8qsCDxmTS6jhN/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 2 de ago. 2023

WILLEMANN, M. C. A. *et al.* Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 20, p. 2063-2072, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/3PcxCtmVD9QzmRYbBmNRLgH/>. Acesso em: 26 de jul. 2023.

6 PRODUTO TÉCNICO

A importância da atuação da eSB no contexto domiciliar foi evidenciada pela incorporação do indicador 'proporção de atendimentos domiciliares realizados pela eSB em relação ao total de atendimentos odontológicos individuais', ao conjunto de indicadores do pagamento por desempenho da saúde bucal na APS (BRASIL, 2023). De acordo com dados disponibilizados no SISAB, em 2019 a proporção de atendimentos domiciliares realizados pelas eSB em Divinópolis foi de 0,06%. Já em 2021 essa proporção foi pouco menor, 0,05%, todavia o número absoluto do total de atendimentos odontológicos individuais (denominador do indicador) caiu de 36.009, em 2019, para 15.893, em 2021. A redução evidenciada pelo indicador pode estar associada à pandemia da COVID19, momento crítico enfrentado pelas equipes de saúde, que tiveram que se adaptar rapidamente para atender às necessidades de saúde da população, enquanto enfrentavam desafios significativos relacionados à sobrecarga de trabalho, recursos limitados e mudanças nas rotinas de atendimento.

O produto técnico do presente estudo foi a elaboração de um protocolo de cuidado domiciliar em saúde bucal para o município de Divinópolis, com o intuito de organizar o serviço e orientar as eSB na realização dos cuidados domiciliares. O protocolo foi baseado nas discussões dos GF realizados com profissionais e gestores da APS, contemplando os quatro núcleos temáticos identificados após a análise das falas gravadas durante os encontros. A construção colaborativa e participativa dos participantes dos GF permitiu a incorporação de diferentes visões e experiências, resultando em um protocolo mais completo e adequado à realidade do município.

O documento foi diagramado com ilustrações e esquemas que favoreceram o aspecto visual. Além disso, o protocolo abordou também alguns itens como as vantagens do cuidado domiciliar, o público-alvo, as atribuições dos profissionais, os procedimentos a serem realizados no domicílio, o passo a passo das visitas e os fluxos de encaminhamentos.

Após a finalização do protocolo, ele foi apresentado a um grupo de profissionais da APS para análise e aprovação, em reunião presencial realizada em 11 de julho de 2023. Os participantes foram convidados previamente (APÊNDICE B) e os que aceitaram participar receberam o protocolo, para leitura prévia. A reunião

foi conduzida pela pesquisadora principal, que preparou slides contendo cada parte do protocolo, para direcionar e organizar a discussão (APÊNDICE C). Além disso, os participantes receberam um questionário de avaliação, com perguntas sobre o protocolo (APÊNDICE D) a fim de identificar pontos fortes e itens que deveriam ser aprimorados, além de obter feedback dos participantes. A reunião propiciou também um momento de trocas de experiências e relatos, bem como troca de ideias e indicação de melhorias para os cuidados domiciliares em Divinópolis.

Após o término da reunião, a pesquisadora avaliou os questionários aplicados e realizou uma análise descritiva dos dados. Os resultados foram expressos em frequência absoluta e relativa, conforme as tabelas abaixo.

Os resultados evidenciaram que os itens indicados por 80% ou mais dos participantes, para serem mantidos na versão de bolso do protocolo foram: procedimentos odontológicos em domicílio, roteiro do cuidado domiciliar em etapas, passo a passo da assistência odontológica durante VD e o fluxo de encaminhamento de cuidado domiciliar. A maioria dos participantes (90% ou mais) concordaram/concordaram em parte que os itens do protocolo eram relevantes. Com relação aos demais aspectos avaliados, também houve concordância dos respondentes quanto à sua adequação. Apenas para o item fluxo de solicitação do equipamento portátil, um participante discordou/discordou em parte que o fluxo é compatível com a rotina das unidades de saúde.

Além de incorporar as informações dos questionários, a pesquisadora também levou em consideração as solicitações feitas pelos participantes durante o encontro. Dessa forma, as contribuições e sugestões dos participantes foram integralmente incluídas no protocolo (APÊNDICE E), tornando-o mais completo e alinhado às necessidades e expectativas dos envolvidos na sua elaboração.

ITEM	QUESTÃO	CONCORDO/CONCORDO EM PARTE n (%)	DISCORDO/DISCORDO EM PARTE n (%)	GUIA VERSÃO DE BOLSO SIM n (%)	GUIA VERSÃO DE BOLSO NÃO n (%)
Público-alvo do cuidado domiciliar	Este item é relevante para o protocolo:	9 (90%)	1 (10%)	–	–
	A descrição do item é compreensível para os profissionais das equipes da APS:	10 (100%)	0		
	Este item deve ser mantido na versão reduzida do protocolo:	–	–	6 (60%)	4 (40%)
Atribuições equipes no cuidado domiciliar	Este item é relevante para o protocolo:	10 (100%)	0	–	–
	A descrição é compatível com a rotina de trabalho das equipes de saúde bucal:	10 (100%)	0	–	–
	Este item deve ser mantido na versão reduzida do protocolo:	–	–	7 (70%)	3 (30%)
Procedimentos odontológicos no domicílio	Este item é relevante para o protocolo:	10 (100%)	0	–	–
	As sugestões de procedimentos são compatíveis com a rotina das equipes:	10 (100%)	0	–	–
	Este item deve ser	–	–	9 (90%)	1 (10%)

	mantido na versão reduzida do protocolo:				
Roteiro cuidado domiciliar com etapas	Este item é relevante para o protocolo:	10 (100%)	0	–	–
	A descrição do item é compreensível para os profissionais das equipes da APS:	10 (100%)	0	–	–
	Este item deve ser mantido na versão reduzida do protocolo:	–	–	10 (100%)	0
Ficha odontológica	Este item é relevante para o protocolo:	10 (100%)	0	–	–
	A ficha contempla as informações necessárias para o lançamento:	10 (100%)	0	–	–
	Este item deve ser mantido na versão reduzida do protocolo:	–	–	5 (50%)	5 (50%)
Fluxo de solicitação equipamento portátil	Este item é relevante para o protocolo:	9 (90%)	1 (10%)	–	–
	O fluxo é compatível com a rotina das unidades de saúde:	9 (90%)	1 (10%)	–	–
	Este item deve ser	–	–	6 (60%)	4 (40%)

	mantido na versão reduzida do protocolo:				
Passo a passo assistência odontológica durante VD	Este item é relevante para o protocolo:	10 (100%)	0	–	–
	A descrição do item é compreensível para os profissionais das equipes de saúde bucal:	10 (100%)	0	–	–
	Este item deve ser mantido na versão reduzida do protocolo:	–	–	10 (100%)	0
Fluxo encaminhamento cuidado domiciliar	Este item é relevante para o protocolo:	10 (100%)	0	–	–
	O fluxo é compatível com os serviços oferecidos no município:	10 (100%)	0	–	–
	Este item deve ser mantido na versão reduzida do protocolo:	–	–	8 (80%)	2 (20%)

FORMULÁRIO PARA DESCRIÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO/TECNOLÓGICO

TÍTULO:	Protocolo de cuidado domiciliar em saúde bucal	
ANO:	2023	
AUTORES:	Jéssica Carolina da Silva, Luisa Olímpia Coimbra, Sofia Maia Moraes, Maria Inês Barreiros Senna, Loliza Luiz Figueiredo Houri Chalub	
INSTITUIÇÃO PROMOTORA:	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	
LOCAL:	Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis	
CIDADE:	Divinópolis	
DIVULGAÇÃO:	<input type="checkbox"/> filme <input type="checkbox"/> hipertexto <input checked="" type="checkbox"/> impresso <input checked="" type="checkbox"/> meio digital <input type="checkbox"/> meio magnético (ex.: cd-room) <input type="checkbox"/> vários <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> não se aplica a este PTT	
QUALIS TECNOLÓGICO:	Produto:	12.Processo/Tecnologia e Produto/Material não patenteáveis ("Know-how")
	Subtipo:	Protocolo para organização do processo de trabalho
	Estrato:	T2
FINALIDADE (limite do texto: até 255 caracteres com espaço):	Protocolo criado como ferramenta para organização e direcionamento do trabalho das equipes de saúde bucal (eSB) no cuidado domiciliar no município de Divinópolis.	
IMPACTO – nível:	<input type="checkbox"/> alto <input checked="" type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> baixo	
IMPACTO – demanda:	<input checked="" type="checkbox"/> espontânea <input type="checkbox"/> por concorrência <input type="checkbox"/> contratada	
IMPACTO – objetivo da pesquisa que originou o PTT:	<input type="checkbox"/> experimental <input checked="" type="checkbox"/> solução de um problema previamente identificado <input type="checkbox"/> sem um foco de aplicação inicialmente definido	
IMPACTO – área impactada pela produção:	<input checked="" type="checkbox"/> saúde <input type="checkbox"/> educação <input type="checkbox"/> ensino <input type="checkbox"/> econômico	

IMPACTO – tipo:	<input checked="" type="checkbox"/> potencial <input type="checkbox"/> real
DESCRIÇÃO DO TIPO DE IMPACTO (<i>limite do texto: até 255 caracteres com espaço</i>):	Espera-se que a criação do protocolo subsidie a atuação da eSB no cuidado domiciliar, gerando profissionais mais seguros, estabelecendo fluxos padronizados e contribuindo para estruturação desse cuidado em Divinópolis.
REPLICABILIDADE:	<input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
ABRANGÊNCIA TERRITORIAL:	<input checked="" type="checkbox"/> local <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> internacional
COMPLEXIDADE:	<input type="checkbox"/> alta <input checked="" type="checkbox"/> média <input type="checkbox"/> baixa
INOVAÇÃO:	<input type="checkbox"/> alto teor inovativo <input checked="" type="checkbox"/> médio teor inovativo <input type="checkbox"/> baixo teor inovativo <input type="checkbox"/> sem inovação aparente
SETOR DA SOCIEDADE BENEFICIADO PELO IMPACTO:	<input type="checkbox"/> saúde humana e serviços sociais <input checked="" type="checkbox"/> atividades profissionais, científicas e técnicas <input type="checkbox"/> educação
HOUVE FOMENTO?:	<input type="checkbox"/> financiamento <input type="checkbox"/> cooperação <input checked="" type="checkbox"/> não houve
HÁ REGISTRO/DEPÓSITO DE PROPRIEDADE INTELECTUAL?:	<input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não
ESTÁGIO DA TECNOLOGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> piloto/protótipo <input type="checkbox"/> em teste <input type="checkbox"/> finalizado/implantado
HÁ TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA/CONHECIMENTO?:	<input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
PTT (URL):	

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar no SUS foi um desejo despertado durante meu internato rural na graduação, percebi que essa escolha vai além de uma carreira profissional, é uma oportunidade de impactar positivamente a vida das pessoas e contribuir para a construção de uma sociedade melhor e mais equitativa. E por isso, prestei um concurso público e em 2019 me tornei dentista efetiva na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, município onde nasci e cresci.

A ideia de estudar o cuidado domiciliar em saúde bucal surgiu neste mesmo ano, quando participei de um simpósio desenvolvido pelo SAD. Houve várias palestras acerca do tema e também alguns depoimentos dos usuários atendidos por este serviço. Fui observando que muitos usuários relataram a realização de diversos tratamentos, mas que em momento algum foi abordado a saúde bucal. Inquieta diante desta situação questionei o coordenador do SAD se não havia dentista na equipe e para minha surpresa a resposta foi não. Ficou claro para mim que este era um gargalo dentro do município, e deste então resolvi entender melhor como se dava a atuação da odontologia no cuidado domiciliar.

Concomitantemente a essas inquietações, tive conhecimento do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública oferecido pela UFMG. Percebi que essa era a oportunidade de realizar um sonho pessoal: fazer um mestrado e, ao mesmo tempo, dedicar-me ao estudo do cuidado domiciliar em saúde bucal como minha área de pesquisa. Como egressa da graduação da UFMG, fiz contato com professores que foram referência para mim na área de Saúde Coletiva, como a professora Maria Inês Barreiros Senna, com quem compartilhei minhas ideias e interesses de pesquisa. Ela me motivou a prestar o processo seletivo e fez algumas considerações sobre o projeto a ser proposto.

Devido à pandemia pude ingressar no mestrado apenas em 2021, quando iniciei as disciplinas obrigatórias, que foram muito enriquecedoras e importantes para o meu crescimento profissional. Nesta época ocupava o cargo de supervisora de unidade de saúde, e pude aplicar no dia a dia os conteúdos que aprendia no mestrado. As disciplinas ministradas me proporcionaram uma visão expandida da saúde pública, permitindo-me analisar, em um contexto mais amplo, os seus efeitos no processo de trabalho das equipes.

Neste período, também tive contato com minha orientadora, Loliza Chalub, que prontamente aceitou minha proposta de estudar os cuidados domiciliares em saúde bucal, diante da sua experiência prévia em orientar outro estudo sobre o tema, e me direcionou na condução da pesquisa. Para sua realização, optamos por entender a atuação da eSB no cuidado domiciliar, através das opiniões dos profissionais e gestores da APS de Divinópolis. Observamos então que existe uma baixa frequência das visitas pela eSB, bem como uma falta de conhecimento acerca do tema e uma falta de estruturação deste serviço no município.

Em relação ao produto técnico desenvolvido, espera-se que seja um instrumento para estimular e iniciar discussões sobre o cuidado domiciliar em Divinópolis. Ele representa um ponto de partida para a reflexão e melhoria na estruturação dos cuidados domiciliares no município, direcionando o trabalho das eSB e proporcionando maior segurança aos profissionais envolvidos.

Sei que ainda há um longo caminho pela frente, até que os cuidados domiciliares em saúde bucal no município de Divinópolis estejam estruturados e sendo ofertados com qualidade para a população. Contudo, já me sinto muito feliz em participar deste processo de implementação e aprimoramento. Afinal, como mencionei no início, trabalhar no SUS é uma verdadeira missão de vida, com o propósito principal de impactar positivamente a vida das pessoas e por isso, espero que eu consiga prosseguir com esse trabalho no município e assim ver os frutos positivos dele no futuro.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução Diretoria Colegiada RDC 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar. Brasília: Anvisa, 2006.
- AMARAL, N. N. *et al.* Assistência domiciliar à saúde (home health care): sua história e relevância para o sistema de saúde atual. **Revista Neurociências**, v. 9, n. 3, p. 111-117, 2001. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8914/6447>. Acesso em: 2 ago. 2023.
- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FRS7gMBfg97vNXLYqQHpmDQ/?lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2023.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. rev. atual. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, G. B. *et al.* Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. **Revista Saúde.com**, Bahia, v. 2, n. 2, p. 135-142, 2006. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/79/56>. Acesso em: 2 ago. 2023.
- BENJAMIN, A. E. An historical perspective on home care policy. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 71, n. 1, p. 129-166, 1993.
- BRAGA, P. P. *et al.* Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-12, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gV5cTTC8QnQR67tpSDkRkFv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011_comp.htm | Acesso em: 22 maio 2023.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 115, p. 76-78, 22 jun. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/06/2021&jornal=515&pagina=76&totalArquivos=248>. Acesso em: 2 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 825/2016, de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e

atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 78, p. 33-38, 26 abr. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=26/04/2016&pagina=33>. Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 960, de 17 de julho de 2023**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Pagamento por Desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde - APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0960_18_07_2023.html. Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. Lei 14572 de 8 maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, 09 maio. 2023, p. 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm. Acesso em: 4 out. 2023.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. p.18055-18059. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 4 out. 2023

CALDAS JÚNIOR, A. F.; MACHIAVELLI, J. L. (org.). **Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência**: introdução ao estudo. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2013.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface**, São Paulo, v. 17, n. 44, p. 61-73, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/YBt5R98dMgwPVDpSTWgXGNJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2023.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DE-CARLI, A. D. *et al.* Visita domiciliar e cuidado domiciliar na atenção básica: um olhar sobre a saúde bucal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 441-450, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pkf6wXT9c5ZFYn3V4jX5fGg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2023.

DINIZ, L. M. **Análise da atenção domiciliar prestada pelas equipes de Atenção Primária a Saúde em Minas Gerais de 2010 a 2015**. 2018. 94 f. Tese Mestrado profissional em Odontologia em Saúde pública – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

DINIZ, L. M. *et al.* Home visits in primary care: differences among professional categories and health macroregions. **Indian J Dent Res**, [s.l.], v. 31, n. 3, p. 494-499, 2020.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, 2004.

GALLASSI, C. V. *et al.* Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **ABCS health sci**, [s.l.], v. 39, n. 3, p. 177-185, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e Estados. Censo Demográfico 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/divinopolis.html>. Acesso em: 26 jul. 2023.

JOHNSON, D. Focus groups. *In*: ZWEIZIG, D. *et al.* **Tell it! Evaluation sourcebook & training manual**. Madison: SLIS, 1994.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-493, 2008.

LACERDA, M. R. *et al.* Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 88-95, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rBpvkcD5z8dtRy4S9xwV77m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOSER A, KORSTJENS I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. **European journal of general practice**, Vol.24,Nº1,p.9–18,2018.Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5774281/> . Acesso em: 10 nov. 2023.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p.141-1477, 2006. Número especial. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/5ZTf3MZfTwYKzhMftdhQh7B/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 2 ago. 2023.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAULA, L. M.; BEZERRA, A. C. B. A estrutura curricular dos cursos de Odontologia no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 41, n. 4, p. 609-617, 2003.

PIZZOL, S. J. S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004. Disponível

em:<https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/?lang=pt>.

Acesso em: 4 out.2023.

PIMENTEL. F.C. *et al.* Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Cien Saude Colet**,v. 15, n 4, p. 2189-2196, 2010.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p. 231–42, 2005.

ROCHA, D. A.; MIRANDA, A. F. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.181-189, 2013.

SANTOS, A. M. *et al.* Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no programa saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p.464-70, 2008.

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1. p. 220-227, 2008.

SHINKAI, R. S. A.; CURY A. A. D. B. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1099-1109, 2000. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/kcKzLmBKzMqVWDYBHYwRvSN/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 2 ago. 2023.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA (Brasil). SISAB 2021. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso em: 26 jul. 2023.

TANUSEPUTRO, P. *et al.* Associations between physician home visits for the dying and place of death: a population-based retrospective cohort study. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 13, n. 2, p.1-14, 2018.

TEIXEIRA, F. T.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal da sociedade brasileira. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBok, 2014. p. 121-137.

TOTTEN, A. M. *et al.* Home-based primary care interventions. **Agency for Healthcare Research and Quality**, Rockville, v. 15, n. 16, 2016.

APÊNDICE A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –

via do participante

Prezado (a) Participante,

Você é nosso (a) convidado (a) para participar do estudo “ANÁLISE DAS TAXAS DE VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL NO PERÍODO 2016 A 2020”, que será realizado pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil), de responsabilidade do (a) pesquisador (a) Prof (a) Loliza Chalub Luiz Figueiredo Hourí.

A população do estudo será composta por profissionais que atuam na assistência da Atenção Primária a Saúde do município de Divinópolis, Minas Gerais e também seus gestores de saúde.

O objetivo deste estudo será conhecer a importância do atendimento odontológico dos pacientes elegíveis aos serviços domiciliares segundo a perspectiva dos profissionais que atuam nas unidades de saúde e também os gestores de saúde.

Sua participação consistirá em participar de um grupo focal, mediado por pesquisadores com experiência em pesquisa qualitativa, da Faculdade de Odontologia da UFMG. O grupo focal acontecerá de forma online, em data e ambiente virtual previamente acordados, preferencialmente nos horários de melhor conveniência dos participantes do seu grupo.

O roteiro foi elaborado contendo perguntas norteadoras a serem utilizadas pelo moderador do grupo focal: Qual a sua percepção sobre o atendimento odontológico na AD? Como você enxerga a atuação da equipe de saúde bucal nas visitas domiciliares? Na sua rotina de trabalho, algum paciente acamado já necessitou ou necessita de atendimento odontológico? Como é a demanda para esse tipo de atendimento em suas unidades? Quais as

contribuições de um protocolo para direcionar o trabalho da equipe de saúde bucal durante os atendimentos em domicílio?

As informações coletadas serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão mantidas com todo sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Durante o grupo focal, suas falas serão gravadas e, posteriormente, transcritas. As gravações após sua transcrição serão apagadas. Os dados digitais ficarão sob a guarda do (a) pesquisador (a), sendo responsável fiel pelas informações e os arquivos digitais ficarão protegidos no seu arquivo pessoal, com manutenção do segredo sobre a identificação dos participantes, podendo os resultados serem divulgados no meio acadêmico e científico.

Os riscos da pesquisa serão mínimos, pois as intervenções serão por meio de grupo focal, podendo gerar algum constrangimento em relação ao tema abordado. Para minimizar estes riscos, o roteiro utilizado foi elaborado de forma cuidadosa, buscando ser o mais objetivo e claro possível, guardando estreita relação com os propósitos da pesquisa. Você pode se sentir incomodado (a) ou preocupado (a) por causa do tema e se isto acontecer basta parar de responder e interromper a pesquisa, pois você tem total liberdade em não responder alguma questão se não sentir vontade, assim como abandonar a pesquisa a qualquer momento. Somente os examinadores terão acesso aos dados e para que não ocorra à identificação, preservando a identidade, previamente a transcrição das falas e análise dos dados, serão atribuídos códigos a cada participante. Será garantido o sigilo quanto à identificação dos participantes durante todas as fases da pesquisa. As ações adotadas nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhuma destas ações oferece riscos à sua dignidade.

Ao participar dessa pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Você não receberá pagamento pela sua participação, nem terá qualquer tipo de despesa. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes que contribuam para melhoria dos processos avaliativos dos serviços de saúde bucal do município e do estado e conseqüentemente para a saúde e bem-estar da população. Há expectativa que os resultados dessa pesquisa tragam contribuições valiosas para a literatura científica, havendo compromisso da pesquisadora com a publicação dos resultados obtidos, com

garantia de sigilo quanto a identificação dos participantes da pesquisa. Esta pesquisa tem potencial mínimo de dano, pois todas as medidas serão tomadas para que não ocorra agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, a você decorrente da pesquisa. De acordo com a Resolução 466/2012, indenização está prevista quando há ocorrência de danos decorrentes da pesquisa.

Contando com sua participação, agradecemos sua colaboração!
Loliza Chalub Luiz Figueiredo Hourí e Equipe (Pesquisadores da
FAO/UFMG)

Eu, _____
_____, RG _____, manifesto minha concordância em
participar das seguintes atividades, de forma voluntária, espontânea, livre e
esclarecida:

() Grupo Focal – duração aproximada de 50 minutos

Belo Horizonte, de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Nome completo do Pesquisador Responsável:

Jessica Carolina da Silva

E-mail: jessicagerencia2021@gmail.com Tel: (37) 9 9926-1051

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627, Pampulha. Faculdade de Odontologia

CEP 31270-901 - Belo Horizonte/MG - Brasil

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

E-mail: coep@prpq.ufmg.br Tel: (31) 3409-4592

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha.

Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005

CEP: 31270-901 - Belo Horizonte/MG – Brasil

**APÊNDICE B – Convite aos participantes para reunião de discussão do
protocolo**

VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO
A DISCUTIR SOBRE OS
CUIDADOS DOMICILIARES EM
ODONTOLOGIA.

PARTICIPE CONOSCO.
VENHA CONHECER A PROPOSTA DE UM
PROTOCOLO.



11.07.2023

AS 14:00

Faculdade UNA
Sala 903

APÊNDICE C – Slide da reunião de avaliação do protocolo

DISCUSSÃO SOBRE O PROTOCOLO DOMICILIAR EM SAÚDE BUCAL

Município de Divinópolis - MG

PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO DOMICÍLIO

- É possível realizar todos os procedimentos propostos?
- Os procedimentos estão em consonância com a realidade de trabalho das eSB?
- O que podemos acrescentar?
- O que podemos retirar?

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E ANAMNESE

- Manter a mesma do PEC?
- Quais as informações são importantes constar na ficha?
- Levar a folha impressa?



APÊNDICE D – Questionário de avaliação do protocolo

ITEM	AVALIAÇÃO GERAL	VERSÃO GUIA DE BOLSO	SUGESTÕES DE EDIÇÃO
<p style="text-align: center;">Público-alvo do cuidado domiciliar</p>	<p>Este item é relevante para o protocolo:</p> <p>() Concordo</p> <p>() Concordo em parte</p> <p>() Discordo em parte</p> <p>() Discordo</p> <p>A descrição do item é compreensível para os profissionais das equipes da APS:</p> <p>() Concordo</p> <p>() Concordo em parte</p> <p>() Discordo em parte</p> <p>() Discordo</p>	<p>Este item deve ser mantido na versão reduzida do protocolo:</p> <p style="text-align: center;">() SIM</p> <p style="text-align: center;">() NÃO</p>	
<p style="text-align: center;">Atribuições equipes no cuidado domiciliar</p>	<p>Este item é relevante para o protocolo:</p> <p>() Concordo</p> <p>() Concordo em parte</p> <p>() Discordo em parte</p> <p>() Discordo</p> <p>A descrição é compatível com a rotina de trabalho das equipes de saúde bucal:</p> <p>() Concordo</p> <p>() Concordo em parte</p>	<p>Este item deve ser mantido na versão reduzida do protocolo:</p> <p style="text-align: center;">() SIM</p> <p style="text-align: center;">() NÃO</p>	

	<input type="checkbox"/> Discordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo		
Procedimentos odontológicos no domicílio	<p>Este item é relevante para o protocolo:</p> <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo <p>As sugestões de procedimentos são compatíveis com a rotina das equipes:</p> <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo	<p>Este item deve ser mantido na versão reduzida do protocolo:</p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Roteiro cuidado domiciliar com etapas	<p>Este item é relevante para o protocolo:</p> <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo <p>A descrição do item é compreensível para os profissionais das equipes da APS:</p> <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo em parte	<p>Este item deve ser mantido na versão reduzida do protocolo:</p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

	() Discordo		
Ficha odontológica	<p>Este item é relevante para o protocolo:</p> <p>() Concordo () Concordo em parte () Discordo em parte () Discordo</p> <p>A ficha contempla as informações necessárias para o lançamento:</p> <p>() Concordo () Concordo em parte () Discordo em parte () Discordo</p>	<p>Este item deve ser mantido na versão reduzida do protocolo:</p> <p>() SIM () NÃO</p>	
Fluxo de solicitação equipamento portátil	<p>Este item é relevante para o protocolo:</p> <p>() Concordo () Concordo em parte () Discordo em parte () Discordo</p> <p>O fluxo é compatível com a rotina das unidades de saúde:</p> <p>() Concordo () Concordo em parte () Discordo em parte () Discordo</p>	<p>Este item deve ser mantido na versão reduzida do protocolo:</p> <p>() SIM () NÃO</p>	

<p>Passo a passo assistência odontológica durante VD</p>	<p>Este item é relevante para o protocolo:</p> <p>() Concordo () Concordo em parte () Discordo em parte () Discordo</p> <p>A descrição do item é compreensível para os profissionais das equipes de saúde bucal:</p> <p>() Concordo () Concordo em parte () Discordo em parte () Discordo</p>	<p>Este item deve ser mantido na versão reduzida do protocolo:</p> <p>() SIM () NÃO</p>	
<p>Fluxo encaminhamento cuidado domiciliar</p>	<p>Este item é relevante para o protocolo:</p> <p>() Concordo () Concordo em parte () Discordo em parte () Discordo</p> <p>O fluxo é compatível com os serviços oferecidos no município:</p> <p>() Concordo () Concordo em parte () Discordo em parte () Discordo</p>	<p>Este item deve ser mantido na versão reduzida do protocolo:</p> <p>() SIM () NÃO</p>	

APÊNDICE E – Protocolo de cuidado domiciliar em saúde bucal

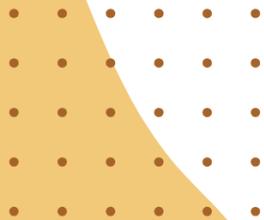


PREFEITURA DE
Divinópolis



semusa
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Protocolo de cuidado domiciliar em saúde bucal



APRESENTAÇÃO

Divinópolis é o maior município da Mesorregião Oeste de Minas Gerais, apresenta uma população estimada de 231.091 pessoas (IBGE,2022). A rede de saúde do município busca proporcionar atendimento abrangente e de qualidade, contemplando desde cuidados básicos até os serviços especializados. Essa estrutura diversificada e articulada visa à promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento adequado quando necessário.

No que tange a Atenção Primária à Saúde (APS), que é a porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde, em 2023 o município apresenta 62 equipes de saúde da família (eSF), 04 equipes de Atenção Primária (eAP), 51 equipes de saúde bucal (eSB), 10 unidades com horário estendido de funcionamento através do programa Saúde na Hora, 01 equipe de consultório na rua, 01 equipe prisional e 07 equipes e-multi.

Além disso, Divinópolis conta com serviço especializado, a policlínica e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Itapeçerica (CISVI), responsáveis pelas consultas médicas especializadas e exames. A cidade também dispõe de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que oferecem atendimento a pessoas com transtornos mentais e dependência química, e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que garante assistência imediata aos casos mais graves de urgência e emergência.

Outra assistência importante oferecida pelo município é o serviço de Atenção Domiciliar (SAD), composto por duas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) tipo I e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), que proporcionam cuidados de saúde no domicílio.

No que diz respeito ao cuidado domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ele é um serviço realizado pelas equipes de APS e pelo SAD, de acordo com as necessidades de cada paciente. No contexto da APS, o cuidado domiciliar é, sem dúvida, uma das principais ferramentas para oferecer cuidados personalizados e abrangentes no ambiente familiar.

Essa abordagem é particularmente valiosa para pacientes com dificuldades de mobilidade, idosos, pessoas com doenças crônicas ou em situação de fragilidade, os quais enfrentam desafios adicionais ao buscar atendimento convencional (GALLASSI et al., 2014).

Os cuidados domiciliares estão inseridos na rotina de trabalho dos médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A integração das eSB nos cuidados domiciliares pode colaborar na prevenção de problemas bucais e promover acesso equitativo a serviços odontológicos. Isso torna fundamental a implementação de estratégias que promovam o cuidado bucal no domicílio, visando garantir uma atenção de qualidade e abrangente (DUARTE, et al., 2012; CUNHA et al., 2013).

Portanto, é com muita satisfação que propomos a primeira edição do Protocolo de cuidados domiciliares em saúde bucal de Divinópolis. Este documento foi fruto de uma pesquisa qualitativa realizada no âmbito do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da UFMG. Ele foi elaborado de forma colaborativa, contando com a participação de profissionais e gestores que atuam na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis (SMS). O desenvolvimento de forma coletiva ocorreu com vistas a produzir um documento que incorporasse as diversas perspectivas e conhecimentos, resultando em diretrizes mais abrangentes e eficientes, respeitando a realidade do município.

Espera-se então que o protocolo seja um instrumento de apoio a todos os profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), em especial os que compõem as eSB. O objetivo é contribuir para a resolutividade e efetividade das ações voltadas aos cuidados domiciliares em saúde bucal.

INTRODUÇÃO

O SUS se ancora na APS e adota a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de reorganizar os cuidados básicos e aumentar a cobertura universal à saúde. A ESF, por ter a família como principal objeto de trabalho, é responsável por identificar e desenvolver práticas de cuidado, promoção e proteção à saúde, com atuação de uma equipe multiprofissional.

Mesmo com a reorganização e ampliação da APS, o SUS ainda é um sistema em desenvolvimento e requer novas formas de aumentar a cobertura integral à saúde. Para ultrapassar essa limitação, apresenta-se a proposta da atenção domiciliar (AD), cujo objetivo é revalorizar o lar como espaço para produzir cuidado, evitar hospitalizações desnecessárias e apoiar as equipes da APS em favor do aumento da eficiência da assistência (BRASIL, 2012a; GALLASSI et al., 2014; TOTTEN, 2016).

Segundo a PORTARIA N° 825, de 25 de abril de 2016, a AD segue as seguintes diretrizes:

- I - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;
- III - adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e
- IV - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador (es) (BRASIL, 2016).

No contexto da APS o cuidado domiciliar realizado pela equipe multiprofissional da ESF permaneceu durante anos como uma atividade de rotina nos serviços dos médicos, enfermeiros e ACS. Foi apenas em 2004, por meio da Política Nacional de Saúde Bucal, que as visitas domiciliares (VD), um dos tipos de ações de saúde prestadas em domicílio, se tornaram atribuição dos profissionais da e-SB (BRASIL, 2004).

A presença da e-SB na prestação do cuidado domiciliar favorece o bom controle de fatores de risco e manutenção de uma boa condição bucal, a prevenção de agravos, garantindo melhor qualidade de vida e o bem-estar geral da pessoa assistida (DUARTE, et al., 2012; CUNHA et al., 2013). Segundo Shinkai e Cury (2000), a ausência do profissional da eSB no cuidado domiciliar pode provocar consequências prejudiciais ao paciente, pois num contexto de falta de assistência, maior será o seu risco de desenvolver doenças bucais como a cárie, doença periodontal (gingivite e periodontite), abscessos, candidíase, mucosite, aftas e outras infecções.

Sendo assim, a eSB apresenta papel primordial no desenvolvimento de ações de promoção à saúde por meio da motivação e educação em saúde para o paciente e sua família; orientação sobre higiene bucal e cuidados com as próteses dentárias; escovação supervisionada e o diagnóstico precoce de lesões orais (DUARTE, et al., 2012; CUNHA et al., 2013; SHINKAI e CURY., 2000).

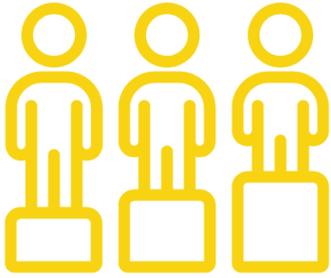
Além disso, a saúde bucal na AD favorece uma assistência equitativa a uma parcela da população que enfrenta dificuldades de locomoção até às unidades de saúde. Essa abordagem reconhece as particularidades individuais e prioriza o bem-estar físico, mental e social dos pacientes. Através da AD, os profissionais têm a oportunidade de compreender melhor o contexto socioeconômico e cultural em que os usuários estão inseridos, comprometendo-se com a realidade de cada um.

Por meio da AD é possível ampliar a autonomia e promover a corresponsabilidade dos usuários no cuidado à saúde, através da integração profissional-família e profissional-paciente (LACERDA, et al., 2006; AQUILANTE et al., 2014).

Diante do reconhecimento da importância da AD para a garantia das condições de saúde da população, vale delimitar a definição de AD como a modalidade que engloba as diversas ações de saúde no domicílio (DINIZ, 2018). A AD envolve ações individuais desenvolvidas no domicílio de maneira integrada às RAS, como aquelas de promoção, prevenção à saúde e tratamento de doenças, reabilitação e palição, garantindo continuidade de cuidados; assim como ações macroestruturais como políticas de saúde, saneamento, habitação, dentre outras (LACERDA et al., 2006; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2016). Este conceito mais amplo abrange o cuidado domiciliar, internação domiciliar e a visita domiciliar.

Neste protocolo serão abordados os cuidados domiciliares prestados pelas eSB, os quais são definidos como um conjunto de todas as atividades programadas e continuadas realizadas no domicílio que atendem aos objetivos terapêuticos, educativos ou assistenciais, sejam elas de baixa, média ou alta complexidade, ou seja, uma modalidade que envolve a execução de qualquer ação de saúde realizada por profissionais no domicílio das pessoas (LACERDA et al., 2006).

QUAIS AS VANTAGENS DO CUIDADO DOMICILIAR?



Promover a equidade

Compreender o contexto socioeconômico e cultural



Fortalecer o vínculo profissional - paciente

Humanizar os cuidados em saúde



Melhorar a qualidade de vida dos pacientes elegíveis para os serviços de Atenção Domiciliar



PÚBLICO ALVO

	Definição	Responsável	Periodicidade
AD1	Destinada a usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde	Equipes da APS, com apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos ambulatórios de especialidades e dos centros de reabilitação	Acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.
AD2	Destinada a usuários que possuem problemas de saúde com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, que necessitem de maiores recursos de saúde.	Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)	Acompanhamento/ atendimento no mínimo semanal.
AD3	Semelhante a AD2, mas nessa modalidade a frequência de cuidados a saúde do usuário é ainda maior, com maior complexidade, carecendo de uso de equipamentos como os de oxigenoterapia, ventilação mecânica não invasiva, diálise peritoneal e paracentese, por exemplo.	Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)	Cuidado multiprofissional mais frequente, contínuo e por maiores períodos.

PORTARIA Nº 825, BRASIL 2016

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO CUIDADO DOMICILIAR

Em todas as três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

- I - Trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;
- II - Identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;
- III - Acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;
- IV - Promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;
- V - Utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;
- VI - Pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;
- VII - Articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas;
- VIII - Participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO CUIDADO DOMICILIAR

- Estabelecer vínculo com o (a) paciente e seus familiares.
- Levantamento de necessidades de saúde bucal.
- Orientações sobre higiene de próteses dentárias.
- Realizar diagnóstico de saúde bucal para detecção precoce de câncer bucal e outras lesões; incluindo alterações de mucosa e gengiva.
- Educação sobre os principais cuidados bucais e gerais para os familiares e/ou cuidadores.
- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos em saúde bucal.
- Supervisionar o trabalho da ASB e TSB.
- Desenvolvimento de ações de promoção à saúde.
- Elaboração de planos de tratamento para cada paciente.
- Registro dos atendimentos.

Cirurgião Dentista

AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL E TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL

- Estabelecer comunicação participativa com o (a) paciente e seus familiares.
- Escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor.
- Auxiliar o CD (Cirurgião Dentista) na realização dos procedimentos.
- Educação em saúde bucal e de saúde em geral.
- Preparar e organizar instrumental e materiais necessários para os atendimentos.
- Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente.
- Registrar os atendimentos.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO DOMICÍLIO



Podem variar de acordo com o ambiente e a disponibilidade do equipamento portátil e é importante considerar também a condição do usuário e da família

Prescrição terapêutica

Aplicação tópica de flúor

Aplicação de verniz com flúor

Escovação supervisionada

Tratamento restaurador
atraumático (ART)

Restauração de dentes
permanentes e decíduos

Raspagem coronária e
radicular

Ajuste de próteses dentárias

Capeamento pulpar direto/
selamento da cavidade (em
situações de urgência)

Exodontia de dente decíduo

Exodontia de dente
permanente com mobilidade
grau II e III

Pequenas cirurgias em tecidos
moles

Tratamento de alveolite

Remoção de sutura

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DO CUIDADO DOMICILIAR EM SAÚDE BUCAL



Com o objetivo de direcionar e organizar o processo de trabalho das eSB da APS no município de Divinópolis, Minas Gerais, foi desenvolvido um roteiro detalhado para a realização do cuidado domiciliar em saúde bucal. Nesse contexto, acredita-se que os ACS desempenham um papel fundamental na identificação dos usuários elegíveis para a AD.

 Durante as visitas domiciliares de rotina, os ACS serão responsáveis por coletar os seguintes dados:

Algun membro da família enfrenta dificuldade de locomoção?

Sim Quem? -----

Não

Caminha com ajuda de bengala ou similar.

Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.

Caminha com extrema dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.

Paciente encontra-se imobilizado na cama ou no sofá, necessitando de cuidados contínuos

A avaliação acima foi resumida e adaptada da classificação dos usuários em AD, de acordo com a escala de incapacidade funcional da Cruz Vermelha Espanhola (GONZALEZ et al., 1991). Optou-se por modificar essa classificação para tornar viável sua aplicação no contexto do processo de trabalho das equipes da APS de Divinópolis. Considera-se que a obtenção dessa informação não irá impactar as atividades dos ACS, que já possuem a coleta de informações sobre os membros da família na sua rotina

Etapas para o cuidado domiciliar odontológico

Etapa 1 - Reunião com a equipe multiprofissional

A e-SB juntamente com o restante da equipe, deve identificar os usuários elegíveis para a atenção domiciliar residentes em sua área de abrangência. A fonte de informação será a avaliação acima, realizada pelos ACS, que irá constar na ficha de visita domiciliar



Etapa 2 – Cronograma de visitas

Estabelecer o cronograma para realização das visitas domiciliares, baseado em critérios de prioridade a serem definidos juntamente com a equipe multidisciplinar.

Etapa 3 – Identificação dos usuários

Primeiro contato do cirurgião dentista com os pacientes elegíveis para a AD, essa visita preferencialmente deve ser agendada em conjunto com o ACS da área de abrangência, com o objetivo de verificar o ambiente da casa: Luminosidade suficiente para realização dos procedimentos, altura da cama e sua posição em relação à janela ou fonte de luz natural, disponibilidade de energia elétrica e tomadas, condições de higiene da residência, local com água corrente para higienização das mãos, existência de móveis que possam ser utilizados no atendimento. Além da verificação do ambiente, é momento também para o registro das informações referentes à identificação do paciente, com destaque para as morbidades. Por fim realizar também a avaliação odontológica (vide página 15)



Etapa 4 – Planejamento de caso

Após as informações coletadas no domicílio, a eSB deve realizar o planejamento das intervenções baseado na realidade de cada paciente. Por isso a importância da etapa 3 na elaboração do tratamento.

Etapa 5 – Preparação dos insumos para visita domiciliar

Com o plano de tratamento elaborado, a eSB deverá observar quais ações dependerão da utilização do equipamento portátil e assim solicitar previamente o agendamento do mesmo (vide página 19). Além disso, esse planejamento irá direcionar o trabalho dos profissionais ASB/TSB, com a identificação de quais materiais e instrumentais serão necessários para cada visita.



CHECK- LIST PARA AS VISITAS DOMICILIARES ODONTOLÓGICAS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gorro | <input type="checkbox"/> Material restaurador- Ionômero de vidro |
| <input type="checkbox"/> Máscara | <input type="checkbox"/> Material restaurador intermediário - IRM |
| <input type="checkbox"/> Luva | <input type="checkbox"/> Anestésico |
| <input type="checkbox"/> Óculos de proteção | <input type="checkbox"/> Resina |
| <input type="checkbox"/> Jaleco | <input type="checkbox"/> Adesivo |
| <input type="checkbox"/> Papel toalha | <input type="checkbox"/> Condicionador ácido |
| <input type="checkbox"/> Gaze | <input type="checkbox"/> Fio dental |
| <input type="checkbox"/> Rolinho de algodão | <input type="checkbox"/> Saco de lixo contaminado e comum |
| <input type="checkbox"/> Espátula/abaixador de língua | <input type="checkbox"/> Fotopolimerizador |
| <input type="checkbox"/> Álcool 70 | <input type="checkbox"/> Ficha clínica |
| <input type="checkbox"/> Recipiente para descarte de perfuro cortante | <input type="checkbox"/> Receituário |
| <input type="checkbox"/> Kit clínico | <input type="checkbox"/> Sugador |
| <input type="checkbox"/> Flúor em gel | <input type="checkbox"/> Fio de sutura |
| <input type="checkbox"/> Escova | <input type="checkbox"/> Kit cirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Pasta de dente | <input type="checkbox"/> Equipamento portátil |
| <input type="checkbox"/> Sugador | |
| <input type="checkbox"/> Macromodelo | |



Etapa 6 – Execução do plano de tratamento

Nessa etapa é prestada efetivamente a assistência, com a execução dos procedimentos planejados. Todas as visitas e ações desenvolvidas no domicílio devem ser registradas e lançadas no sistema de informação em saúde.

Ficha de identificação e Anamnese

DADOS PESSOAIS

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Número do cartão SUS:

CPF:

Endereço:

Telefone:

ACS responsável:

ANAMNESE

- Tem algum tipo de doença? () S () N Qual? _____
- Alérgico a algum medicamento? () S () N _____
Qual? _____
- Está fazendo uso de algum
medicamento? () S () N _____
- Está em cuidados médicos
atualmente? () S () N Qual? _____
- Acamado a quanto tempo? _____
- Necessita de cuidador? () S () N Qual? _____
- Apresenta dificuldade de
deslocamento?(Necessita de
andador, bengala, cadeira de rodas,
acamado restrito)? _____
- Fumante? () S () N
- Etilista? () S () N



AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA

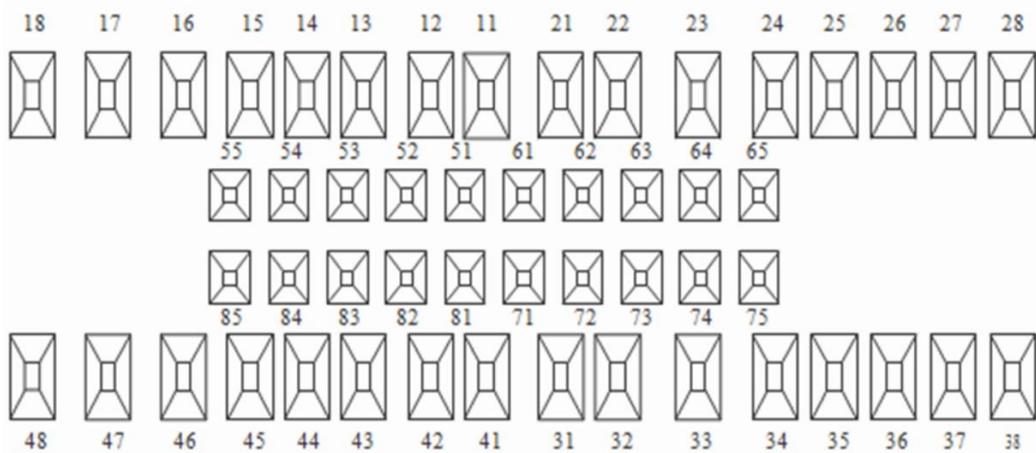
- Já realizou algum procedimento odontológico? Qual? _____
- Frequência de higiene bucal ao dia: () 1 () 2 () 3 () Mais de 3 vezes
- Precisa de ajuda para realizar a higiene bucal ou da prótese? () Não () Sim
- Faz uso de prótese total ou parcial superior? () Não () Sim Qual? _____
- Faz uso de prótese total ou parcial inferior? () Não () Sim Qual? _____
- Condição da prótese () Adaptada () Não adaptada
- Presença de lesão bucal? () Não () Sim Qual(is)? _____

EXAME EXTRAORAL:

EXAME INTRAORAL:

- Lábios () Normais () Alterados _____
- Língua () Normal () Alterada _____
- Palato () Normal () Alterado _____
- Gengiva () Normal () Alterada _____
- Mucosa () Normal () Alterada _____

ODONTOGRAMA

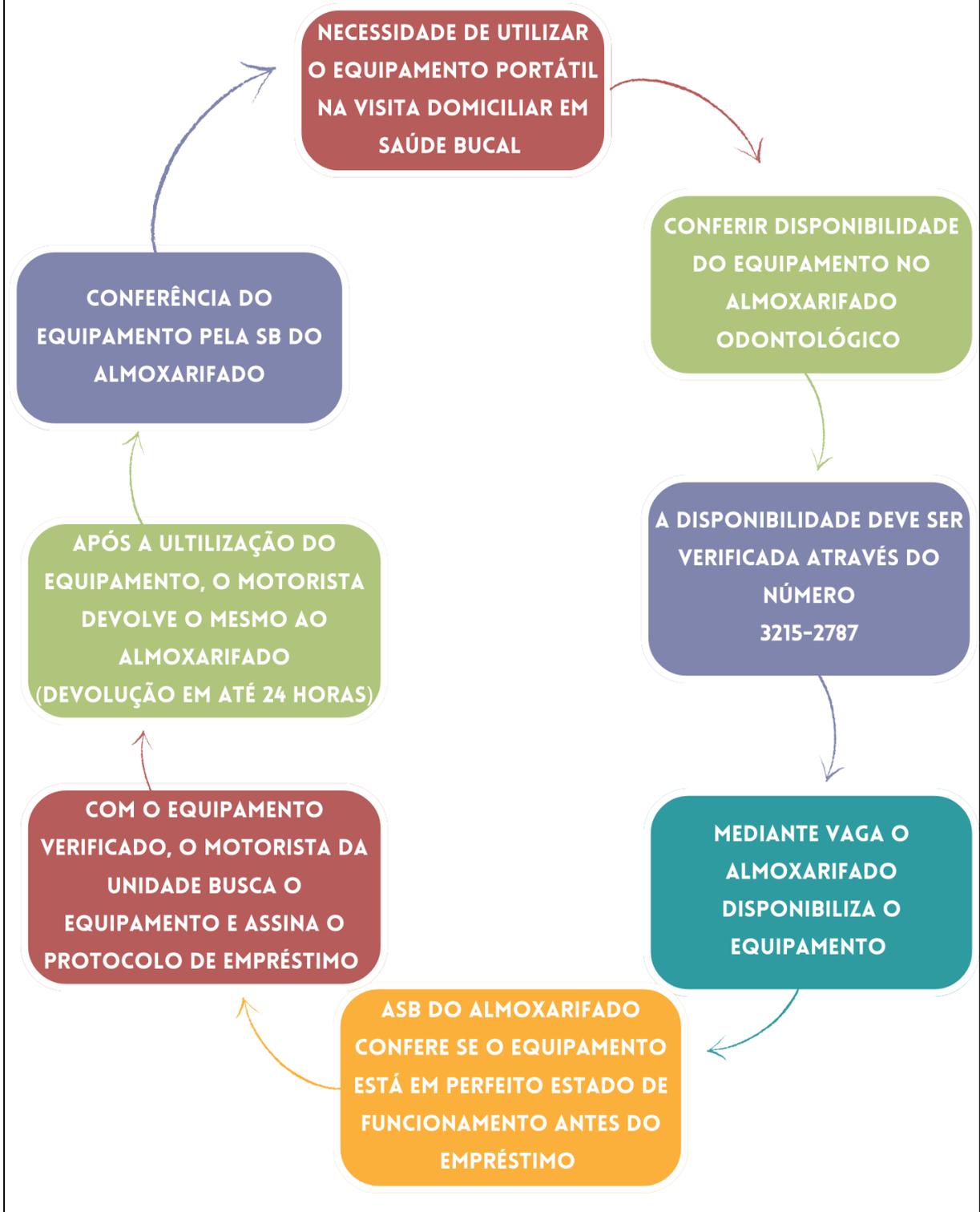


REGISTRO DAS VISITAS DOMICILIARES

Data da visita	Tratamento realizado	Profissional responsável



FLUXO DE SOLICITAÇÃO DO EQUIPAMENTO PORTÁTIL



PASSO A PASSO PARA O ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

PASSO 1

PREPARO DOS INSUMOS A SEREM UTILIZADOS NA VISITA DOMICILIAR

- Separar os instrumentais necessários para realização do tratamento programado previamente pela equipe.
- Levar EPIs e sacos de lixo (coleta de detritos gerados no atendimento).
- Preparar os materiais de acordo com o planejamento da equipe. (Exemplos: Flúor gel, resina, IRM, ionômero de vidro, gaze, fio dental, roletes de algodão, entre outros).
- Impressos: Ficha de identificação, anamnese, avaliação odontológica, receituário.
- Equipamento portátil- quando necessário e mediante agendamento prévio.



LEMBRETE: É fundamental que a equipe teste todos os equipamentos e observe se estão em perfeito estado de funcionamento. Além disso, deve-se checar se os insumos necessários para a visita estão devidamente separados, para que assim não ocorra nenhuma intercorrência durante o atendimento no domicílio

ORIENTAÇÕES E PREPARO DO LOCAL DE ATENDIMENTO

- Conversar com o paciente, familiares e/ou cuidadores sobre o planejamento proposto para a visita.
- Nos casos onde o cuidador/familiar estiver presente no domicílio o ideal é que ele acompanhe toda visita.
- Escolher o local mais adequado para o atendimento (observar a luz, conforto do paciente, ergonomia do profissional).
- Higienização com álcool 70 do local a ser utilizado para o atendimento (bancadas, mesas, pias), sempre que possível utilizar também campo cirúrgico ou forrar com papel toalha.
- Se houver animais de estimação que ficam no mesmo cômodo que o paciente e também tiver o hábito de subir na cama, recomenda-se a troca de lençóis e retirada dos pets a fim de evitar acidentes.

PASSO 2

PASSO 3**REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO/INTERVENÇÃO**

- Posicionar o paciente da melhor maneira possível, sempre observando a posição da cabeça e do pescoço.
- Se o usuário apresentar perda visual, auditiva, alteração motora ou mental, solicitar ajuda do cuidador sobre qual a melhor forma de manejo do paciente.
- Checar pressão arterial e glicose (casos dos diabéticos e hipertensos ou pacientes que a equipe julgar necessário).
- Realizar consultas curtas, visto que a maioria dos usuários domiciliares apresentam limitações que os impedem de permanecer muito tempo com a boca aberta.

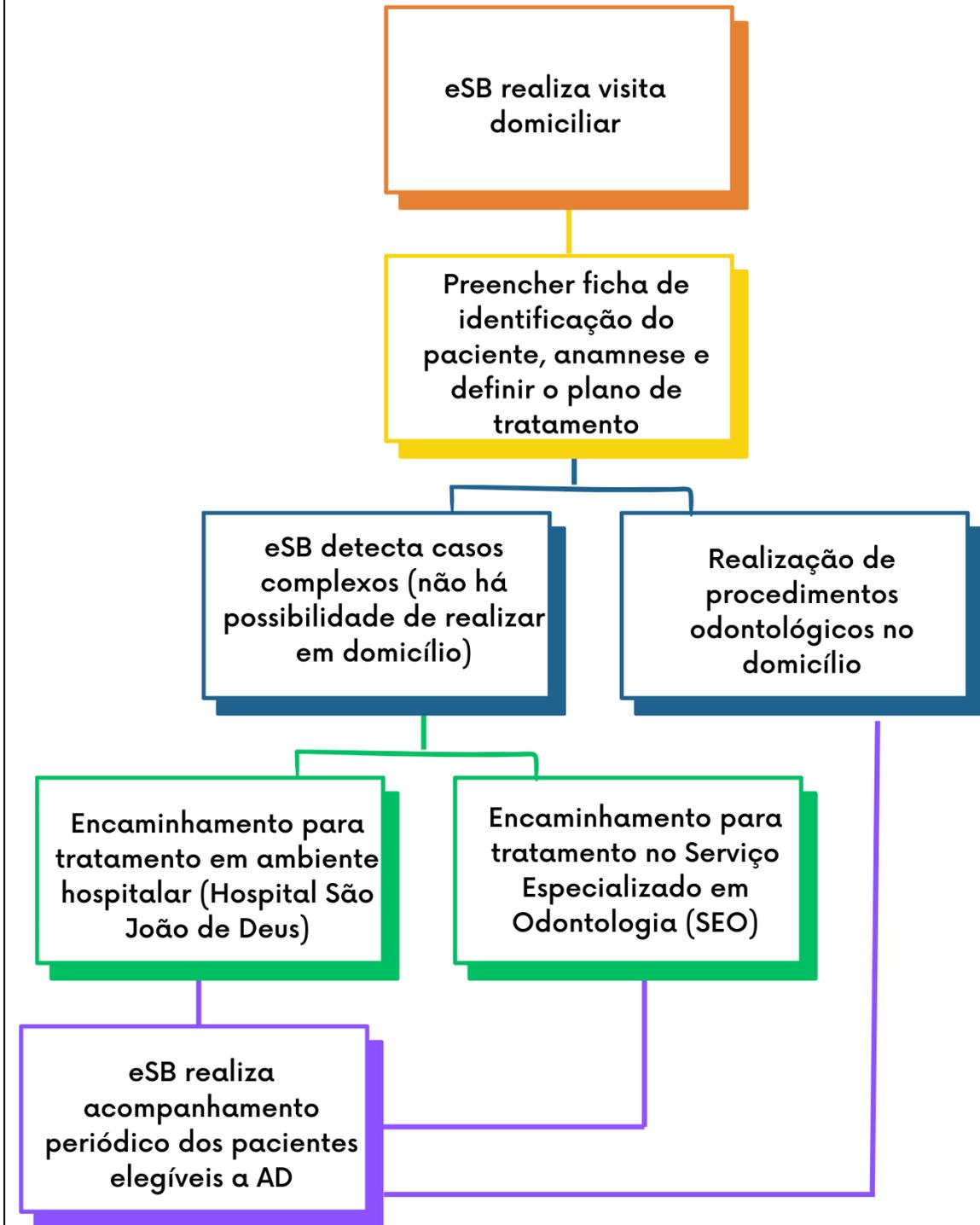
LIMPEZA DO AMBIENTE E ORIENTAÇÕES FINAIS

- Realizar a higienização com álcool 70 dos locais utilizados para o atendimento (bancadas, mesas, pias).
- Orientar os familiares sobre as possíveis complicações relacionadas ao atendimento realizado e quando necessário prescrição de medicamentos.
- Todos os resíduos gerados no atendimento devem ser levados do domicílio e em seguida, descartados em local apropriado na unidade de saúde.
- Materiais perfurocortantes – agulhas, lâminas, limas e outros – devem ser descartados em um recipiente específico e separado dos demais materiais (tal recipiente deve ser levado pela equipe e apresentar estampado o aviso de “infectante” e “material perfurocortante”). Ao chegar na unidade, devem ser dispensados no coletor de materiais perfurocortantes- Descarpack.

PASSO 4**PASSO 5****RETORNO À UNIDADE DE SAÚDE**

- Descarte dos detritos gerados na visita domiciliar.
- Lavagem e esterilização dos instrumentais.
- Lançamento da visita domiciliar no sistema de informações em saúde - e-SUS.

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES ELEGÍVEIS PARA CUIDADO DOMICILIAR



REFERÊNCIAS

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FRS7gMBfg97vNXLYqQHpmDQ/?lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 2 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 825/2016, de 25 de abril de 2016**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 78, p. 33-38, 26 abr. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=26/04/2016&pagina=33>. Acesso em: 2 ago. 2022.

BRAUNAS, A.P.V.S. et al. **Protocolo de Visita Domiciliar em Saúde Bucal**. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Saúde Bucal, 2015

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface**, São Paulo, v. 17, n. 44, p. 61-73. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YBt5R98dMgwPVDpSTWgXGNJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2022.

DINIZ, L. M. **Análise da atenção domiciliar prestada pelas equipes de Atenção Primária a Saúde em Minas Gerais de 2010 a 2015**. 2018. 94 f. Tese Mestrado profissional em Odontologia em Saúde pública – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

GALASSI, C. V. et al. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **ABCS health sci**, [s.l.], v. 39, n. 3, p. 177-185, 2014.

GONZÁLEZ J. I. et al. Escala de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola. **Rev Esp Geriatr Geront**. 1991, 26:197-202.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados. Censo Demográfico 2022**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/divinopolis.html>. Acesso em: 26 jul. 2023.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 88-95, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rBpvkcD5z8dtRy4S9xwV77m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2023

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Pré-protocolo de atenção domiciliar**. Florianópolis, 2014. 26 p.

SHINKAI, R. S. A.; CURY, A. D. B. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1099-1109, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kcKzLmBKzMqVWDYBHYwRvSN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2022.

TOTTEN, A. M. et al. Home-based primary care interventions. **Agency for Healthcare Research and Quality**, Rockville, v. 15, n. 16, 2016.

ANEXO A- Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS TAXAS DE VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL NO PERÍODO 2016 A 2020

Pesquisador: LOLIZA CHALUB LUIZ FIGUEIREDO HOURI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58730922.1.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.581.327

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa da taxa de visitas domiciliares realizadas pela e-SB da APS nos municípios brasileiros. E a outra será uma abordagem qualitativa, com a realização de grupos focais (GF), para obter informações que auxiliem na elaboração de um protocolo de atendimento odontológico na atenção domiciliar no município de Divinópolis. O estudo quantitativo será realizado com dados extraídos do e-SUS APS, estratégia integrada ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que é um sistema de acesso público que disponibiliza relatórios sobre as ações desempenhadas pelas equipes da APS, entre elas a visita domiciliar (VD). Esses dados serão acessados pelo link <https://sisab.saude.gov.br/>. Na abordagem qualitativa, os grupos focais (GF) serão divididos em três de acordo com as categorias dos participantes: profissionais de saúde, gestores e usuários. A composição dos grupos será de sete a 10 profissionais que atuam na APS de Divinópolis (médico, dentista, auxiliar de saúde bucal, agente de saúde, enfermeiros), sete a 10 profissionais que atuam na gestão de saúde (diretores, secretário de saúde, supervisores de unidades de saúde e do serviço de atenção domiciliar) e sete a 10 usuários do SUS (pacientes e/ou cuidadores atendidos pela atenção domiciliar). Para a condução do GF será utilizado um roteiro contendo algumas perguntas norteadoras cujo objetivo é obter o envolvimento e a fluidez na conversação. Ele fornecerá a base para que o moderador possa explorar, investigar e fazer perguntas, aumentando assim a abrangência dos dados e tornando a coleta das informações mais eficiente.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.581.327

No TCLE (TCLE.PDF) informa: "Sua participação consistirá em integrar um grupo focal, mediado por pesquisadores com experiência em pesquisa qualitativa, da Faculdade de Odontologia da UFMG. O grupo focal acontecerá de forma online ou presencial, em data e local previamente combinados com você, preferencialmente nos horários mais convenientes para os participantes do seu grupo. O encontro terá duração média de 50 minutos e outros encontros do grupo poderão ser agendados. A conversa será registrada por meio da gravação de áudio (no caso dos encontros presenciais) e vídeo (no caso dos encontros online) para posterior transcrição e análise. O roteiro para realização do grupo focal foi elaborado contendo perguntas norteadoras que serão utilizadas pelo moderador, de acordo com o grupo de participantes: Qual a sua percepção sobre o atendimento odontológico na atenção domiciliar? Como você compreende a atuação da equipe de saúde bucal no cuidado domiciliar? Na sua rotina de trabalho, algum paciente acamado já necessitou ou necessita de atendimento odontológico? Como é a demanda para esse tipo de atendimento em suas unidades? Quais as contribuições as equipes de saúde bucal podem oferecer aos pacientes sob cuidado domiciliar? Quais as contribuições de um protocolo para direcionar o trabalho da equipe de saúde bucal durante os atendimentos em domicílio?"

Objetivo da Pesquisa:

Na Plataforma Brasil (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1943716.pdf) estão apresentados:

"Objetivo Primário: Elaborar um protocolo de atendimento odontológico na atenção domiciliar para o município de Divinópolis, MG

Objetivo Secundário:

• Analisar as taxas de visitas domiciliares realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde dos municípios brasileiros, de 2016

a 2020. • Comparar a taxa de visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde bucal de acordo com o IDH e o índice de Gini dos municípios. • Analisar se existe associação entre a cobertura da atenção primária a saúde e de saúde bucal dos municípios com a taxa de visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde bucal."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No TCLE (TCLE.PDF) descreve: "Os riscos do estudo envolvem a geração de algum constrangimento em relação à sua participação no grupo focal, como por exemplo: vergonha de expressar sua opinião na frente dos outros participantes, receio de ser julgado pela opinião emitida. Para minimizar estes riscos, o moderador mediará o encontro de forma cuidadosa, buscando orientar os participantes para que fiquem à vontade para se expressarem e reforçando que toda opinião é importante para o estudo, não havendo respostas certas ou erradas. Mesmo assim, caso você

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 *í* 2º. Andar *í* Sala 2005 *í* Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.581.327

sinta-se incomodado (a) ou preocupado (a) durante o grupo, basta parar de responder e interromper a sua participação, pois você tem total liberdade de não responder alguma questão, assim como abandonar o estudo a qualquer momento. Ao participar desse estudo você não receberá pagamento e nem terá qualquer tipo de despesa. Esperamos que este estudo gere informações importantes que contribuam com a melhoria dos serviços de saúde bucal do município e sua avaliação, e consequentemente favoreça à saúde e bem estar da população."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Hipótese do estudo: "Existe diferença nos valores das taxas de visitas domiciliares realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde entre os municípios brasileiros- A elaboração de um protocolo de atendimento odontológico na atenção domiciliar irá contribuir com o aumento das taxas de visitas domiciliares realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde no município de Divinópolis, MG"

Pesquisa com financiamento próprio, com orçamento previsto de R\$ 4.100,00.

Previsão dos grupos focais: 01/08/2022 a 30/09/2022. Os grupos focais poderão ser iniciados somente após a aprovação deste CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta_resposta_ao_parecer_assinado.pdf: Resposta a este CEP, Número do Parecer: 5.508.292, de 04 de Julho de 2022.

Termo_de_Anuencia.pdf: Apresentado o termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprova-se a pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 5.581.327

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1943716.pdf	22/07/2022 12:01:05		Aceito
Outros	Carta_resposta_ao_parecer_assinado.pdf	22/07/2022 12:00:39	LOLIZA CHALUB LUIZ FIGUEIREDO HOURI	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia.pdf	22/07/2022 12:00:21	LOLIZA CHALUB LUIZ FIGUEIREDO HOURI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/07/2022 11:58:06	LOLIZA CHALUB LUIZ FIGUEIREDO HOURI	Aceito
Outros	Parecer_JESSICA_CAROLINA_SILVA_assinado.pdf	16/05/2022 14:21:36	LOLIZA CHALUB LUIZ FIGUEIREDO HOURI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestradoPB.pdf	15/05/2022 11:40:07	Jéssica Carolina da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_para_assinatura_Diretora_Denise_assinado.pdf	11/05/2022 17:51:23	LOLIZA CHALUB LUIZ FIGUEIREDO HOURI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 15 de Agosto de 2022

Assinado por:
Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B - Comprovante de submissão de artigo

ScholarOne Manuscripts https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo

 Saúde e Sociedade

 Home

 Author

Submission Confirmation Print

Thank you for your submission

Submitted to
Saúde e Sociedade

Manuscript ID
SAUSOC-2023-0544

Title
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES EM SAÚDE BUCAL: uma abordagem qualitativa por meio de grupos focais

Authors
Silva, Jéssica
Coimbra, Luísa
Moraes, Sofia
Monteiro, Ana Laura
Senna, Maria Inês
Chalub, Loliza

Date Submitted
17-Aug-2023

Author Dashboard

1 of 2 17/08/2023, 18:03

ANEXO C - Instruções aos autores e diretrizes para apresentação de manuscritos da Revista Saúde e Sociedade

1 Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. O número máximo de palavras, sempre incluindo ilustrações e referências bibliográficas, é de sete mil, exceto para os comentários cujo limite é de mil palavras.

2 Estrutura

2.1 Folha de rosto

Nome(s) do(s) autor(es): todos devem informar a afiliação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência também deve informar seu endereço completo (rua, cidade, CEP, estado, país). Contribuições dos autores e informações sobre o financiamento também devem constar na folha de rosto, que deverá ser submetida em arquivo separado como FILE NOT FOR REVIEW.

2.2 Manuscrito (documento principal)

Título: Até 50 palavras. Conciso e informativo. Na língua original e em inglês.

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com até 200 palavras, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua original e em inglês (abstract). Mesmo não sendo incluídos na contagem de palavras, o Resumo e o Abstract devem estar presentes no arquivo do artigo.

Palavras-chave: Até 5 palavras-chaves, na língua original e em inglês, apresentadas após o resumo.

2.3 Ilustrações

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura.

Todas as ilustrações devem ser submetidas como arquivos separados do manuscrito (documento principal). Imagens que podem identificar os autores devem ser submetidas como FILE NOT FOR REVIEW.

Citações no texto: Devem seguir o padrão ABNT, não podendo ser substituídas por numeração.

2.4 Citações e referências

As citações no texto devem seguir o padrão ABNT, seguindo o sistema autor-data.

Os autores são responsáveis pela exatidão das citações e referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos:

2.4.1 Livro

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). Saúde global. São Paulo: Manole, 2014.

2.4.2 Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. Violência e criança. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

2.4.3 Artigo de Periódico

BASTOS, W. et al. Epidemia de fitness. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2013.

2.4.4 Tese

SANTOS, A. L. D. dos. Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil) -Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

2.4.5 Documento on-line

WHO GLOBAL MALARIA PROGRAMME. World malaria report: 2010. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariareport2010.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2011. **Legislação (Lei, Portaria etc.)**

2.4.6 Versão impressa

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p. 13.

2.4.7 Versão eletrônica

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

2.4.8 Artigo ou matéria de jornal

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. Folha de S. Paulo, São Paulo, 15 out. 2010. Equilíbrio e Saúde, p. 14.

Trabalho apresentado em evento (congresso, simpósio, seminário etc.)**2.4.9 Versão impressa**

COUTO, M. T.; SOTT, R. P. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. Livro de resumos... São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100.

Versão eletrônica

CARVALHO, C. A. Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST/AIDS, 4., 2001, Cuiabá. Anais... Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 71-72. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/public007.pdf>>. Acesso em: 18 ago.2006.