

# INSTRUMENTOS DE VISITA DOMICILIAR: ABORDAGEM DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Instruments for Home Visits: the Family Health Strategy Dental Care Approach

Giuliane Andrade Ferraz<sup>1</sup>, Isabel Cristina Gonçalves Leite<sup>2</sup>

## RESUMO

Este artigo discute instrumentos de visita domiciliar de um membro da equipe da Estratégia Saúde da Família, o cirurgião-dentista, enquanto importantes protocolos de trabalho que permitem um atendimento mais individualizado, e melhor conhecimento das condições de saúde e de vida do usuário, em termos socioeconômicos e familiares. Na organização do serviço da Equipe de Saúde Bucal, surgiu a necessidade de elaboração desses protocolos, que servissem como referência e padronização de condutas clínicas no atendimento domiciliar ao usuário, além da reunião de informações sobre a ação desenvolvida. Evidenciou-se a necessidade de sistematização da visita domiciliar por parte do cirurgião-dentista, para o estabelecimento de um diagnóstico mais preciso da situação de saúde bucal da população da área de cobertura da Unidade de Atenção Primária à Saúde e, conseqüentemente, para reduzir o estoque de necessidades acumuladas em agravos bucais desses usuários.

**PALAVRAS-CHAVE:** Visita Domiciliar; Estratégia Saúde da Família; Odontologia Comunitária.

## ABSTRACT

This article discusses the home visit instruments of a Family Health Strategy team member, the dentist, as important medical protocols that allow for more individualized care and better knowledge of the patient's health and living conditions, in socioeconomic and familial terms. In the organization of the Oral Health Team service, the need arose to compile these protocols to serve as a reference and standardization of clinical practices for providing patient care at home, in addition to gathering information on the actions developed. There was a conclusive need for systematization of home visits by the dentist to establish a more accurate diagnosis of the oral health status of the population in the coverage area of the Primary Health Care Unit, and consequently, to reduce the backlog in attending to these patients' dental problems.

**KEYWORDS:** Home Visit; Family Health Strategy; Community Dentistry.

---

<sup>1</sup> Cirurgiã-Dentista residente em Saúde da Família, Especialista em Periodontia. Universidade Federal de Juiz de Fora, residência multiprofissional em Saúde da Família.

<sup>2</sup> Cirurgiã-Dentista, Doutora em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. E-mail: isabel.leite@uff.edu.br.

## INTRODUÇÃO

O grande avanço e, ao mesmo tempo, um desafio para a Saúde Pública no Brasil foi a sua reestruturação com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988. O fracasso do modelo assistencial biomédico, predominante até o momento, provocou mudanças emergenciais nas políticas públicas de saúde, com transformações do processo de trabalho em saúde. Em 1994, para consolidar o SUS, o Ministério da Saúde apresentou o Programa de Saúde da Família (PSF), tendo a atenção básica como porta de entrada do cidadão no sistema de saúde. Pautado em delimitação de território de atuação, com mapeamento da área adstrita, o PSF tem o objetivo de desenvolver ações baseadas em critérios de risco à saúde, ampliando a prática do cuidado familiar. Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), em vez de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A ESF é uma estratégia de reorganização da atenção primária contínua e conta com atividades programáticas e avaliações periódicas.

A ESF sinalizou para uma mudança no foco da atenção, que passou a ser a família, assistida no seu espaço social (área adstrita), com suas peculiaridades, por uma equipe multidisciplinar, visando práticas mais resolutivas e integrativas, tendo a epidemiologia como eixo estruturante das ações coletivas.<sup>1</sup> O fato da Odontologia não estar incluída nesse primeiro momento, aparece como um contrassenso, pois preconizou ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde, mas não incluiu ações de saúde bucal, como se não fizesse parte da saúde como um todo, atuando de forma paralela aos demais serviços de saúde.

Com a sistematização do seu trabalho cotidiano de forma integrada às equipes de saúde da família, a saúde bucal ganhou destaque com ações que contribuíram para a qualificação da atenção básica e, conseguiu reconhecimento junto ao Ministério da Saúde, que publicou a Portaria MS/GM nº 1.444 de 2000,<sup>2</sup> na qual estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção em saúde bucal, por meio da ESF.

Uma importante ferramenta de trabalho usada pela Equipe da ESF é a visita domiciliar (VD), que permite estabelecer vínculos com os usuários, conhecer a realidade da comunidade e compreender a dinâmica das relações familiares. Há também o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde, com acompanhamento das famílias, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.<sup>3</sup> Na esfera do processo de trabalho das equipes, é necessário planejar, exe-

cutar e registrar dados e avaliações dessa ação de cuidado.

No contexto da inserção da primeira turma de Odontologia, em uma residência multidisciplinar em Saúde da Família, na região sudeste do país, em um município polo de assistência macrorregional sem a inclusão oficial dessa categoria na Estratégia Saúde da Família local, surgiu a necessidade de elaboração de protocolos de instrumentos de visitas domiciliares da equipe de saúde bucal. Esses protocolos servem como base e normatização de condutas clínicas no atendimento ao usuário, além de servirem de embasamento para compilação de dados sobre a ação programática Visita Domiciliar da equipe de saúde bucal.

## DESENVOLVIMENTO

Barbara Starfield<sup>4</sup> considera a Atenção Primária a porta de entrada do indivíduo para o sistema de serviços de saúde, e tem o princípio da longitudinalidade como característica central desse nível assistencial. A continuidade do cuidado permite que o usuário estabeleça uma relação de vínculo com o serviço de saúde ao longo do tempo, caracterizada pela responsabilidade do profissional de saúde e confiança por parte do paciente, de modo que as demandas emergentes sejam atendidas de forma mais eficiente. Para atender a esse princípio, é necessário o entendimento do processo saúde-doença e ciência das diferentes abordagens para cada indivíduo, com o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional para o usuário.

Baratieri e Marcon<sup>5</sup> & Souza<sup>6</sup> descrevem que a visita domiciliar, importante instrumento de operacionalização da assistência domiciliar pela Equipe de ESF, atende ao princípio da longitudinalidade, à medida em que reduz rupturas no cuidado prestado ao paciente ao mediar o contato entre os profissionais da Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) e o indivíduo, em seu próprio domicílio. Bourget<sup>7</sup> delinea que os cuidados domiciliares em saúde bucal envolvem ações de promoção e prevenção à saúde e verificação das condições de saúde bucal desses indivíduos, e constatada a necessidade de tratamento odontológico, o encaminhamento para o nível assistencial adequado. Dessa forma, a elaboração de formulários específicos para a atenção domiciliar em saúde bucal possibilita o acolhimento, a autonomia e a resolubilidade do que se apresenta.

A assistência domiciliar visa suprir as demandas dos usuários que estejam impossibilitados, temporária ou permanentemente de procurarem a UAPS, não sendo específica de uma patologia concreta e nem de nenhum grupo de idade. Sua indicação vem embasada pela avaliação do risco familiar, por meio da identificação de exposição a fatores prejudiciais à saúde que possam vir a causar agravos

de ordem física, psicológica ou social.<sup>6</sup>

Sendo assim, pautados em ações de vigilância em saúde, que buscam ampliar a prática do cuidado familiar, foram eleitos três grupos para desfrutarem dessa atenção domiciliar: Pacientes com Necessidades Especiais (PNEs); Acamados e Puérperas /Recém-nascidos (RN).

### Paciente com necessidade especial

Pacientes com necessidades especiais (PNEs) são indivíduos que apresentam uma alteração ou condição, simples ou complexa, momentânea ou permanente, de etiologia biológica, física, mental, social e/ou comportamental, que requer uma abordagem especial, multiprofissional e um protocolo específico.<sup>8</sup> Sendo assim, PNE é todo aquele que apresenta uma complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social, que gere limitação ou incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Enquadra-se nesse quesito, os pacientes com necessidades transitórias, com algum problema de saúde com repercussão na boca e estruturas anexas. Para Guedes-Pinto,<sup>9</sup> paciente especial é todo indivíduo que necessita de cuidados especiais por tempo indeterminado ou por parte de sua vida, e seu tratamento odontológico depende da eliminação e controle das dificuldades existentes em função de uma limitação, seja na área emocional, cognitiva ou comportamental. São classificados de acordo com as áreas comprometidas pela patologia presente. É, portanto, de suma importância para o profissional conhecer essas patologias para o sucesso do tratamento.

Apesar de dores e infecções bucais terem o potencial de agravar a condição sistêmica do paciente com deficiência, infelizmente a saúde bucal ainda é vista com baixa prioridade quando comparada aos demais cuidados médicos dedicados a esses indivíduos.<sup>10</sup>

O preenchimento do instrumento de intervenção domiciliar em saúde bucal para o PNE (ver Apêndice A) tem início pela identificação (endereço do domicílio, telefone de contato, nome e data de nascimento) do paciente e seu cuidador direto. Em seguida, é realizada uma anamnese orientada com os pais ou responsáveis, a fim de obter informações sobre o estado de saúde geral do usuário e seu grau de cooperação. Essa entrevista esclarecerá quanto ao manejo e adequação do paciente, a conduta dos profissionais e guiará a terapêutica e cuidados a serem adotados durante a intervenção odontológica.

Uma vez observada uma condição ou doença sistêmica, o profissional deve direcionar a avaliação, identificando as peculiaridades que podem interferir no tratamento. A pesquisa dos sinais e sintomas clínicos da doença com-

plementam a anamnese e, assim, auxiliam na determinação do diagnóstico, conforme descrito em Campos et al.<sup>8</sup>

A história fisiológica pregressa deve considerar o diagnóstico médico, as condições de saúde no momento, agravos associados, limitações e capacidades individuais. Além disso, perguntas específicas a respeito de locomoção, déficit motor, tipo de comunicação (verbal, ausente, gestual etc.), nível de compreensão, comportamento (tranquilo, agressivo, cooperativo etc.), uso de medicações (muitas delas associadas à xerostomia, hiperplasia e sangramento gengival), alergias, hábitos de higiene bucal (dependência, frequência), informações sobre último tratamento odontológico consolidam dados para traçar o perfil desse usuário.

Essa abordagem da saúde bucal também deve considerar os hábitos alimentares (dieta pastosa e/ou rica em carboidratos, alimentação enteral ou nasogástrica) para uma eficiente orientação de higienização bucal. É sabido que o PNE, por apresentar níveis baixos de resistência orgânica, é sujeito à disseminação de infecções decorrentes de sua má condição bucal, sendo importante o trabalho preventivo educacional realizado pela equipe de saúde bucal e os ensinamentos ministrados aos cuidadores desse paciente.<sup>11</sup> Nesse caso, cabe destacar que se o usuário for capaz de realizar sua própria higienização, adaptadores no cabo das escovas, adaptadores de fio dental e escovas elétricas podem ser elementos facilitadores. Campos et al.<sup>8</sup> indicam a adaptação dos instrumentos para limpeza bucal (por exemplo, escovas dentais com cabos mais calibrosos), buscando adequá-los às limitações do paciente. Quando o usuário depender de auxílio para executar essa tarefa, é necessária uma orientação ao cuidador direto, individualizada e adequada a cada paciente, tendo em vista as peculiaridades de cada patologia, considerando todas as barreiras/limitações. Uma característica muito comum a PNE são os hábitos deletérios, como movimentos involuntários, cerramento da boca e reflexo de engasgar, que dificultam alguns cuidados básicos de saúde. Campos et al.<sup>8</sup> sugerem que para minimizar os movimentos involuntários da mandíbula, pode-se eleger um abridor de boca.

A assistência odontológica inclui também a avaliação da cavidade bucal, quando possível (dependente da cooperação do paciente) e o estudo de exames complementares, se existirem.

A queixa da família e/ou usuário é um dos critérios para a conduta clínica do profissional.

Durante a anamnese, alguns riscos podem ser levantados, dentre eles, socioeconômicos, ambiental e nutricional. No caso dos riscos *socioeconômicos*, relaciona-se o grau de escolaridade do paciente e/ou cuidador ao grau de entendimento da importância da manutenção da saúde

bucal. A baixa escolaridade pode favorecer a não adesão ao plano terapêutico pela dificuldade para ler e entender a prescrição, aumentando, assim, os riscos à saúde. Além disso, o baixo nível de escolaridade pode limitar o acesso às informações, provavelmente em razão do comprometimento das habilidades de leitura, escrita e fala, bem como à compreensão dos complexos mecanismos da doença e do tratamento.<sup>12</sup>

Quanto ao risco *ambiental*, quando detectada a ausência de saneamento básico, tal fato prejudica os cuidados básicos de saúde, entre eles a higienização bucal. Guimarães et al.<sup>13</sup> ratificam a Organização Mundial de Saúde (OMS) quando indicam que saneamento é o controle de todos os fatores do meio físico do homem que exercem ou podem exercer efeito deletério sobre o seu bem estar físico, mental ou social. Seu objetivo maior é a promoção da saúde do homem, pois muitas doenças podem proliferar devido à carência de medidas de saneamento. Considera-se também falta de acesso ou espaço físico inadequado da moradia um risco ambiental, porque impedem ou dificultam o trânsito do paciente com limitações motoras e até mesmo da equipe de profissionais de saúde que forem realizar a VD. Kebian e Acioli<sup>14</sup> delinham que alguns locais são altos e/ou não possuem calçamento, dificultando o acesso dos profissionais da equipe de saúde responsáveis pela VD, principalmente em dias chuvosos. Às vezes, é necessário esperar alguns dias para ter acesso novamente à área, ocasionando dias de trabalho sem realizar a visita domiciliar. Segundo Acurcio e Guimarães,<sup>15</sup> acessibilidade seria a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. A acessibilidade é de grande importância para toda a sociedade, e está relacionada com condições viáveis de mobilidade disponíveis e a oportunidade de acesso oferecida aos indivíduos, tanto para pessoas que não têm uma deficiência física ou para indivíduos que tenham alguma limitação. Silva et al.<sup>16</sup> apresentam que a limitação da mobilidade traz consigo o enfrentamento de obstáculos, que vão desde barreiras sociais até barreiras físicas do ambiente, que são chamadas de barreiras arquitetônicas. A presença desses bloqueios impede o indivíduo de circular livremente pelos espaços. Esse contexto observado está de acordo com Silva et al.<sup>16</sup> que fazem uma exposição fundamental a respeito das barreiras arquitetônicas, colocando-as como os maiores obstáculos para a deficiência física para quem faz uso de cadeira de rodas, bengalas ou muletas para transportar-se para outro lugar. Acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade.<sup>17</sup>

No que se refere ao risco *nutricional*, elege-se a alimen-

tação hipo/hipercalórica, considerando-se que os PNE, frequentemente, recebem carinho em forma de alimentos açucarados, possuem uma alimentação mais pastosa, usam mamadeira por mais tempo, apresentam deglutição atípica e utilizam medicamentos, contendo em sua composição, a sacarose ou que podem causar xerostomia (diminuição de saliva) conforme relato de Guimarães e Gradella.<sup>11</sup> Campos et al.<sup>8</sup> instruem sobre a dieta, que deverá ser nutritiva, restringindo-se o consumo de açúcares e alimentos pastosos. As refeições devem seguir horários corretos e os medicamentos que possuam açúcar devem ser administrados junto delas, salvo com contraindicação médica. Além disso, dietas hipercalóricas estão associadas ao excesso de carboidratos e açúcares, o que aumenta a prevalência de cáries.

Depois de concluída a anamnese, serão feitas as intervenções odontológicas necessárias, iniciando pela orientação sobre saúde bucal, que inclui: instrução de higiene bucal adequada; uso de instrumentos facilitadores; prescrição medicamentosa, se necessário; orientação da dieta; remoção de hábitos deletérios. Campos et al.<sup>8</sup> orientam quanto à higiene, que deve ser realizada após as refeições. Se necessário, pode-se utilizar escovas com adaptadores, dedeiras e passa-fio; indicar a escova elétrica para pacientes com falta de coordenação motora, por facilitar a remoção da placa bacteriana, bem como por ser um importante fator de motivação para o paciente. Campos et al.<sup>8</sup> recomendam que o tratamento seja realizado em uma interação multiprofissional, destacando-se o intercâmbio do cirurgião-dentista (CD) com fonoaudiólogo (o qual atua na resolução de problemas de deglutição, fala e comunicação dos pacientes com paralisia cerebral, por exemplo) e com o médico assistente do paciente para maiores esclarecimentos, troca de informações e ajuste de conduta (terapêutica ou medicamentosa) em benefício do assistido. Deverá ser encaminhado para atendimento em nível assistencial adequado (Unidades Básicas de Saúde (UBS); empresas e instituições, que prestam atendimento odontológico, associadas à prefeitura local; centro de especialidades odontológicas; centros especializados no atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais), se identificada a demanda de tratamento odontológico. O tratamento sob anestesia geral em ambiente hospitalar é o mais recomendado quando não for conseguido o condicionamento do paciente para atendimento ambulatorial.<sup>8</sup>

### **Puérpera e recém-nascido**

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato (puerpério) é fundamental para a saúde materna e neonatal. Recomenda-se uma visita domiciliar

na primeira semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta.<sup>18</sup>

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos.<sup>19</sup> Santos Neto et al.<sup>20</sup> descrevem que o acolhimento materno e do RN, com enfoque de saúde bucal, tem como objetivos: associar doenças bucais e desfechos negativos na gestação, tais como, mortalidade perinatal, prematuridade e/ou baixo peso ao nascer e pré-eclâmpsia; estimular a amamentação através de esclarecimentos sobre sua importância; identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las (hábitos deletérios orais, por exemplo); orientar sobre saúde bucal neonatal.

A oportunidade de visita domiciliar à puérpera e ao neonato é um momento ímpar de disseminação de informações, práticas preventivas em saúde, intervenções que impeçam o surgimento de hábitos deletérios orais e doenças bucais, bem como empoderamento individual, via educação em saúde, estabelecimento de vínculos e autonomia materna e infantil.

O preenchimento do instrumento de intervenção domiciliar em saúde bucal para a Puérpera e o recém-nascido (RN) tem início pela identificação de ambos (endereço do domicílio, telefone de contato, nome e data de nascimento) e do auxiliar nos cuidados com o RN.

As intercorrências no período gestacional e no momento do parto são importantes para a cooptação de possíveis agravos. Gomes Filho et al.<sup>21</sup> sugerem que condições econômicas desfavoráveis, atenção pré-natal inadequada, estado nutricional materno, tabagismo, presença de infecção, parto prematuro, hipóxia, diabetes, hipertensão em sinergia com injúrias bucais (salientando a doença periodontal) têm relevância na morbimortalidade neonatal. Dieta imprópria e uso indiscriminado de medicações podem acarretar danos de visualização tardia no bebê, como alterações na dentição decídua e/ou permanente (por exemplo, o uso de tetraciclina pela gestante).

No parto a fórceps, o bebê pode sofrer marcas faciais, hematomas, edema excessivo ou prolongado ao redor da cabeça, lacerações faciais e arranhões. Sérios riscos incluem fratura de crânio, danos aos músculos faciais do bebê, o que pode resultar em paralisia facial, abscesso de couro cabeludo e hemorragia intracraniana.<sup>22</sup>

No inquérito da puérpera, é importante considerar o tipo de dieta adotada, utilização ou não de medicação, hábitos de higiene bucal, queixa clínica e identificação de possível demanda de tratamento odontológico. É importante orientar a puérpera sobre um medicamento muito

empregado na gravidez e que geralmente seu uso perdura até o terceiro mês pós-parto, o sulfato ferroso que, em soluções orais, pode manchar os dentes. Mathias et al.<sup>23</sup> mencionam que um dos efeitos colaterais do tratamento com sulfato ferroso é o aparecimento de pigmentações extrínsecas de cor negra nas superfícies dos dentes, comprometendo a estética. Correia e Silveira<sup>24</sup> citam que a puérpera representa a saúde bucal como estética e não reconhece adequadamente a relação entre saúde bucal e condições sistêmicas, o que pode gerar um autocuidado inadequado. Essa percepção incorreta perpassa a gestação, quando o medo associado ao total desconhecimento do assunto e a cultura popular enfatizam que não é seguro o tratamento odontológico nessa etapa e que há um enfraquecimento dos dentes da mãe, porque o feto retira cálcio deles. Hábitos de higiene bucal deficientes associados à dieta cariogênica são vetores de transmissão de doença ao RN, o que remete ao imediato ingresso dessa puérpera no serviço de saúde para uma assistência odontológica de qualidade e humanizada que faltou em seu período gestacional.

Na anamnese do RN (ver Apêndice B), dirigida à mãe ou ao responsável pelos cuidados, investiga-se o peso para possíveis associações de injúrias bucais e prematuridade e, medicações, para se prever prováveis alterações na dentição. A sensibilização da gestante para o aleitamento materno que, além de todos os benefícios para o desenvolvimento do bebê, tem papel importante na prevenção de distúrbios ortodônticos, não pode ser abandonada. Ao amamentar, a criança exercita todo o sistema estomatognático, promovendo a instalação da respiração nasal, crescimento harmônico da face e consequente desenvolvimento adequado da oclusão, fala e deglutição.<sup>25</sup> Além disso, por não oferecer excesso de leite, a amamentação possibilita que a satisfação alimentar seja atingida juntamente com a saciedade do prazer oferecido pela sucção, tornando desnecessários os hábitos de sucção adicionais que são deletérios. Em caso de impossibilidade de amamentação, deve ser oferecido o copo, ou mamadeira com bico de furo pequeno para estimular a sucção.<sup>25</sup> A higiene da cavidade bucal do RN deve ser feita, utilizando-se fralda ou pano de boca limpos embebidos em água filtrada, após cada mamada e/ou ingesta de medicação. O exame físico deve contemplar toda a área de cabeça e pescoço e uma minuciosa análise da cavidade bucal, com palpação de rebordo para identificação de possíveis dentes natais e neonatais, cistos de lâmina dentária, nódulos de Bohn e pérolas de Epstein, identificação de fissura labial e/ou palatal e outras comorbidades associadas.

Nesse grupo, a anamnese também deve abordar riscos socioeconômicos, ambiental, nutricional, além do bioló-

gico, pelos mesmos fatores já descritos sobre os pacientes com necessidades especiais. Os riscos *socioeconômicos* relacionam o grau de escolaridade materna e sua renda ao grau de entendimento da importância da saúde bucal dela própria e do RN. Santos Neto et al.<sup>20</sup> sugerem que a condição bucal pode interferir na qualidade de vida, desde que percepções subjetivas relacionadas à boca limitem a capacidade plena das atividades cotidianas em alguma dimensão da vida. O fato de não ter acesso à água fluoretada pode, futuramente, vir acarretar alto índice de cárie, o que configura risco ambiental. A implantação da fluoretação da água de abastecimento é também uma medida de promoção à saúde, pois contribui para um meio ambiente que conduza à saúde.<sup>26</sup> Quanto ao risco *nutricional* avaliado nessa visita, o mesmo se associa com o desmame precoce e/ou aleitamento misto com prejuízo do desenvolvimento craniofacial, além de agravos secundários como deglutição atípica, má-oclusão, dificuldades de fonação e maior predisposição ao surgimento de doenças.<sup>26</sup> A avaliação do risco *biológico* é pautada no baixo peso ao nascer, na prematuridade e malformação congênita. Gomes Filho et al.<sup>21</sup> debatem acerca de a saúde do RN estar diretamente relacionada aos acontecimentos do período pré-natal, aos riscos a que a puérpera foi submetida, como infecção periodontal, exposição a radiações, gravidez em idades extremas. Interagindo sinergicamente com alguns desses fatores de risco, a doença periodontal poderia induzir nascimentos prematuros, uma vez que, segundo alguns estudiosos, a periodontite atuaria como um reservatório de bactérias e mediadores inflamatórios que levariam à irritação do útero grávido e conseqüente estimulação das contrações uterinas, bem como rompimento precoce da membrana, responsáveis pelo parto pré-termo.<sup>21</sup> Gestantes com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos apresentam maiores riscos, uma vez que a mortalidade fetal e a neonatal, assim como as malformações congênitas, são mais frequentes nessas faixas etárias.<sup>26</sup>

Depois de concluída a anamnese, serão feitas as intervenções odontológicas necessárias, iniciando pela orientação sobre saúde bucal, que inclui instrução de higiene bucal adequada da puérpera e do RN; uso de instrumentos facilitadores; prescrição medicamentosa, se necessário; orientação da dieta; remoção de hábitos deletérios do bebê e posturas incorretas. O hábito de dormir com a mão, braço ou almofadas sob o rosto provoca uma compressão desigual que pode ocasionar um crescimento assimétrico da face.<sup>26</sup> Hábitos de sucção constituem princípio de alterações importantes na morfologia do palato duro, no posicionamento dos dentes e na movimentação da língua, com alterações musculares periorais e fonoarticulatórias, fato que traz uma probabilidade aumentada para o

desenvolvimento de mordida aberta, mordida cruzada e de distúrbios da motricidade orofacial. O uso prolongado de hábitos orais deletérios (sucção prolongada da chupeta e dedo, onicofagia e uso prolongado da mamadeira) está associado à etiologia de más oclusões, podendo influenciar no equilíbrio das forças que agem naturalmente na cavidade oral. Essa força negativa é um fator para o mau desenvolvimento da musculatura do aparelho estomatognático e estruturas dentárias.<sup>26</sup> Por uma questão de higiene, os objetos do bebê (colher e copo, por exemplo) não devem ser colocados na boca de outras pessoas, devendo-se evitar soprar os alimentos (para esfriar) e beijar o bebê na boca. Como o sistema imunológico do bebê ainda não está maduro, esses cuidados evitam a transmissão de doenças.<sup>26</sup> É importante orientar para uma alimentação saudável, que não condiz com o consumo excessivo e frequente de açúcar, bem como não é indicado passar alimento rico em açúcar na chupeta do bebê.<sup>26</sup> Sempre que necessário, é importante entrar em contato com o médico assistente do paciente para maiores esclarecimentos, troca de informações e ajuste de conduta (terapêutica ou medicamentosa) em benefício do assistido. O encaminhamento para atendimento em nível assistencial adequado (UBS, empresas e instituições que prestam atendimento odontológico, associadas à prefeitura local, centro de especialidades odontológicas) será feito se identificada a demanda de tratamento odontológico.

### Acamado

Souza<sup>6</sup> descreve que paciente acamado é todo aquele indivíduo que necessita de cuidados em seu domicílio, e que apresenta uma limitação de movimentos e da capacidade funcional que gera empecilhos à mudança postural e ao deslocamento para a realização das atividades de vida diária. Silva et al.<sup>27</sup> descrevem que esse indivíduo experimenta alguma fragilidade, caracterizada por degenerescência e cronicidade, decorrente de doenças crônicas ou de outras patologias, que lhes ameaçam a integridade física, social e econômica, suscitando situações que necessitam da presença de outrem por longos períodos. Não é específico de uma patologia concreta, nem de nenhum grupo de idade, sendo que sua indicação de acompanhamento domiciliar vem determinada pelo grau de necessidade e/ou incapacidade do enfermo, priorizando os grupos mais vulneráveis. Segundo o *Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde*,<sup>28</sup> pacientes portadores de doença crônica que apresentem dependência física; pacientes em fase terminal; pacientes idosos, com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos; pacientes egressos do hospital, que necessitem acompanhamento por alguma

condição que os incapacitem a comparecer na UAPS; pacientes com outros problemas de saúde, incluindo doença mental, que determine dificuldades de locomoção ou adequação ao ambiente da Unidade de Saúde são considerados arquétipos de acamados.

A assistência domiciliar é um importante instrumento para prevenção de reinternações, abordagem de problemas recorrentes de saúde para egressos hospitalares e um conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado na terceira idade. O aumento da expectativa de vida, produto da evolução da medicina aliado à melhoria das condições higiênicas e sanitárias, não é acompanhado por recursos assistenciais básicos que apoiem esse progresso.<sup>29</sup> É imprescindível, portanto, que exista uma integração adequada com outros elementos e recursos que complementam a assistência, tais como hospitais dia, reabilitação e outros, formando uma linha de cuidado integral para a população adstrita.

O preenchimento do instrumento de intervenção domiciliar em saúde bucal para o acamado (ver Apêndice C) tem início pela identificação (endereço do domicílio, telefone de contato, nome e data de nascimento) do paciente e seu cuidador direto. Em seguida, é realizada uma anamnese orientada com os responsáveis ou o próprio paciente, a fim de obter informações sobre o estado de saúde geral do usuário e seu grau de colaboração. Essa entrevista esclarecerá quanto à manipulação, adequação do paciente e a conduta dos profissionais e guiará o tratamento e cuidados a serem adotados durante a intervenção odontológica. A manipulação relaciona-se ao cuidado direto com o paciente, como cuidados pessoais e assistenciais, enquanto a adequação é pautada pela adaptação do paciente a sua nova realidade, por exemplo, dependência para execução das atividades diárias.

O *Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde*<sup>28</sup> refere que o cuidador geralmente é um membro da família e, na maior parte das vezes, não possui formação técnica específica na área da saúde, mas pode ser habilitado pela equipe de saúde a realizar tarefas básicas ao nível do domicílio, auxiliando na recuperação da pessoa assistida. O importante é que as atribuições sejam definidas claramente entre equipe, família e cuidador, dentro de um processo continuado de trocas de saberes, poderes e responsabilidades. Ele se dispõe a assumir da melhor forma possível essa função, criando-se um vínculo de trabalho solidário, para alcançar o objetivo de manter/melhorar as condições de saúde e conforto do paciente.

A história médica progressiva deve contemplar o diagnóstico/prognóstico médico, as comorbidades associadas à(s) doença(s) de base, restrições e competências individuais; nível de percepção/compreensão da sua própria

saúde; alergias; uso de medicações; alterações fisiológicas pertinentes à idade (no caso de paciente ancião) e grau de dependência para as atividades diárias.

Ribeiro et al.<sup>30</sup> elucidam que, em indivíduos na fase de envelhecimento, há uma prevalência de doenças crônicas, de disfunções psicossociais e físicas e grande utilização de fármacos. Devido a essas considerações, é necessário que os cirurgiões-dentistas avaliem as condições de saúde bucal de seus pacientes idosos sob o olhar do interrelacionamento dessas com as condições de saúde geral e qualidade de vida do indivíduo. Silveira Neto et al.<sup>31</sup> ponderam que um dos principais critérios para se identificar um idoso saudável é a manutenção por toda a sua vida de sua dentição natural e funcional, incluindo os aspectos sociais e biológicos, tais como estética, conforto, habilidade para mastigar, sentir sabor e falar. Para os idosos, os problemas odontológicos são bem comuns, podendo ser relatados os seguintes: atrição dentária; perda dos dentes; atrofia do osso alveolar e osso basal; alterações na mucosa bucal, língua, glândulas salivares, articulação têmporo-mandibular, flora microbiana e incidência de neoplasias malignas. Contudo, o edentulismo ainda é o problema de saúde pública, do ponto de vista da saúde bucal, mais alarmante que acomete a população idosa do Brasil, fruto de uma política de saúde bucal que, no passado, era focada em práticas curativas e exodontias múltiplas, quando o paciente não tinha condições financeiras para pagar por uma terapêutica que não era ofertada pelo Estado. Nos dias atuais, o foco é a prevenção e a promoção da saúde, mas os serviços ainda não conseguem oferecer condições mínimas de reabilitação (próteses) ao paciente.

O enfoque da saúde bucal deve ponderar os hábitos alimentares (dieta hipo/hipercalórica, líquida ou pastosa, alimentação enteral ou nasogástrica); estilo de vida (tabagismo/etilismo); se o paciente é portador de refluxo gastroesofágico (muito comum em pacientes restritos ao leito na posição de decúbito dorsal, o que gera a ocorrência de erosões no esmalte dentário); uso de próteses; investigação minuciosa de todas as medicações usadas (alguns efeitos colaterais têm ação direta na dentição e periodonto); se a higienização bucal é feita de maneira adequada (pacientes que dormem sem ter realizado boa higiene bucal estão propensos a apresentar infecções das glândulas salivares –parotidite–, que se manifestam por febre baixa, inchaço da região com dor e mau hálito). A halitose é um sinal de que algo errado está ocorrendo e, por isso, deve ser convenientemente checado;<sup>32</sup> a necessidade de utilizar instrumentos facilitadores da higiene bucal (escovas elétricas, passa-fio tipo forquilha); grau de dependência para a realização dessa atividade e se é feita no leito do paciente. Quando o usuário depender de au-

xílio para executar essa tarefa, é necessária uma orientação ao cuidador direto, individualizada e adequada a cada paciente, levando em consideração todos os obstáculos. A assistência odontológica inclui também um minucioso exame clínico da cavidade bucal do paciente. Explicar sobre a importância do autoexame da boca para detectar possíveis lesões cancerígenas; higienização de próteses e orientar sobre a higienização bucal do paciente restrito ao leito (uso adaptado de baluarte para água em pacientes que têm o reflexo da deglutição ou uso de escova + pasta + cânula de sucção em pacientes que não tem esse reflexo).

A queixa da família e/ou usuário (estética e/ou função) é um dos critérios para a conduta clínica do profissional.

Durante a anamnese, riscos podem ser levantados, dos quais podemos destacar os socioeconômicos, ambiental, nutricional e biológico. Os riscos *socioeconômicos* revelam que o grau de escolaridade do paciente e/ou cuidador está diretamente relacionado ao grau de entendimento da importância da manutenção da saúde bucal. Para a população idosa e/ou portadora de alguma deficiência física ou mental, uma casa segura, com corrimões, barras de segurança, escadas adequadas, boa iluminação, entre outros, contribui para evitar acidentes domésticos que, muitas vezes, podem trazer graves riscos para os moradores como referido no site Rumo Sustentável.<sup>32</sup> O risco *nutricional* está baseado em uma dieta inadequada, que pode gerar o aparecimento de doenças. Os dados epidemiológicos atuais demonstram que nossa sociedade convive com os dois lados dessa questão: a carência - desnutrição, deficiência de iodo, hipovitaminose A, anemia ferropriva, osteoporose - e o excesso - sobrepeso e obesidade, hipertensão arterial, intolerância à glicose e Diabetes Mellitus, dislipidemias, diferentes tipos de câncer e doenças cardiovasculares.

Portanto, para o enfrentamento desses problemas, não há como desvincular a segurança alimentar e nutricional da busca pelo direito à alimentação adequada, segundo o Ministério da Saúde.<sup>19</sup> O risco *biológico* é motivado pelo uso incorreto de medicações e cuidados gerais com o paciente. O estado de saúde geral do paciente está densamente relacionado a sua saúde bucal, sendo assim, algumas medicações podem ter efeitos deletérios sobre a dentição e o periodonto e por isso necessitam de atenção na sua administração. Cuidados, como higienização bucal adequada e de próteses, quando presentes, auxiliam na melhoria da qualidade de vida do acamado. A atitude, entendida como predisposição à adoção de ações de autocuidado, pode ser ensinada e apreendida. Do mesmo modo, é influenciada por componentes cognitivos, motivacionais e emocionais. Seu poder presumido de influenciar a resposta do sujeito a um objeto tem determinado o interesse de diversos

pesquisadores por técnicas de mensuração com vistas à avaliação de mudanças atitudinais.<sup>12</sup>

Depois de concluída a anamnese, serão feitas as intervenções odontológicas necessárias que têm início pela orientação sobre saúde bucal, que inclui instruções de higiene bucal e de prótese adequadas; uso de instrumentos facilitadores; prescrição medicamentosa, se necessário; orientação da dieta; remoção de hábitos deletérios; uso de géis e saliva artificial para pacientes com xerostomia. Sempre que necessário, entrar em contato com o médico assistente do paciente para maiores esclarecimentos, troca de informações e ajuste de conduta (terapêutica ou medicamentosa) em benefício do assistido. Deve ser realizado encaminhamento para atendimento em nível assistencial adequado (UBS, empresas e instituições, que prestam atendimento odontológico, associadas à prefeitura local; centro de especialidades odontológicas; centro especializado no atendimento a pacientes com necessidades especiais), se identificada a demanda de tratamento odontológico.

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento de instrumentos de visitas domiciliares da equipe de saúde bucal da ESF foi motivado pela necessidade de criar protocolos para as condutas clínicas dos profissionais envolvidos e compilação de dados dessa ação programática, visando destacar os cuidados em saúde bucal como parte essencial da rotina da ESF.

Esses protocolos de intervenção estabelecem vínculo com o paciente assistido, através de monitoramento da evolução da saúde bucal, rompimento de barreiras e avanços nesse processo de construção da odontologia na ESF, em que ainda predominam as práticas do modelo tradicional.

A manutenção dessa rotina é essencial para um diagnóstico mais preciso da situação de saúde bucal da população da área de abrangência da UAPS e consequentemente reduzir o estoque de necessidades acumuladas em agravos bucais desses pacientes vulneráveis.

## REFERÊNCIAS

1. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciênc. Saúde Coletiva. 2006 mar.; 11(1):53-61.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 dez. 2000, Nº 250E, Sec. 1, p.85.

3. Florianópolis (Santa Catarina). Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Desenvolvimento Institucional. Pré-protocolo de atenção domiciliar. Florianópolis: Prefeitura de Florianópolis; 2006.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
5. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2011 out./nov.; 15(4):802-10.
6. Souza DMM. A prática diária na estratégia saúde da família. Juiz de Fora: Ed. UFJF; 2011.
7. Bourget MMM (Organizadora). Programa Saúde da Família: saúde bucal. São Paulo: Martinari; 2006.
8. Campos CC, Frazão BB, Saddi GL, Morais LA, Ferreira MG, Setúbal PCO, Alcântara RT. Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2009.
9. Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. São Paulo: Santos; 1997.
10. Oliveira LGD, Natal S, Santos EM. Avaliação de implantação do programa de controle da tuberculose no município de Niterói/RJ. *Rev Bras Pneumol San*. 2007; 15(1):29-38.
11. Guimarães RL, Gradella CMF. Tratamento odontológico dos portadores de necessidades especiais [Internet]. jul. 2014 [citado 2014 ago. 24]. Disponível em: <<http://clinicaodontocenter.blogspot.com.br/2010/10/desmisticando-o-tratamento.html>>.
12. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(2):284-90.
13. Guimarães L, Carvalho DF, Silva LDB. Saneamento Básico. Seropédica: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro; 2007.
14. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletrônica Enferm*. [citado 2014 ago 25]; 16(1):161-9. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a19.pdf>>.
15. Acurcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cad Saúde Pública*. 1996, 12(2):233-42.
16. Silva NLF, Baret RS, Bacciotti SM. Deficiência física e barreiras arquitetônicas: reflexões sobre a prática da educação física escolar [trabalho de conclusão de curso]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2009. 15f.
17. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003 jan./fev.; 19(1):27-34.
18. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP; 2010.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
20. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Leal MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012 nov.; 17(11):3057-68.
21. Gomes-Filho IS, Cruz SS, Passos JS, Figueiredo ACMG, Souza LM. Avaliação prospectiva da periodontite materna e baixo peso ao nascer. *Periodontia*. 2009 dez.; 19(4):121-8.
22. Sharpe K. Risco do parto com fórceps [Internet]. c1999-2014 [citado 2014 ago 25]. Disponível em: <[http://www.ehow.com.br/risco-parto-forceps-info\\_152523/](http://www.ehow.com.br/risco-parto-forceps-info_152523/)>.
23. Mathias MF, Zanesco CBR, Sant'Anna GR, Duarte DA, Guaré RO. Anemia ferropriva e pigmentação dentária por sulfato ferroso: revisão de literatura e relato de casos clínicos. *UFES Rev Odontol*. 2008; 10(1):57-61.
24. Correia SMB, Silveira JLGC. Percepção da relação saúde bucal e parto prematuro entre membros da equipe de ESF e gestantes. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2011 jul./set.; 11(3):347-55.

25. Minas Gerais (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Manual: Atenção em Saúde Bucal. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2006.

26. Lenz MLM, Flores R (Organizadores); Ministério da Saúde (Brasil), Grupo Hospitalar Conceição; Gerência de Saúde Comunitária. Atenção à saúde da gestante em APS. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011.

27. Silva LWS, Araújo TC, Santos FF, Lima AA, Santos GB, Lima LV. A família na convivência com o idoso acamado no domicílio. Rev. Kairós. 2011; 14(3):75-87.

28. Lopes JMC (Organizador); Ministério da Saúde (Brasil), Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; 2003.

29. Alzheimer Med: informação & solidariedade; Sayeg N, editor [Internet]. Cuidados pessoais. c2004-2011 [citado 2014 ago. 25]. Disponível em: <<http://www.alzheimer-med.com.br/convivendo-com-o-paciente/cuidados-pessoais>>.

30. Ribeiro DG, Silva MM, Nogueira SS, Arioli Filho JN. A saúde bucal na terceira idade. Salusvita. 2009; 28(1):101-11.

31. Silveira Neto N, Luft LR, Trentin MS, Silva SO. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. RB-CEH. 2007 jan./jun.; 4(1):48-56.

32. Rumo Sustentável [Internet]. Falta de moradia adequada pode impactar na saúde e educação das famílias. c2014 [citado 2014 ago. 25]. Disponível em: <<http://www.rumosustentavel.com.br/falta-de-moradia-adequada-pode-impacta-na-saude-e-educacao-das-familias/>>.

---

Submissão: março de 2015.

Aprovação: novembro de 2015.

---

## APÊNDICE A - Anamnese para pacientes com necessidades especiais.

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
UAPS PARQUE GUARANI

INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO DOMICILIAR  
SAÚDE BUCAL

PNE

DATA: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PNE: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_

CUIDADORPNE: \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA FISIOLÓGICA PREGRESSA-PNE

NECESSIDADES ESPECIAIS: \_\_\_\_\_

HÁBITOS ALIMENTARES: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES EM USO: \_\_\_\_\_

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL: \_\_\_\_\_

HÁBITOS DELETÉRIOS: \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO E COMPLEMENTARES: \_\_\_\_\_

NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO: \_\_\_\_\_

QUEIXAS: \_\_\_\_\_

### RISCOS LEVANTADOS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ORIENTAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - Anamnese para puérpera e recém-nascidos.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
UAPS PARQUE GUARANI

INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO DOMICILIAR  
SAÚDE BUCAL

PUÉRPERA E RN

DATA: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME DA PUÉRPERA: \_\_\_\_\_  
DN: \_\_\_\_\_  
NOME DO RN: \_\_\_\_\_  
DN: \_\_\_\_\_  
AUXÍLIO NO CUIDADO DO RN: \_\_\_\_\_

**GESTAÇÃO/PARTO**

INTERCORRÊNCIA PRÉ-NATAL: \_\_\_\_\_  
TIPO DE PARTO: \_\_\_\_\_  
INTERCORRÊNCIA DURANTE O PARTO: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA FISIOLÓGICA-PUÉRPERA**

HÁBITOS ALIMENTARES: \_\_\_\_\_  
MEDICAÇÕES EM USO: \_\_\_\_\_  
HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL: \_\_\_\_\_  
NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO: \_\_\_\_\_  
QUEIXA: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA FISIOLÓGICA- RN**

PESO: \_\_\_\_\_ MEDICAÇÕES EM USO: \_\_\_\_\_  
AMAMENTAÇÃO: \_\_\_\_\_  
HÁBITOS DELETÉRIOS: \_\_\_\_\_  
HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL: \_\_\_\_\_  
EXAME FÍSICO: \_\_\_\_\_

**RISCOS LEVANTADOS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - Anamnese para pacientes acamados.

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
UAPS PARQUE GUARANI

INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO DOMICILIAR  
SAÚDE BUCAL

ACAMADO

DATA: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_

CUIDADOR DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA FISIOLÓGICA PREGRESSA

HISTÓRIA MÉDICA: \_\_\_\_\_

HÁBITOS ALIMENTARES: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES EM USO: \_\_\_\_\_

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL: \_\_\_\_\_

HÁBITOS DELETÉRIOS: \_\_\_\_\_

EXAMES FÍSICOS E COMPLEMENTARES: \_\_\_\_\_

NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO: \_\_\_\_\_

QUEIXAS: \_\_\_\_\_

RISCOS LEVANTADOS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ORIENTAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_