



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
RENATA MARQUES DA SILVA**

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO DOMICÍLIO
NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
REFLEXÕES A PARTIR DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE
LITERATURA**

Florianópolis
2016

RENATA MARQUES DA SILVA

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO DOMICÍLIO
NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
REFLEXÕES A PARTIR DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado como requisito para a
conclusão do curso de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família –
UFSC.

Orientadora: Daniela Lemos Carcereri.

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Marques da Silva, Renata
ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO DOMICÍLIO NO CONTEXTO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA
REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA / Renata Marques da
Silva ; orientadora, Daniela Lemos Carcereri -
Florianópolis, SC, 2016.
107 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de
Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Inclui referências

1.Saúde Coletiva, Odontologia, Residência
Multiprofissional. I. Lemos Carcereri, Daniela. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Residência
Multiprofissional em Saúde da Família. III. Título.

A comissão organizadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão de Residência

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO DOMICÍLIO
NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
REFLEXÕES A PARTIR DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE
LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de residente em Saúde da Família. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello – Presidente
Universidade Federal de Santa Catarina – Professora do Departamento
de Odontologia
Tutora do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da Silva – Membro
Secretaria Municipal de Saúde – Enfermeira

Ana Carolina Oliveira Peres
Universidade Federal de Santa Catarina – Doutoranda de Odontologia

AGRADECIMENTOS

A Deus, o Autor da Vida, pelas experiências maravilhosas que me proporcionou até aqui. Por manter meu coração motivado com sonhos muitas vezes maiores do que eu e ter indicado os caminhos que sozinha não conseguiria enxergar. Quem vive na Esperança não perde por esperar!

À minha família, que são o meu maior amor e sorte nessa vida. Vocês mais uma vez mudaram tudo por mim e isso me inspirou a dar o meu melhor. Quero honrar o amor e o cuidado de vocês comigo a cada dia. Obrigada pelo investimento e confiança em mim, nada disso seria possível sem o alicerce que vocês representam. Tudo isso é por vocês!

Aos meus amigos residentes, principalmente à Vanessa, Taymara, Letícia, Sibeli, Laura e Leo. Vocês são meu orgulho! Não só pelos profissionais que são, mas por quem são. Tive a grande oportunidade de dividir essa trajetória com vocês de uma maneira única e, certamente, inesquecível. A Casa Amarela vai ficar para sempre no meu imaginário... quantas discussões de equipe, cafés intermináveis, construções, conflitos, dificuldades, risadas, amizade... isso sim foi 'trabalho vivo'. O que construímos enquanto residentes e amigos não vai ruir, com certeza vai florescer! Vocês me ensinaram muito mais do que o sentido que as palavras podem carregar. Multi amor, nossas vivências foram tão bonitas que transcendem qualquer titulação. Vou sempre torcer por vocês! Cada um impregnou muito de si em quem eu me tornei hoje. GRATIDÃO!

À comunidade da Armação, por agregar tamanha riqueza de desafios e conquistas nessa caminhada. Por abrirem suas vidas, histórias, casas... confiando no nosso cuidado enquanto profissionais de saúde.

Aos grandes profissionais de saúde do Centro de Saúde da Armação, vocês ensinaram pelo exemplo e tornaram essa experiência profissional e de vida fundamental para seguir adiante. Obrigada especial à minha preceptora Rosangela Bressan, pela paciência e companheirismo ao longo da trajetória, por confiar no meu trabalho e me incentivar a ir além e a Greyce Teixeira, por me apoiar e tornar tudo mais alegre e colorido.

À orientadora Dani, pela paciência, compreensão e direcionamento, principalmente nos momentos de maior dificuldade. Verdadeiramente é uma referência, obrigada!

E por fim, à REMULTISF, pela oportunidade ímpar que foi essa experiência na minha formação profissional, obrigada pelo esforço em fazer o melhor possível nesse processo. Vou levar com orgulho essa bagagem de aprendizado coletivo.

Saúde, Família!

"Sinto o que disse Robert Frost num dos seus poemas ' duas trilhas bifurcavam num bosque de outono, e eu, viajante solitário, triste por não poder andar por ambos, por longo tempo fiquei lá olhando até onde desapareciam na folhagem. Duas trilhas num bosque se bifurcavam e eu - eu fui pela menos pisada, e isso fez toda a diferença..."

Rubem Alves

RESUMO

Atenção à saúde bucal no domicílio no contexto da Estratégia Saúde da Família: reflexões a partir de uma Revisão Integrativa de Literatura

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa, com o propósito de refletir sobre a atenção domiciliar no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) como parte da reorientação da atenção à saúde bucal, a partir do panorama da produção científica nacional. Os dados foram coletados nas bases Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Google Acadêmico, considerando o período entre 2005 a 2015. Os descritores utilizados para a coleta foram: visita domiciliar, visita domiciliária, assistência domiciliar, atenção domiciliar, cuidado domiciliar, atendimento domiciliar, atendimento domiciliar odontológico, associados individualmente ao descritor Saúde Bucal e, ainda, ao descritor Odontologia. De um total de 611 artigos, a amostra final contou com 51 artigos. Foram selecionados artigos originais, publicados em periódicos nacionais, disponíveis online na forma completa, e que abordassem as facetas da Atenção Domiciliar e sua intersecção com a atenção à Saúde Bucal. A partir da leitura completa e análise dos 51 estudos, emergiram quatro categorias temáticas: “Potencial pedagógico das Visitas Domiciliares na formação do cirurgião-dentista”, “Visita Domiciliar orientada às especificidades do cuidado em saúde”, “A Visita Domiciliar como prática em saúde bucal da equipe saúde da família e a possibilidade de vínculo com o usuário” e “O processo de trabalho do cirurgião-dentista da ESF na atividade de Visita Domiciliar”. Os resultados apontaram como potencialidades a contribuição da visita domiciliar no processo de formação dos acadêmicos de Odontologia, a criação de vínculo entre usuário e profissional de saúde favorecida nesse contexto, bem como a necessidade de utilizar tecnologias leves para isso. Essa proximidade com a realidade do usuário demonstrou potencial de produzir um plano de tratamento mais adequado e pactuado conjuntamente, com corresponsabilização, e contribuir para a autonomia do usuário. Além disso, o contexto desinstitucionalizado do domicílio pode potencializar a atuação interdisciplinar. Como fragilidades da atenção à saúde bucal no domicílio, notou-se que a periodicidade das visitas é baixa, geralmente sem planejamento e priorização pactuadas em equipe e o cirurgião-dentista (CD) ainda aparece isolado dos demais

profissionais. As dificuldades estruturais são a demanda excessiva e necessidade de infraestrutura, como transporte. A atenção em saúde bucal ainda tem muitos desafios para consolidar a atenção domiciliar como prática do CD. Simplesmente o fato de realizar ou não Visita Domiciliar não indica uma mudança no modelo de assistência. O domicílio é um território a ser conquistado pelo CD na ESF, fundamental na reorientação do novo modelo assistencial voltado para práticas que extrapolem o ambiente das unidades de saúde com um olhar atento para as demandas da população. Indica-se a necessidade de mais estudos que analisem, na prática, como está se dando a reorientação do modelo de atenção à saúde bucal na ESF no contexto do domicílio.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Saúde bucal; Atenção Domiciliar e Visita Domiciliar.

ABSTRACT

Oral health care at home in the context of the Family Health Program: reflections from an Integrative Literature Review

This is an integrative literature review, with a qualitative approach in order to reflect on home care in the context of the Family Health Strategy (ESF) as part of the reorientation of oral health care, from the panorama of scientific production national. Data were collected on the bases Lilacs (Latin American Literature in Health Sciences), SciELO (Scientific Electronic Library Online) and Google Scholar, considering the period from 2005 to 2015. The descriptors used for the searches were: home visits, home assistance, home care, home care, dental home care, individually associated with the descriptor Oral Health and also the descriptor Dentistry. Were found a total of 611 articles, the final sample consisted of 51 articles. Were selected original articles, published in national periodicals, available online in the complete form and that addressing facets of Home Care and its intersection with Oral Health Care. From the complete reading and analysis of 51 studies, four thematic categories emerged: "Pedagogical potential of home visitation in the formation of the dentist", "Home Visit oriented to health care specifics," "The Home Visit as practice of oral health of FHS Team and the possibility of connection with the user" and " Work process of FHS dentists in Home Visit." The results showed as potential contribution of home visits in the process of training of dental students, to create bonds between user and health care professional favored in this context as well as the need to use light technology for this. This proximity to the user's reality can produce a more suitable treatment plan and agreed jointly with co-responsibility, and contribute to user autonomy. In addition, the context outside the institution an inside the home can enhance the interdisciplinary approach. As weaknesses in oral health care at home, it was noted that the frequency of visits is low, usually without planning and prioritization agreed as a team, besides the dentist still appears isolated from other professionals. The structural problems are excessive demand and need for infrastructure, such as transportation. The oral health care still has many challenges to consolidate the home care as a dentist practice. Only make home visits does not indicate a change of model. The home is a territory to be conquered by the dentist in the FHS, the fundamental reorientation of the care model focused on practices that go beyond the basic health unit with a closer look at the

demands of the population. It indicates the need for further studies to analyze, in practice, as is giving the reorientation of the care model to oral health in the FHS in the home context.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Oral Health; Home care; and Home Visit.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AD – Atenção Domiciliar
CAPC – Crianças e Adolescentes com Paralisia Cerebral
CD – Cirurgião-Dentista
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CPO-D – Índice de Dentes Cariados Perdidos e Restaurados (Obturados)
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio
EqSF – Equipe Saúde da Família
EqAB – Equipe de Atenção Básica Tradicionais
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PADI – Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso
PSF - Programa de Saúde da Família
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PSF – Programa de Saúde da Família
RAS – Redes de Atenção em Saúde
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar
SB – Saúde Bucal
SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SUS – Sistema Único de Saúde
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

REMULTISF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
2.	MARCO CONTEXTUAL	19
	2.1 A inserção Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família....	19
3.	MARCO LEGAL	23
	3.1 Sistema Único de Saúde, Política Nacional de Atenção Básica e Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal	23
	3.2 Programas de Atenção Domiciliar.....	26
4.	MARCO CONCEITUAL.....	31
	4.1 Atenção Domiciliar, Assistência/Atendimento Domiciliar, Internação Domiciliar e Visita Domiciliar	31
	4.2 Modalidades de Visita Domiciliar e Conceito de Visita Domiciliar Meio e Visita Domiciliar Fim	33
	4.3 Abordagens de Visita Domiciliar na Literatura.....	33
	4.4 Visita Domiciliar como inovação tecnológica do cuidado em saúde	36
	4.5 Visita Domiciliar e a desinstitucionalização do cuidado em saúde	38
	4.6 Desafios na prática da Visita Domiciliar	39
5.	OBJETIVOS.....	43
	5.1 Objetivo Geral	43
	5.2 Objetivos Específicos	43
6.	METODOLOGIA	45
	6.1 Tipo de estudo	45
	6.2 Pergunta de pesquisa.....	45
	6.3 Revisão Integrativa de Literatura.....	45

6.4 Etapas da Revisão Integrativa de Literatura	46
7. RESULTADOS E DISCUSSÕES	49
7.1 Potencial pedagógico das Visitas Domiciliares na formação do cirurgião-dentista.....	53
7.2 Visita domiciliar orientada às especificidades do cuidado em saúde.....	59
7.3 A Visita Domiciliar como prática em saúde bucal da equipe saúde da família e a possibilidade de vínculo com o usuário...	66
7.4 O processo de trabalho do cirurgião-dentista da ESF na atividade de Visita Domiciliar.....	75
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
9. REFERÊNCIAS.....	93

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade estratégica de formação para os trabalhadores, visto que tem potencial para transformar práticas hegemônicas nos serviços de saúde. Essa formação prevê a atuação efetiva no cotidiano do exercício profissional na saúde das diferentes categorias profissionais envolvidas, junto com espaços de discussão sobre o trabalho desenvolvido. A problematização da realidade é uma constante, a fim de construir uma aprendizagem significativa e provocar mudanças nas ações e no perfil dos profissionais da área da saúde. Essas mudanças necessitam estar direcionadas às necessidades de saúde da população, bem como aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVEIRA; VARGAS, 2014).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da Universidade Federal de Santa Catarina em parceria com a Prefeitura Municipal de Florianópolis é composto por profissionais de saúde das áreas de Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição e Educação Física. A REMULTISF tem por objetivo formar profissionais preparados para as exigências do SUS, com visão crítica de sua atuação profissional, social e política e, por ser uma modalidade de pós-graduação caracterizada por ensino em serviço, induzindo tanto mudanças no processo de trabalho, quanto nas políticas do SUS, nos cenários de prática assistencial onde os residentes estão inseridos.

A partir das experiências que vivenciei ao longo do primeiro ano enquanto residente de Odontologia, dentre as mutações e inquietações trazidas pela problematização do processo de trabalho e as possibilidades do campo teórico, a minha atuação enquanto cirurgião-dentista residente na visita domiciliar (VD) mereceu destaque.

Essa questão surgiu mais fortemente após uma VD realizada ao final do primeiro ano de residência. O fato da demanda de saúde bucal (SB) não ter sido percebida pela equipe de saúde que já acompanhava essa usuária, gerou e despertou o interesse em aprofundar uma reflexão já feita de maneira superficial: qual o papel do cirurgião-dentista da ESF nas visitas domiciliares? Por que, ao longo da residência, a VD para a Equipe de Saúde Bucal (ESB) normalmente era um caso de urgência odontológica? Por que dificilmente nas reuniões de equipe, onde se discutem casos dos usuários, a ESB raramente é demandada para visitas

domiciliares? Seria por falta de demanda? E se não fosse, como priorizar os usuários nessas visitas e quais demandas cabem ao CD identificar? Qual é o foco do CD no ambiente do domicílio: a boca ou o contexto de vida do usuário? Qual é o olhar: atuação ou território? Como fazer?

Essas reflexões foram levadas ao momento de Atividade Compartilhada, um potente espaço pedagógico onde os residentes da REMULTISF e preceptores se reúnem para discutir a relação do campo teórico com a realidade prática vivenciada. Dentre outros fatores, na discussão feita percebeu-se a transversalidade da temática e a necessidade de avançar enquanto profissionais de saúde em formação no SUS na consolidação da VD como um potente reorientador do modelo de produção de cuidado, bem como os inúmeros desafios para que esse objetivo seja atingido em nível local. A partir disso, questionou-se: Quais são as evidências científicas acerca da atenção à SB no domicílio no contexto da ESF?

Em uma busca anterior a esta pesquisa, percebeu-se que apesar da importância da temática, a literatura não apresentava um aprofundamento no processo de trabalho do CD da ESF na Atenção Domiciliar (AD) que contemplasse a complexidade desse contexto, e raros trabalhos demonstraram as múltiplas possibilidades de atuação e de habilidades desenvolvidas.

Assim, esta pesquisa tem o objetivo de refletir sobre a AD no contexto da ESF como parte da reorientação da atenção à SB, a partir do panorama da produção científica. A metodologia de Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa foi escolhida por melhor responder os objetivos propostos. A discussão foi apresentada por eixos temáticos tendo por base os marcos contextual, legal e conceitual, apresentados no primeiro capítulo deste trabalho. O último capítulo traz as reflexões decorrentes do processo pedagógico-assistencial vivenciado na REMULTISF e do aprofundamento teórico gerado pela elaboração deste Trabalho de Conclusão de Residência.

2. MARCO CONTEXTUAL

2.1 A inserção Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu os princípios e diretrizes para uma total reorganização do Sistema de Saúde que partisse da formalização de um princípio igualitário e do comprometimento público com a garantia desta igualdade. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi como uma “carta fundadora” de uma nova ordem social no âmbito da saúde, tendo por base os princípios da universalidade e equidade, e estruturada sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A proposta de um sistema de saúde igualitário chocou-se com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação no próprio campo da atenção à saúde. A organização da assistência foi o foco da atuação setorial desde o início da implantação do SUS e o desafio foi de substituir o modelo hospitalocêntrico e de livre demanda, por um modelo centrado no usuário, preservando os princípios de universalidade e integralidade (MENICUCCI, 2009).

Tais transformações começam a ganhar concretude em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que teve como objetivo o enfrentamento dos preocupantes indicadores de mortalidade infantil e materna na região nordeste do Brasil. Por ser uma pessoa da própria comunidade, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) também contribuiu no resgate e valorização do saber popular, provocando maior vinculação dos indivíduos e famílias com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (SOUZA, 2000).

Dando continuidade a este processo, em 1994 o Ministério da Saúde (MS) lança o Programa Saúde da Família (PSF), que tinha enfoque na promoção e prevenção e que deveria buscar a racionalização da utilização dos serviços, ampliação do acesso, melhoria da eficácia e a efetividade das ações, sendo “porta de entrada” para os outros níveis do sistema de saúde – média e alta complexidade (MENICUCCI, 2009).

Principalmente no período entre 1998 e 2002, o PSF deixou de ser um programa que operacionalizava uma política com foco na Atenção Básica de populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerado como uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, sendo renomeado no país como Estratégia Saúde da Família (ESF) (LIMA et al., 2005).

A ESF transcende limites temporais e amplitude inerentes à definição de um programa setorial de saúde, visto que não se configurou somente em uma organização da atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente como uma nova estruturação desse sistema público de saúde, contribuindo no redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmando uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidando os princípios organizativos do SUS (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008).

A ESF constitui-se uma estratégia que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, cujo atendimento é prestado na UBS ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes, criando vínculos de corresponsabilidade entre estes e a população acompanhada, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

As práticas em saúde na ESF trazem a intenção de substituição de um modelo tradicional na medida em que se propõem a romper com a atuação focada na UBS, trabalhando com o território e levando saúde para e junto à comunidade, sendo o atendimento domiciliar uma das ações em saúde facilitadoras dessa nova reorganização da atenção à saúde com ênfase na família (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A portaria ministerial 1.444 de 28 de dezembro de 2000 inseriu a Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF e fixou incentivo financeiro para reorientação das ações de SB. Em março de 2001, a Portaria 267 trouxe normas e diretrizes para esse novo cenário, considerando necessária a ampliação do acesso às ações e promoção e recuperação da SB da população brasileira, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados, melhoria dos índices epidemiológicos de SB e inclusão das ações de SB na ESF. Tudo isso culminou em um aumento da rede de serviços em todo o país devido a um importante aporte financeiro no financiamento público da odontologia (SILVESTRE et al., 2013)

Em 2003 MS lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se em uma série de medidas para garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da SB dos brasileiros. A reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços ofertados à população é objetivo principal dessa política, reunindo uma série de ações em SB voltada para os cidadãos de todas as faixas etárias, com acesso ampliado ao tratamento odontológico gratuito por meio do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em SB, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas pessoas (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Segundo diretrizes da PNSB, as ações e serviços devem ser resultado de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutive. Para isso, é imperativo que em cada território haja uma aproximação das pessoas na tentativa de tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades (BRASIL, 2004).

A superação do modelo de atenção à SB clássico ou hegemônico e a mudança para o modelo da Saúde Bucal Coletiva (SBC) encontram na família excelente parceria para a participação popular, viabilizando a multidimensionalidade do cuidado, a melhoria das condições de vida e a promoção da saúde. (VASCONCELOS; FRATUCCI, 2015).

Todavia, a mudança do modelo de atenção é um processo complexo, visto que depende da incorporação de transformações no processo de trabalho em saúde quanto aos seus propósitos, objetos, meios e, fundamentalmente, nas relações entre profissionais e a população usuária dos serviços. Para que a mudança no modelo technoassistencial seja efetiva, o usuário precisa assumir a centralidade na produção do cuidado, expressando suas necessidades e ocupando o lugar de sujeito na construção de projetos terapêuticos. (SILVA et al., 2010).

Os profissionais de saúde são sujeitos importantes nos processos de transformação do sistema quando assumem o papel de atores sociais com vontade de mudança e responsabilizados com a vida do outro e são capazes de provocar essas mudanças nos espaços micropolíticos de atuação (CECÍLIO; MERHY; CAMPOS, 1994).

Para trabalhar na ESF, os profissionais de SB necessitam de mudança na forma de atuação, tomando consciência da realidade da situação da população a ser assistida. O contato entre a ESB e a comunidade em sua própria moradia, configura-se em uma atuação no nível básico que permite um trabalho de conscientização para a promoção da saúde (GROISMAN; MORAES; CHAGAS, 2005).

Por intermédio da literatura encontrada, observou-se que há uma contradição no papel da VD, que, para alguns teóricos, é entendida como ferramenta de assistência com a qual é possível controlar o paciente no cuidado com sua saúde; mas esta também pode ser uma tecnologia de promoção e prevenção à saúde, que considera a realidade e o contexto em que o usuário está inserido, ou uma estratégia que propicia o aprendizado na formação dos profissionais da saúde, as chamadas VD pedagógicas. Neste sentido podem-se observar diferentes concepções e proposições no trabalho de VD. Muito embora alguns autores superdimensionem a importância da VD, outros a separam enquanto ser a mesma pedagógica, assistencial ou didática (ROMANHOLI, 2010).

Silva (2012) destaca que embora ressaltem a importância de se acompanhar a família - inclusive por meio de VD realizada por todos os profissionais do programa - as publicações oficiais do MS não aprofundam os pressupostos para o planejamento da AD e, também, não orientam quanto a sua sistematização. Além disso, a literatura também não apresenta um consenso nas publicações.

Dito isto, o presente trabalho apresenta uma Revisão Integrativa de Literatura, por meio de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa em base documental, na qual se pretende refletir, a partir da literatura, a relação entre a VD e a Odontologia na reorientação do modelo de atenção à SB na ESF. Os dados foram analisados a partir dos referenciais teóricos da atenção básica à saúde no SUS.

3. MARCO LEGAL

3.1 Sistema Único de Saúde, Política Nacional de Atenção Básica e Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

O reconhecimento da saúde como direito de cidadania, o consenso em torno da necessidade de mudança na direção da Política de Saúde e a aprovação dos princípios e diretrizes do SUS se deram por meio da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e das Leis 8.080 (1990) e 8.142 (1990). Esses documentos consagram a decisão política adotada pelo Estado e foram os primeiros passos concretos e fundamentais para que fosse desencadeada uma reforma do sistema público de saúde, na direção da concretização do SUS (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014). Ao longo dos anos 90, iniciou-se o processo de municipalização de ações e serviços de saúde, respaldada em Normas Operacionais Básicas do SUS (01/91;01/93;01/96) elaboradas no âmbito federal, originando a Norma Operacional de Assistência em Saúde – NOAS (2001-2002), que resgatava o princípio da regionalização dos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2002).

A partir de 1994, mediante implantação da ESF foi desencadeado um amplo processo de reorganização da atenção básica à saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2488 em 21 de outubro de 2011, traz na ESF a estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2011).

Uma importante ferramenta que diferencia a ESF de outros programas, modelos de atenção ou de gestão em saúde no Brasil, é a VD, realizada prioritariamente pelos ACS. Nesta, os membros da equipe vão até a residência dos moradores de cada área de abrangência das unidades, deixando para trás modelos de atenção que aguardavam a vinda dos usuários até a UBS (ROMANHOLI, 2010).

O território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais da concepção da ESF, e as VDs uma de suas principais estratégias, objetivando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população. O processo de trabalho em saúde precisa estar baseado nessa compreensão, assim como dos processos de gestão, de educação permanente/continuada e de avaliação de serviços (BRASIL, 2004). Bellusci (2006) acrescenta que a VD da ESF caracteriza-se como uma estratégia de trabalho prioritária e o primeiro passo para o acolhimento.

Conforme a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, são atribuições comuns a todos os profissionais da equipe Saúde da Família (EqSF) “realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros)” (BRASIL, 2011, p. 12).

De acordo com MS a VD constitui uma atribuição de todos os profissionais da ESF, devendo ser realizada para o cadastramento das famílias, segundo a definição da área territorial pré-estabelecida para a adscrição e, também para monitorar a situação de saúde das famílias, quer seja de forma programada ou para atendimento de demandas espontâneas (BRASIL, 2012).

Na ESF, o parâmetro de VD para os ACS é de uma VD família/mês e não foi definida uma frequência de VD definida para os demais profissionais da equipe (BRASIL, 2006).

O caderno de Atenção Básica nº 17 do MS, ao orientar sobre a organização da atenção em SB na ESF, traz como um dos principais desafios à organização da AD, salientando que a Assistência Domiciliar é uma modalidade da AD, inerente ao processo de trabalho das equipes deste nível de atenção. “Destina-se a responder às necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária.” (BRASIL, 2006, p. 24).

Essa concepção acerca da VD também foi destacada nas diretrizes da PNSB, que orienta que a ampliação e qualificação das ações de SB também se fazem por meio da organização de visitas da ESB às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário (BRASIL, 2004).

Prestar assistência à saúde no domicílio é muito mais que simplesmente uma equipe de saúde indo a uma residência de alguém com dificuldade de locomoção ou realizando orientações sobre hábitos de higiene e alimentação. É aproximar os profissionais da compreensão do contexto socioeconômico e cultural envolvidos nesses hábitos, é compreender que a dificuldade de locomoção tem reflexos na dinâmica familiar, ou seja, é avançar na compreensão do contexto no qual estas pessoas se inserem, comprometer-se. (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

É importante salientar que a VD, não é e não deve ser realizada exclusivamente em idosos ou acamados, pacientes estes que justamente encontram-se impossibilitados de ir até a UBS. As VDs devem ser estendidas aos moradores da área de abrangência da EqSF, como meio de reconhecimento do território e como facilitador na formação de vínculo. Isto não significa que a criação de vínculo esteja relacionada exclusivamente a VD, mas é uma ferramenta facilitadora na identificação de problemas que seriam de difícil percepção durante o atendimento clínico (RAGUGNETI, 2001).

Como recurso para planejamento de VD, o Caderno de Atenção Básica nº17 indica o cadastro das famílias, realizado pelo ACS por meio do preenchimento da “Ficha A” do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Segundo o documento, “A VD mensal realizada pelo ACS permite, além da constante atualização do cadastro familiar, a identificação e o acompanhamento de indivíduos e/ou grupos prioritários. A VD realizada pelos profissionais, a partir de prioridade pré-definida, contribui para uma abordagem com direcionamento familiar na organização das ações assistenciais.” (BRASIL, 2006, p. 23) Também orienta que a VD, quando necessária, deve ser agendada e realizada, sempre segundo critérios definidos pela equipe de saúde para o acompanhamento de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2006).

Além disso, o Caderno de Atenção Básica nº17 indica que a operacionalização deve ser executada pela equipe por meio de um planejamento construído em conjunto de forma pactuada com o usuário-família, e considerando as atribuições dos membros da equipe, sendo necessário que a equipe sistematize um planejamento de ações integrado, dinâmico, flexível e adaptável à realidade do usuário. Recomenda-se que a família participe ativamente nesse processo. O planejamento deve contemplar a participação e a frequência de todos os profissionais na execução das ações, a partir das necessidades do usuário/família, buscando distribuir os profissionais de forma a otimizar o trabalho da equipe (BRASIL, 2006).

Já a PNSB acrescenta que a Educação em Saúde pode ser desenvolvida pelo CD, técnico em saúde bucal (TSB), auxiliar de consultório dentário (ACD) e ACS especialmente durante as VDs. Ao abordar a ampliação do acesso, a prevenção e controle do câncer bucal, orienta que a ESB deve oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa) também por meio de VDs (BRASIL, 2004).

É fundamental ter a consciência das diferenças sociais e culturais entre profissionais do serviço e usuários. Diferenças que estão colocadas são reais e perfeitamente sentidas pelos interlocutores, seja no atendimento que acontece na unidade de saúde, seja no momento de uma VD.

3.2 Programas de Atenção Domiciliar

O Programa de Atenção Domiciliar (PAD) configura-se em uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, ofertada no âmbito do domicílio e caracterizada por um contínuo de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação de maneira integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), favorecendo a continuidade do cuidado (BRASIL, 2015).

A portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011 institui a AD, todavia foi substituída pela portaria 2527 de 27 de outubro de 2011 por conta de um importante processo de negociação e pactuação tripartite que teve como participantes o MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), nessa ordem, que se reuniram para discutir as experiências concretas já realizadas no cotidiano do SUS e da política direcionada à internação domiciliar vigente antes desta portaria (BRASIL, 2013).

Em 27 de outubro de 2011, foi publicada a portaria GM/MS 2527, redefinindo a AD no âmbito do SUS, para permitir que os municípios com porte populacional menor também tivessem a oportunidade de implantar em seu território serviços de AD com apoio do MS. Para alterar e acrescentar dispositivos à portaria 2.527/2011 publicou-se a portaria 1.533 em 16 de julho de 2012 (BRASIL, 2013).

Atualmente, a portaria 963 de 27 de maio de 2013 revogou e substituiu as Portarias 2.527/2011 e 1.533/2012, universalizando a possibilidade dos municípios de adesão ao Programa Melhor em casa. Essa portaria avançou em relação às anteriores, por alguns motivos: reconhece os cuidados domiciliares realizados pelas equipes de atenção básica instituindo a modalidade AD1, que é realizada pelas EqSF e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) normatizando por uma portaria do MS; retira o foco principal da internação domiciliar, característica da Portaria 2.529; indica que a base territorial para a organização dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) devem ter uma população adscrita de 100 mil pessoas, ou seja, qualquer usuário que se beneficiar da AD terá uma equipe de AD de referência, não precisando estar, essencialmente, internado em um hospital que possua o serviço de

internação domiciliar; aumenta o número de municípios elegíveis na medida em que o recorte populacional passa a ser uma população acima de 40.000 habitantes e consolida o conceito de que a AD faz parte da RAS, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção (BRASIL, 2013).

O PAD conforma-se como uma atividade realizada tanto na atenção básica pelas equipes de atenção básica, quanto pelo SAD “Melhor em Casa” com a finalidade de atender pessoas incapacitadas ou com dificuldade de locomoção, visando proporcionar ao usuário um cuidado contextualizado à sua cultura, rotina e dinâmica familiar, com isso, evitando as hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de contribuir na melhoria da gestão dos leitos hospitalares e uso mais apropriado dos recursos, como também serve de “porta de saída” para a rede de urgência/emergência – sendo assim, um dos componentes da Rede de Atenção às Urgência e Emergências (BRASIL, 2015).

A AD no seu processo de cuidado está vinculada às questões referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. A organização da AD se dá em três modalidades: AD1, AD2 e AD3, determinadas pela caracterização do usuário, tipo de atenção e dos procedimentos realizados no cuidado (BRASIL, 2015).

A modalidade AD1 destina-se à usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com limitação ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou usuários que necessitem de cuidados de menor intensidade, abrangendo os de recuperação nutricional, menor frequência de VD e de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de **TODOS** os tipos de equipes que compõe a atenção básica (BRASIL, 2015).

A modalidade AD2 destina-se a usuários que tenham problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de uma frequência maior de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento longitudinal, oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade e frequência e intensidade de cuidados além da capacidade da rede básica (BRASIL, 2015).

Já a modalidade AD3, atende usuários semelhantes à AD2, porém que usem equipamentos específicos e, devido a sua maior complexidade, dificilmente terão alta desses cuidados domiciliares (BRASIL, 2015).

Tanto a AD2 como a AD3 são de responsabilidade das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e da equipe multiprofissional de apoio (EMAP) (BRASIL, 2015).

A principal responsável pelo cuidado dos usuários domiciliados é a EMAD, que se diferencia da atenção básica no tipo de atendimento prestado (especializado para usuários domiciliados) e nos profissionais que compõe essa equipe que podem ser tipo 1 ou tipo 2. No EMAD tipo 1 a composição se dá por profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo 40 (quarenta) horas de trabalho; profissionais enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho; profissional fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho e auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho. Já o EMAD tipo 2 deve ter profissional médico, com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho; profissional enfermeiro, com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; 1 (um) fisioterapeuta com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho ou 1 (um) assistente social com CHS de, no mínimo, 30 horas de trabalho; e auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho (BRASIL, 2015).

A EMAP oferece apoio à EMAD e às equipes de atenção básica (inclusive EqSF e NASF), composta por no mínimo 3 profissionais de nível superior, eleitos dentre oito ocupações: assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; odontólogo; psicólogo; farmacêutico e terapeuta ocupacional. O somatório das cargas horárias desses profissionais deve ser de no mínimo 90 horas semanais e nenhum desses profissionais pode ter menos de 20hs semanais de trabalho (BRASIL, 2015).

A AD se propõe a contribuir na reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e nas discussões sobre diferentes conceitos e abordagens familiares. Acredita-se que os profissionais precisam atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Um fator fundamental para a AD é a participação ativa do usuário, família e profissionais envolvidos para que essa modalidade de atenção seja efetivada. Portanto, se faz necessária articulação com os diferentes níveis de atenção e trabalho intersetorial na construção coletiva de uma proposta integrada de atenção à saúde, favorecendo mais qualidade aos serviços e

consequentemente melhor qualidade de vida às pessoas (BRASIL, 2013).

4. MARCO CONCEITUAL

4.1 Atenção Domiciliar, Assistência/Atendimento Domiciliar, Internação Domiciliar e Visita Domiciliar

A AD à saúde engloba a VD, o atendimento e a internação domiciliar, sendo que cada uma delas possui objetivos e características específicas. A AD é considerada um componente de continuidade do cuidado em saúde, pois ao ofertar os serviços de saúde ao indivíduo e sua família em sua residência, pode promover, manter e restaurar a saúde e contribuir para a autonomia (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). Os autores ainda comparam o conceito de AD e a assistência domiciliar à saúde, afirmando que são atividades com diversos aspectos em comum, mas diferenciam-se na prática. A AD à saúde diferencia-se por constituir uma modalidade ampla que envolve as ações de promoção à saúde em sua totalidade, incluindo a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, que influenciam o processo saúde-doença dos indivíduos, além de envolver ações preventivas e assistenciais das outras categorias que engloba (atendimento, visita e internação domiciliar).

Já a assistência domiciliar à saúde é uma categoria da AD à saúde que pode ser também denominada atendimento ou cuidado domiciliar e fundamenta-se na interação do profissional com o indivíduo, sua família e com o cuidador, quando esse existe. Ela constitui um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio, e pode ser instrumentalizada pela visita ou internação domiciliar (ANVISA, 2006). Giacomizzi e Lacerda (2006) acrescentam que as atividades na assistência domiciliar vão da educação e prevenção à recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e seus familiares no contexto de suas residências.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Assistência Domiciliar como “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos” (OMS, 2015,p.9).

O conceito de internação domiciliar, por sua vez, trata-se uma categoria mais específica, que envolve a utilização de aparato

tecnológico em domicílio, de acordo com as necessidades de cada indivíduo, sendo caracterizada pela permanência da equipe de saúde na residência por no mínimo quatro horas diárias, com acompanhamento contínuo. Para que ocorra internação domiciliar, o indivíduo precisa apresentar quadro clínico estável, assim como a equipe profissional necessita de rede de suporte para as possíveis eventualidades. (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A VD, como categoria da AD, contribui para a compreensão “*in loco*” do contexto de vida do usuário do sistema de saúde, demonstrando não só as condições de habitação, mas também as relações familiares e recursos disponíveis, o que pode direcionar a um planejamento da assistência mais resolutivo e facilitar o estreitamento de vínculo, por se tratar de um modelo de atenção diferenciado do SUS (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001). A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da VD, sendo entendidas, famílias e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos os quais são regidos pelas relações com o meio e com as pessoas. E nesse caso o “sair para comunidade” precisa ter impacto na maneira de atuação dos profissionais, questionando seus conceitos acerca do modo de vivência e sobrevivência das famílias (VASCONCELOS, 1999).

Cunha e Gama (2012) além de reforçar essa ideia, retratando esse conceito na **Figura 1** abaixo, salientando que a visita fornece subsídios para a execução das demais modalidades de AD.

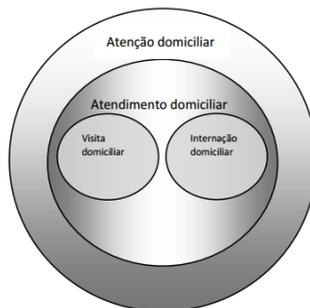


Figura 1 Representação Esquemática da Atenção Domiciliar e suas respectivas modalidades. Fonte: Cunha e Gama (2012).

4.2 Modalidades de Visita Domiciliar e Conceito de Visita Domiciliar Meio e Visita Domiciliar Fim

Oliveira e Berger (1996) classificam de quatro formas a VD, são elas: VD chamada, atendimento feito na casa do indivíduo ou família, pelo indivíduo ter algum tipo de limitação; a VD periódica, para indivíduos ou famílias que necessitam de acompanhamento periódico; as internações domiciliares, que são indivíduos ou famílias que optam por realizar o tratamento em casa, normalmente são necessárias para pacientes terminais; e, a busca ativa, que é a busca de indivíduos ou famílias faltosas (tratamentos, vacinas, gestantes). A vigilância em saúde também é considerada uma busca ativa.

Coelho e Savassi (2004) consideram que a VD pode ser realizada de duas formas: VD Fim e VD Meio. A VD Fim, com objetivos específicos de atuação na AD terapêutica e visita a pacientes acamados. A VD Meio se realiza a busca ativa pela demanda reprimida, promoção e prevenção da saúde mediante educação em saúde de maneira individualizada. Drulla et al. (2009) consideram que as duas abordagens instituem um processo dinâmico, permitindo sua implementação na população alvo despertando interesse por questões de saúde, orientações relacionadas às formas de organização do serviço, resolução de problemas e temas gerais de saúde.

4.3 Abordagens de Visita Domiciliar na Literatura

A VD faz parte do escopo de ações das EqSF quando é baseada em planejamento e sistematização. Caso contrário, configura-se apenas como uma atividade social (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001). Segundo esses autores, os pressupostos que orientam a VD são:

- Nem toda ida ao domicílio do usuário pode ser considerada uma VD;
- Para ser considerada uma VD, tal atividade deve compreender um conjunto de ações sistematizadas, que se iniciam antes e continuam após o ato de visitar o usuário no domicílio;
- A sua execução pressupõe o uso das técnicas de entrevista e de observação sistematizada;
- A realização da VD requer um profissional habilitado e com capacitação específica;
- Na elaboração dos objetivos da VD, é necessário considerar os limites e as possibilidades do saber específico do profissional/técnico que a executará;

- A relação entre o profissional e o usuário deve estar pautada nos princípios da participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo (crenças e valores relacionados ao processo saúde-doença) e da construção conjunta da intervenção no processo saúde-doença;
- Podem existir diferenças socioculturais e educacionais entre os profissionais e os usuários dos Serviços de Saúde, que devem ser consideradas no planejamento e na execução da VD;
- A intervenção no processo saúde-doença pode ou não ser uma ação integrante da VD (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001, p. 43).

A reorientação do modelo de atenção à saúde preconizada pelo SUS pode apontar a VD como um eixo transversal que passa pela universalidade, integralidade e equidade. Além disso, constitui-se como um espaço construtor de acesso às políticas públicas, por intermédio da relação que se estabelece entre os diferentes sujeitos do processo. Para atingir este objetivo, a prática da VD deve ser um dos instrumentos fundamentais para o entendimento da totalidade dos condicionantes que interferem na vida do cidadão (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Amaro (2003) defende que a VD não é uma atividade empírica. Acredita que seu desenvolvimento deve ser feito sobre as bases teóricas, humanas e profissionais. Para isso é necessário que as visitas sejam realizadas com respeito à subjetividade de cada ser, pois o quadro de valores é distinto e a relação que se estabelece entre visitador e visitado é importante para o sucesso do trabalho desenvolvido no decorrer da visita.

Lopes, Saupe e Massaroli (2008) reforçam essa ideia reforçando a necessidade de desconstruir o esteriótipo de que a visita domiciliar é coisa de leigos, cristalizada num empirismo sem algum fundamento. Como a VD, atualmente, já é utilizada por vários profissionais para ofertar um atendimento mais integral ao indivíduo, é condição “sinequa non” trabalhar a interdisciplinaridade das profissões de forma fundamentada.

Neste contexto, a VD, entendida como método, técnica e instrumento, caracteriza-se como um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, propiciando que os grupos familiares ou

comunidades tenham melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Roese e Lopes (2004) caracterizam a VD como uma prática antiga na área da saúde e reiteram a ideia que atualmente pode ser considerada como um dos eixos transversais da ESF.

Conforme Ceccim e Machado a VD é uma “forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo, à família ou à coletividade, é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando a maior equidade da assistência em saúde”.

Já Mattos (1995) discorre que a VD é um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, seja ele assistencial ou educativo. A autora também salienta que esta é uma dinâmica utilizada nos programas de atenção à saúde, visto que acontecem no domicílio da família.

Tyllmanne Perez (1998) quando indicam que a VD é vital para a educação em saúde, uma vez que fornece as bases para o planejamento individualizado dos processos educativos a cada indivíduo ou grupo familiar.

Nesse sentido, Ceccim e Machado acrescentam que a VD pode promover a ampliação do nível de informações e conhecimentos (autocuidado, recursos sociais, ações políticas) afirmando que a mesma pode complementar as ações de vigilância em saúde.

Para Kerber, Kirchof e Cezar-Vaz (2008), a VD tem reorientado o modelo de atenção à saúde, pois os trabalhadores de saúde entram em contato com o contexto do indivíduo, desenvolvendo a assistência de forma mais integral - nos aspectos de promoção, recuperação e reabilitação e manutenção da saúde - agregando a ação de cuidar e a de educar. É um instrumento que permite conhecer a realidade do outro e, com isso, contribui para que os profissionais ofereçam o cuidado em saúde de acordo com as possibilidades do serviço e as necessidades dos visitados.

Considera-se que estes são conceitos pertinentes para caracterizar a VD, complementando-se entre si. Pensa-se que essa prática é relevante quando se fala, especialmente, em prevenção da doença/riscos e promoção de saúde (ROESE; LOPES, 2004).

4.4 Visita Domiciliar como inovação tecnológica do cuidado em saúde

A palavra tecnologia é costumeiramente relacionada às máquinas. Todavia as tecnologias em saúde não utilizam apenas o conjunto dos equipamentos ou tecnologias duras utilizadas para intervenções diagnósticas ou terapêuticas. No que se refere ao trabalho em saúde, o conjunto de intervenções assistenciais vai além das diversas máquinas utilizadas (como raios-x e instrumento para realizar exames de laboratório ou examinar o paciente), pois também contém o saber profissional, seja da clínica médica, do dentista, do enfermeiro, do assistente social... Esta observação nos permite dizer que na prática existe uma tecnologia menos dura do que os aparelhos e equipamentos propriamente ditos (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

A tecnologia aqui é compreendida de uma forma bem mais ampla e não pode ser confundida como equipamento e máquina. São saberes construídos para a produção de produtos singulares, seja para a organização das ações humanas nos processos produtivos, seja na dimensão inter-humana (MERHY, 2002). Sendo assim, a tecnologia é caracterizada como resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais, ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática. Todo esse processo deve ser avaliado e controlado sistematicamente (NIETSCHKE et al., 2005).

Merhy e Chakkour (1997) agruparam as tecnologias em três categorias: dura, leve-dura e leve. A tecnologia DURA é representada pelos equipamentos, ou seja, o material concreto propriamente dito; a tecnologia LEVE-DURA é dura no sentido de incluir os saberes estruturados, normatizados e bem protocolado representados pelas disciplinas que operam a saúde; e leve por conter um saber adquirido pelas pessoas e que está inscrito no modo de pensar as situações de saúde e na sua maneira de organizar uma atuação sobre elas; já a tecnologia LEVE é produzida por meio do trabalho vivo, entendido como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde. As tecnologias leves e leve-duras expressam-se nos processos relacionados dos atos de saúde e nas práticas, nos processos de trabalho e na capacidade que tem não só de gerar novas modalidades de produção do cuidado, mas também de governá-las.

Compreende-se, ainda, que esta tecnologia leve se dá entre pessoas que atuam umas sobre e com as outras, sendo que nos espaços de intersubjetividade criados acontecem os momentos das falas, escutas e interpretações, havendo a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro. São momentos que favorecem cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema a ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2007).

Para Lopes, Saupe e Massaroli (2008), a VD é uma tecnologia, como o encontro das pessoas, que permite criar espaços de intersubjetividade, onde acontecem falas, escutas e interpretações. Estes são momentos de cumplicidade nos quais pode haver a responsabilização em torno dos problemas que serão enfrentados. Esta tecnologia permite trabalhar com três pontos, que são: a observação, o diálogo e o relato.

Gaíva e Siqueira (2011) avaliam a VD como promotora de uma otimização do cuidado, já que as tecnologias leves são exploradas de maneira significativa, possibilitando assim maior resolutividade das necessidades de saúde, a partir da vivência que os profissionais tem das condições de vida do indivíduo e da família e o contexto social em que estes estão inseridos, o que lhes possibilita planejar as ações de saúde numa perspectiva ampliada do conceito de saúde (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

Diante desse referencial, Lopes Saupe e Massaroli (2008) classificam a VD como uma tecnologia leve-dura.

Amaro (2003) afirma que a VD engloba pelo menos três tecnologias leves a serem aprendidas e desenvolvidas. Uma delas é a observação, visto que se faz necessária atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; outra tecnologia leve é a entrevista, que parte do pressuposto de que o diálogo é construído com uma intencionalidade, diferente de uma conversa; e o relato oral ou história, espaço onde as pessoas podem compartilhar como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidos.

Para atender as necessidades e os estudos que realizaram, Lopes, Saupe e Massaroli (2008) conceituaram, com fundamento na literatura, que:

A VD, na área da saúde, seja entendida como o deslocamento do profissional até o domicílio do usuário, com as finalidades de

atenção à saúde, aprendizagem ou investigação. Pode ser considerada como um método, uma tecnologia e um instrumento. O método se inscreve como possibilidade nas abordagens qualitativas; como tecnologia leve-dura requer competência (saberes, habilidades e atitudes), especialmente quanto à interação, à observação e à comunicação; e como instrumento, faz uso do planejamento e do registro, orientado por um roteiro. Exige plena concordância do usuário e o estabelecimento de relação fundamentalmente alicerçada pela ética (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008, p.243).

O potencial inovador da AD se dá pela permeabilidade maior das equipes aos diferentes aspectos da vida dos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença e que também está atento à racionalidade econômico-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde. Assim, são desenvolvidas inovações tecnológicas de cuidado e ampliam-se as possibilidades de efetivação do trabalho em equipe, que articula e compartilha diferentes saberes e práticas profissionais nos projetos terapêuticos, com ampliação da autonomia dos usuários ou dos cuidadores (SILVA et al., 2010).

Na ESF, a VD é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Coloca o rompimento do modelo hegemônico com foco na doença, onde predomina uma postura profissional tecnocrática e de interação insipiente com o usuário, indo na direção de uma nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo dentro do seu contexto familiar (CUNHA; GAMA, 2012).

4.5 Visita Domiciliar e a desinstitucionalização do cuidado em saúde

Além de propiciar novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde, a AD pode ser trabalhada como um dispositivo para a produção de desinstitucionalização (MERHY; FEUERWEKER, 2007).

O domicílio, como novo espaço de cuidado, aproxima o cuidador para além da função técnica, podendo remeter a identificação e

proximidade. Esses novos cenários, associados a maior autonomia das famílias na produção do projeto terapêutico, podem estimular às equipes operar na lógica da desinstitucionalização, potencializando novos lugares do cuidado, novas práticas, novas invenções no agir em saúde, novas maneiras de produzir sentidos para a vida/morte. Reconhecer o usuário como sujeito, interlocutor decisivo na produção dos projetos terapêuticos, motiva um novo projeto ético-político na direção de novidades nas práticas de saúde. Esse projeto ético-político tem na produção da subjetividade o potencial mobilizador dos trabalhadores. Quando a autonomia e a possibilidade do trabalho vivo em ato por parte das equipes é potencializada, os novos processos de subjetivação ocorrem, visto que o cotidiano das equipes lida com o inusitado, com as singularidades e com a sua própria humanidade – sofrimentos, alegrias, perdas e vitórias. Esses novos processos de subjetivação emergem do resgate da solidariedade na prática profissional e pela demolição das fronteiras impostas pela “objetividade” da racionalidade científica à construção de relações mais produtivas entre trabalhadores e usuários no cuidado em saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

4.6 Desafios na prática da Visita Domiciliar

Se por um lado as VDs seriam uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional e ampliação das possibilidades de trabalho coletivo, além de desenvolver uma relação mais horizontal e cooperativa entre profissionais de diferentes categorias, por outro lado, nota-se a dificuldade dos profissionais da equipe em se inserirem nessa atividade, que ainda está concentrada nos ACS (CUNHA; SÁ, 2013). Trad e Rocha (2011) e Conill (2008) apontam o excesso de atribuições, juntamente com a inadequação entre o volume populacional da área de abrangência e as equipes, como prováveis fatores limitadores da participação dos profissionais em VDs.

Mattos (1995) e Mazza (1994) indicaram que uma das limitações da prática das VDs trata-se do custo com locomoção e disposição de recursos humanos. Além disso, são fatores limitantes: o fato de algumas pessoas não se encontrarem na casa no horário marcado para visita, a chegada do visitador no momento dos afazeres domésticos, tempo de locomoção e execução das VDs (ROESE; LOPES, 2004). E ainda, a mudança de famílias, endereços errados e recusas, entre outras situações adversas (ROMANHOLI; CYRINO, 2012).

Silva (2012) organizou um quadro no qual são apresentadas de forma esquemática algumas potencialidades e limitações da VD. Esse

quadro foi elaborado a partir da leitura de diversos autores que tratam do tema.

Potencialidades	Limitações
<ul style="list-style-type: none"> - Saída do profissional do seu local de domínio para o domicílio do usuário; - Maior possibilidade de compartilhamento, responsabilização, solidariedade e fortalecimento do vínculo; - Proporcionar aos profissionais o conhecimento sobre o indivíduo, seu contexto de vida, condições de habitação, e relações afetivo-sociais entre os membros da família; - Proporciona maior liberdade ao usuário para expor seus problemas, ambiente sigiloso e menos formal; - Maior envolvimento do usuário e sua família com o planejamento e execução dos cuidados necessários; - Melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde; - Efetiva interação profissional, unidade de saúde e a população. 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumento invasivo ao cotidiano das famílias, o que pode ser extremamente incomodo aos usuários; - Sentimento de impotência frente à realidade muitas vezes sofrível das famílias, que dependem de ações intersetoriais que fogem a governabilidade do profissional, afastando-o da atividade; - Falta de fornecimento de transporte para o local da visita; - Requer muito tempo não só na execução, na locomoção e na avaliação pós-visita; - Falta de segurança em algumas áreas com alta marginalidade; - Método dispendioso e de pouco alcance a uma parcela maior da população; - Limitação dos encontros devido ao horário de trabalho e afazeres domésticos; - Falta de integração entre as ações realizadas nas visitas e a referência à unidade de saúde para atenção à saúde ou para o atendimento nos níveis secundário e terciário; - Demanda excessiva à qual as equipes estão submetidas tornando o tempo artigo precioso que precisa ser otimizado.

Fonte: Silva, 2012.

A VD também pode configurar-se em uma intromissão no espaço privado e na vida das pessoas, por isso a VD realizada somente para o cumprimento de uma programação, com exceção a VD de rotina do ACS, deve ser evitada (GONSALVES; OLIVEIRA, 2009). Principalmente quando tem caráter apenas fiscalizatório e de vistoria, com ênfase somente nos registros relacionados a aspectos biológicos da saúde e da doença. (SAKATA et al., 2007).

Segundo Cunha e Sá (2013) a VD provoca exposição dos hábitos e rotinas privativas do usuário em sua casa. Assuntos particulares se tornam visíveis, desvelando-se à avaliação dos profissionais de saúde e ao seu saber-poder sanitário, com legitimidade científica. Nesses encontros e compartilhamentos, o vínculo e a confiança se colocam em linha tênue e devem ser protegidos como elementos do ato de cuidar.

Castiel, Sanz-Valero e Vasconcellos-Silva (2011) defendem que existe uma perspectiva contemporânea de hipervalorização de estratégias de controle dos comportamentos, hábitos ou estilos de vidas com finalidade de prevenção de doenças e diminuição de prováveis riscos. Segundo os autores, “a saúde pública e seu ideário de risco estão modelando a subjetividade atual, propagando discursos morais, de medo, incerteza e culpa que assediam a vida cotidiana”. Por isso, a presença dos profissionais de saúde na residência e na vida privada das pessoas não pode se tornar um instrumento de controle, hiperprevenção e imposição. Pelo contrário, “que seja um dispositivo que possibilite ampliar o olhar sobre as necessidades dos sujeitos e coletividades, bem como valorizar as possibilidades de escolha e autonomia dos sujeitos”. Esta é uma das principais barreiras a serem transpostas para que se dê a consolidação das VDs como prática estruturante na Saúde da Família

Outro fator importante diz respeito ao próprio território não institucional e a produção do cuidado em saúde nesse novo contexto, por ser tratar de uma demanda ainda não nomeada ou classificada, pode produzir desconforto, angústia e desafios aos profissionais. No caso específico das VDs, as situações com as quais os profissionais se deparam no território são complexas, manifestando-se em todas as dimensões – não apenas biológicas, mas sociais, familiares, humanas e muitas vezes fugindo a governabilidade do setor saúde (CUNHA e SÁ, 2013).

Merhy e Feuerwerker (2007) ao complementam essa questão sob o enfoque nas equipes de AD, onde elas se propõem a buscar produzir de alternativas inovadoras no cuidado em saúde, manifestam-se grandes conflitos e desafios:

Conflitos em relação à autoria do plano de cuidados, ao papel de cada profissional e dos usuários/cuidadores na produção do cuidado num espaço que é privado, mas invadido pelo público; conflitos diante da convivência íntima dos profissionais com necessidades, sofrimentos, valores culturais e religiosos antes apenas vislumbrados. Desafios diante da necessidade de produzir novas tecnologias de cuidado; desafios de construir um outro equilíbrio entre os diferentes tipos de tecnologias envolvidos no trabalho em saúde; desafio de construir equipe com um trabalho efetivamente orientado e mobilizado pelas necessidades de saúde não somente do usuário, mas do coletivo familiar em questão; desafio de superar a fragmentação do sistema de saúde e de produzir continuidade de atenção no interior de uma linha de cuidado que é produzida em ato para cada situação (MERHY; FEUERWERKER, 2007, p. 4).

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Refletir sobre a Atenção Domiciliar no contexto da Estratégia Saúde da Família como parte da reorientação da atenção à saúde bucal, a partir do panorama da produção científica.

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar os trabalhos publicados nas bases de dados, nos últimos dez anos;
- Descrever os diferentes enfoques sobre o tema da atenção à saúde bucal no domicílio, relatados na literatura.

6. METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa em base documental, faz uso da técnica de Revisão Integrativa de Literatura para refletir, por meio da produção científica, sobre o cuidado à SB e a VD, no contexto da ESF.

A Revisão Integrativa de Literatura oportuniza ao pesquisador sumarizar os estudos já realizados sobre o tema de interesse, de maneira sistematizada, possibilitando maior aprofundamento e rigor à análise das produções selecionadas. De acordo com Beyea e Nicoll (1998), uma Revisão Integrativa realizada de maneira adequada exige os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizada nos estudos primários.

Ainda que as metodologias para a condução de Revisões Integrativas sejam diferentes, existem padrões definidos para sua operacionalização. As etapas dessa Revisão Integrativa foram indicadas por Ganong (1987), são elas: identificação da temática a ser trabalhada e seleção da questão de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos, escolha dos dados a serem extraídos, elaboração de uma tabela a partir do Microsoft Excel®, com os dados retirados dos artigos científicos e análise e discussão dos resultados.

6.2 Pergunta de pesquisa

Esta Revisão Integrativa de Literatura foi direcionada de modo a responder a seguinte questão norteadora: Quais são as evidências científicas acerca da atenção à SB no domicílio no contexto da ESF?

6.3 Revisão Integrativa de Literatura

Foi realizado um levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: LILACS, ScieLO e Google Acadêmico. Procurou-se por artigos originais publicados nos anos de 2005 a 2015. Essa busca realizou-se entre os meses de setembro a dezembro de 2015, de forma concomitante nas três bases. Os descritores utilizados para a coleta foram: visita domiciliar, visita domiciliária, assistência domiciliar, atenção domiciliar, cuidado domiciliar, atendimento domiciliar, atendimento domiciliar odontológico, associados individualmente ao descritor Saúde Bucal e, ainda, ao descritor Odontologia.

De acordo com recomendações de Ganong (1987) foram definidos os critérios de inclusão e exclusão da amostra. Optou-se como critérios de seleção dos trabalhos: artigos originais, publicados em periódicos nacionais no período entre 2005 a agosto de 2015, disponíveis online na forma completa, e que contemplassem a temática de interesse, ou seja, que abordassem as facetas da AD e sua intersecção com a atenção à SB. Foram excluídos editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, resumos de anais, ensaios, notas editoriais, publicações duplicadas, relatos de experiência, teses, dissertações e artigos que não tivessem relação com a temática de interesse.

6.4 Etapas da Revisão Integrativa de Literatura

A primeira seleção deu-se por meio da leitura do título, resumo e objetivo de todos os artigos encontrados nas bases de dados. Na segunda etapa, os artigos selecionados foram avaliados na íntegra para que a apreciação do material retido fosse completa.

Posteriormente, os dados foram caracterizados e organizados no programa Microsoft Excel®, de acordo com os seguintes itens: número, referência, título do artigo, fonte de localização, periódico, ano de publicação, natureza da pesquisa, objetivo do estudo, método de análise, classificação temática, nome do descritor, principais contribuições para o tema estudado (Figura 2).

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
BASE	REFERÊNCIAS	TÍTULO	LOCALIZAÇÃO	PERIÓDICO	ANO	NATUREZA DA PESQUISA	OBJETIVO	MÉTODO DE ANÁLISE/CATEGORIA	DESCRITORES	CONTRIBUIÇÕES
1	SOEILO (CONTUO et al., 200)	A saúde bucal coletiva na visão do	http://www.scielo.br/Ciência&Saúde	Ciência & Saúde	2009	análise sociológica do ensino a	Este estudo analisa	entrevistas estruturadas	Potencial pede VISITA DOMICIL	Participa deste est
2	LILACS (MORITA et al., 2010)	Visita domiciliar: oportunidade de	http://www.revodontol.org.br	Revista de Odontol	2010	QUALITATIVO, avaliativo trans	objetivo identificar	Os dados foram o	Potencial pede DOMICILAR OD	Concluiu-se que;
3	SOEILO (TOASSI, DAVIOGLIO)	INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-	http://www.scielo.br/Trabalho_e_Educaç	Educação em Re	2012	ESTUDO DE CASO QUALITATIVO	compreensão sobre	relato de caso	Potencial pede VISITA DOMICIL	Esse cenário dive
4	SOEILO (NORO e TORQUATI)	Visita domiciliar: estratégia de apr	http://www.scielo.br/Trabalho_e_Educaç	Trabalho, educac	2015	ESTUDO QUANTITATIVO	TR: conhecer a percepçã	Dados foram colet	Potencial pede VISITA DOMICIL	Para 36,2% dos a
5	LILACS (SILVA et al., 2011)	experiências e contribuições na	http://revodontol.org.br	Revista da ABEN	2011	quantitativo observacional tra	O objetivo deste trab	ENTREVISTAS estr	Potencial pede VISITA DOMICIL	seguido por visita
6	SOEILO (DRIUSSO et al., 201)	Percepção dos usuários do Sist	http://www.scielo.br/Brazilian_Jour	Brazilian Jour	2013	quant, transversal, de caráter	Avaliar a percepção d	Forum entrevista de	Potencial pede VISITA DOMICIL	As principais ativi
7	GOOGLE LEMOS, 2014)	A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	http://revistas.pucsp.br/index.php/kain	Revista de Odontol	2014	ESTUDO DE CASO QUALITATIVO	Apreender de que for	Trata-se de um est	Potencial pede VISITA DOMICIL	Forum identific
8	GOOGLE (PINHEIRO et al., 20)	A formação do cirurgião-dentista e	http://revodontol.org.br	Revista de odontol	2008	qualitativa, de natureza desc	ribo objetivo analisar a	QUALI ENTREVIST	Potencial pede VISITA DOMICIL	desenvolvimento

Figura 2 – Demonstrativo com os dados coletados nos artigos selecionados na etapa final, organizados no Programa Microsoft Excel®.

Foram selecionados 51 artigos para leitura completa e análise temática. A análise dos dados foi realizada por meio da proposta operativa de ordenação dos dados, classificação dos dados (leitura

horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final) (MINAYO, 2010) e relatório.

Nesta fase, os artigos foram classificados em quatro categorias temáticas:

- Potencial pedagógico das visitas domiciliares na formação do cirurgião-dentista: estudos que abordam as questões referentes às percepções de acadêmicos de Odontologia e usuários do SUS acerca da atuação desses discentes em visitas domiciliares na ESF;

- Visita Domiciliar orientadas às especificidades do cuidado em saúde: estudos que abordam a atuação do cirurgião-dentista no contexto domiciliar na ESF para usuários nos diferentes ciclos de vida e com agravos de saúde que demandem esse tipo de cuidado;

- A visita domiciliar como prática em saúde bucal da equipe saúde da família e a possibilidade de vínculo com o usuário: estudos que demonstram como a equipe trabalha as questões de saúde bucal no domicílio e que trouxessem maior enfoque para a possibilidade de vínculo gerado nesse contexto;

- O processo de trabalho do cirurgião-dentista da ESF na atividade de visita domiciliar: estudos que abordem algum aspecto relacionado ao processo de trabalho em saúde bucal realizado pelo CD no contexto domiciliar na ESF.

Visto que as bases selecionadas nesta Revisão Integrativa são de domínio público, não foi necessária a submissão e análise do estudo por Comitê de Ética em Pesquisa.

O capítulo a seguir apresenta os resultados da pesquisa de acordo com a categorização temática. Trechos significativos de alguns artigos aparecem destacados no texto seguidos da discussão do tema realizada com base no marco teórico.

7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na primeira etapa do estudo foram encontrados 611 artigos em todas as bases de dados, após o material ser analisado criteriosamente, verificou-se que 51 manuscritos atendiam os critérios estabelecidos, constituindo, assim, a amostra final do estudo (Figura 3).

No Lilacs obteve-se 221 artigos no total, dos quais 15 foram selecionados conforme o critério de inclusão e 206 excluídos. Já no SciELO, a busca total resultou em 140 artigos, dentre eles 27 foram selecionados e 113 excluídos; e no Google Acadêmico foram avaliadas as 20 primeiras páginas da busca realizada com os descritores, contabilizando um total de 250 artigos, sendo que 38 foram selecionados e 212 excluídos. Na fase final, 80 artigos foram selecionados para a análise completa do conteúdo e 51 destes retidos e incluídos na Revisão Integrativa.

Vale ressaltar que em especial na base de dados SciELO, utilizar o descritor visita domiciliar isolado permitiu ampliar o número de artigos de maneira importante, visto que, a totalidade desse descritor foi de 119 artigos com os critérios de busca já descritos. O mesmo padrão de busca foi aplicado às demais bases de dados.

A exemplo de outras pesquisas, esta revisão apresenta vantagens e limitações potenciais na sua aplicação, merecendo o cuidado necessário, especialmente no que concerne às conclusões dos achados e, assim, na prevenção de prováveis equívocos subjetivos. Sobre a potencialidade do trabalho, os autores destacam a metodologia lançada, que foi validada por importantes expertises na cátedra de revisão. A limitação encontrada para realização da presente revisão se referiu à inclusão de estudos que foram localizados nas respectivas bases de dados eletrônicas, mediante uso de determinados descritores. Tal limitação pode ter acarretado na ausência de algum estudo que tenha sido publicado abordando a temática investigada.

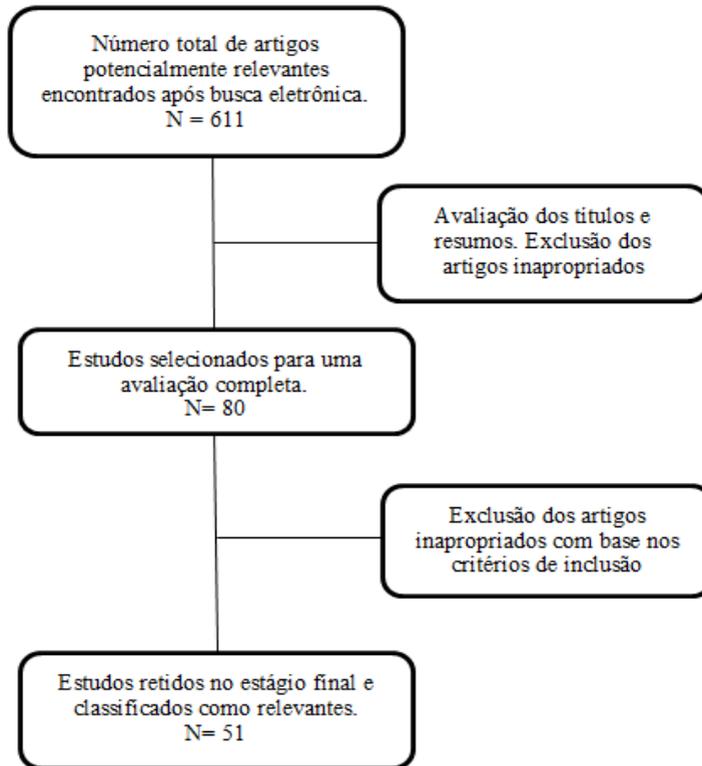


Figura 3: Fluxograma relacionado ao processo de seleção dos artigos.

Quanto ao ano de publicação, destaca-se que 3,92% (2) dos estudos eram de 2005, 5,88% (3) de 2006, 9,8% (5) de 2007, 7,84% (4) de 2008, 9,8% (5) de 2009, 15,68% (8) de 2010, 21,56% (11) de 2011, 9,8% (5) de 2012, 9,8% (5) de 2013, 1,96% (1) de 2014 e finalmente 3,91% (2) de 2015, conforme apresenta o Gráfico 1, abaixo:

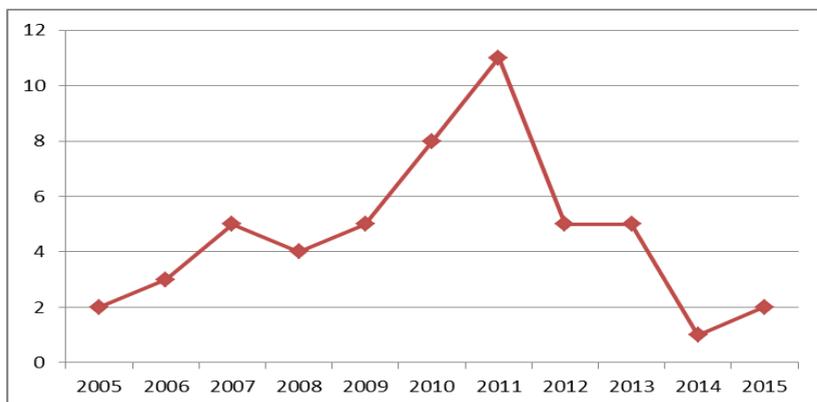


Gráfico 1 - Distribuição dos artigos científicos publicados e indexados nas diferentes bases de dados no período de 2005-2015.

No que se refere ao delineamento metodológico (Gráfico 2), 45,09% (23) dos estudos tem natureza qualitativa, 23,52% (12) quantitativa, 15,68% (8) são revisões da literatura, 7,84% (4) quali-quantitativos, 1,96% (1) estudo de intervenção com ensaio clínico não controlado, 1,96% (1) análise sociológica com triangulação dos dados, 1,96% (1) estudo de caso de cunho etnográfico e 1,96% (1) estudo longitudinal.

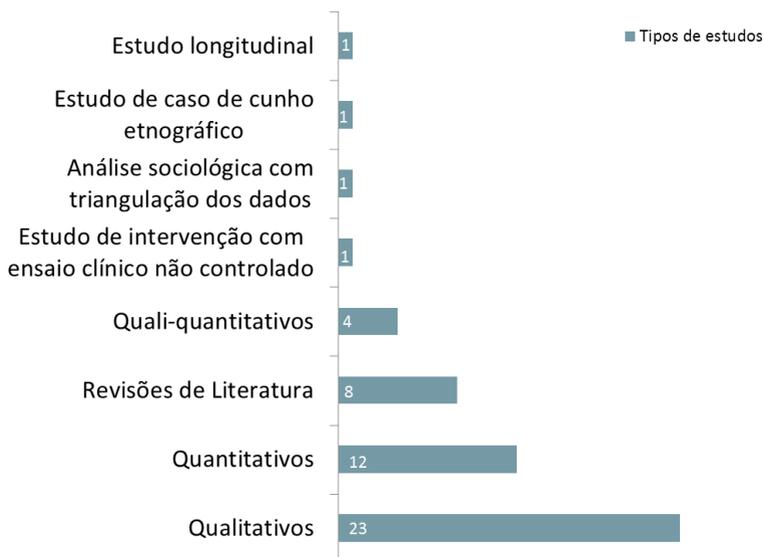


Gráfico 2 – Distribuição dos artigos científicos publicados e indexados nas diferentes bases de dados conforme abordagem apresentada.

Como a maior parte dos estudos (45,09%) apresentaram abordagem qualitativa, vale ressaltar os diferentes métodos utilizados: 4 estudos de caso com abordagem qualitativa, 4 estudos qualitativos tradicionais, 2 estudos qualitativos exploratórios e descritivos, 3 estudos qualitativos transversais, 3 estudos qualitativos descritivos; 1 pesquisa ação com abordagem qualitativa; 1 pesquisa qualitativa com abordagem crítico-reflexiva; 1 estudo qualitativo avaliativo transversal; 1 qualitativo de abordagem sociológica; 1 estudo qualitativo, descritivo e investigativo e 1 abordagem histórico social e crítica-analítica qualitativa.

Dentre os 51 artigos que tratam da relação entre a atenção em SB e a Visita Domiciliar no contexto da ESF, a maior parte deles refere-se ao tema “O processo de trabalho do cirurgião-dentista da ESF na atividade de Visita Domiciliar” representando 31,37% (16 estudos) do total, seguido em ordem decrescente respectivamente pelas categorias “A Visita Domiciliar como prática em SB da equipe saúde da família e a possibilidade de vínculo com o usuário” com 29,41% (15 estudos), “Visita Domiciliar orientada às especificidades do cuidado em saúde” 23,52% (12 estudos) e “Potencial pedagógico das Visitas Domiciliares na formação do cirurgião-dentista” 15,68 % (8 estudos), conforme o Gráfico 3, abaixo:

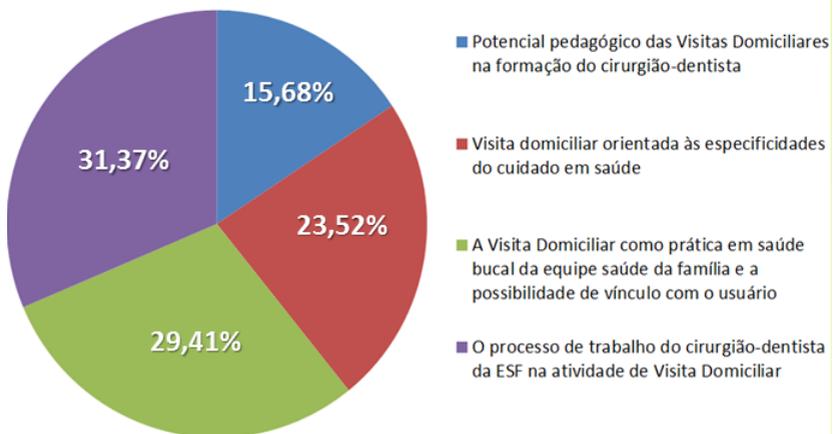


Gráfico 3 – Distribuição dos artigos científicos publicados e indexados nas diferentes bases de dados, conforme categoria temática.

Com a intenção de compreender como os resultados dos trabalhos selecionados contribuem na reflexão sobre a atenção à SB no domicílio no contexto da ESF, as categorias já mencionadas foram exploradas nos tópicos a seguir.

7.1 Potencial pedagógico das Visitas Domiciliares na formação do cirurgião-dentista

Na categoria potencial pedagógico da VD na formação do CD, foram incluídos 8 artigos, os quais evidenciaram a percepção dos acadêmicos de Odontologia sobre sua atuação na ESF, abordando questões específicas ou relativas à VD; também a percepção dos usuários do SUS sobre a inserção e atuação de estudantes dos cursos da área da Saúde, dentre eles a Odontologia, nas Unidades Saúde da Família (USF), trazendo à tona aspectos relacionados à VD e, ainda, como a formação do CD influencia as práticas de promoção de saúde na ESF.

A partir da análise dos artigos, observou-se que a maioria deles apontaram a preocupação em seguir o que é preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), vigentes desde 2002, para o curso de Odontologia, a fim de que fossem desenvolvidas durante a formação dos futuros profissionais habilidades em sintonia com os serviços, para trabalhar em uma democracia, e para o desenvolvimento de um engajamento cívico (MORITA et al., 2010).

As DCN, além de definir o objetivo do curso de Odontologia e o currículo base nacional comum a ser complementado com uma parte que reflita a experiência de cada instituição e dos condicionantes do quadro regional onde ela se situa, aponta que a formação acadêmica precisa estar conectada com referenciais epidemiológicos, sociais, econômicos e culturais de seu meio (BRASIL, 2002). Busca-se, portanto, no perfil do egresso do curso de Odontologia um profissional com:

Formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à SB da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade [...] (BRASIL, 2002, p. 1)

É importante ressaltar essa mudança paradigmática na formação trazida pelas DCN com foco na formação de um profissional capaz de aprender a aprender, crítico, que trabalhe em equipe multiprofissional, que ultrapasse os limites do consultório odontológico e considere a realidade social (MORITA et al., 2013), (TOASSI; DAVOGLIO; LEMOS, 2012), pois contribui na preparação para uma possível atuação desse profissional na ESF o mais próxima possível com o preconizado pelo MS (GONTIJO et al., 2009).

No contexto da ESF, a VD vem sendo valorizada como espaço privilegiado de aprendizagem. Dentre os artigos selecionados nessa categoria, dois deles (MORITA et al., 2013), (NORO; TORQUATO, 2015) abordaram especificamente questões relativas à percepção dos acadêmicos sobre as VDs na ESF como parte integrante das mudanças curriculares. Os outros quatro artigos também buscaram compreender as percepções dos acadêmicos, porém trouxeram a VD como parte das ações desenvolvidas pelos estudantes. (TOASSI; DAVOGLIO; LEMOS, 2012), (GONTIJO et al., 2009), (SILVA et al., 2011), (PINHEIRO et al., 2008).

Os estudos inseridos nessa categoria demonstram que a VD contribuiu de maneira efetiva para que o processo de aprendizado dos acadêmicos de Odontologia seja baseado na realidade sócio-econômica, cultural e sanitária dos usuários do SUS, bem diferente daquela vivida por grande parte dos acadêmicos (GONTIJO et al., 2009). **“Foi uma experiência chocante e produtiva pelo fato de estar no meio, na casa com a família da pessoa, vendo a situação que enfrentam no dia a dia”** (MORITA et al., 2010, p. 77).

Esse recorte exemplifica o que Abrahão e Merhy (2014) trazem de reflexão da formação como movimento de produzir-se, ou seja, o “choque” citado gerou um processo único e singular que produziu um sentido que não havia antes. A formação se dá por vários meios, não é restrita apenas ao conhecimento racional e lógico. Durante o processo, os elementos que passam a compor o encontro agem no processo pedagógico ou de cuidado e, por vezes, não encontram na linguagem falada a melhor forma de expressar o seu significado, mas que conferem sentido ao ato. Esse sentido produzido no ato é o que consideramos um dos potenciais da VD na formação profissional e que a diferencia do conhecimento intra-muro “institucionalizado”.

Outro estudo também salientou a importância da vivência do estudante de Odontologia junto à comunidade, quando se observa que 36,2% dos entrevistados afirmaram descobrir a realidade social por

intermédio das visitas (NORO; TORQUATO, 2015). Com essa compreensão *in loco* da realidade das famílias, percebeu-se na literatura uma oportunidade de ampliação da visão dos acadêmicos sobre o processo saúde-doença, todavia este mesmo estudo identificou que 36,2% dos alunos não identificaram qualquer aspecto da VD como importante para a sua formação profissional, assim como 53,2% dos alunos entendem que as VDs têm pouca ou nenhuma contribuição direta para os moradores da comunidade estudada. Também em relação aos benefícios para a comunidade, 10,5% dos entrevistados perceberam nas visitas apenas a maior oportunidade de acesso desses moradores ao curso de Odontologia para tratamento odontológico, demonstrando uma visão eminentemente 'odontocêntrica' (GONTIJO et al., 2009). Atuações como essa em VDs, ainda que sensibilizem o acadêmico, ainda não o seduz, totalmente, como ocorre com a atenção clínica curativa, mas gera um espaço no processo de ensino-aprendizagem de reflexão crítica sobre a SBC.

Já em outros estudos a contribuição da VD promovendo uma visão ampliada do processo saúde-doença do acadêmico ficou evidente, como no relato **“A visita domiciliar foi uma experiência valiosa. A partir de agora não trataremos apenas de uma boca, mas de um ser humano, pois sabemos a realidade em que vivem, sua necessidade e a sua condição de vida”** (MORITA et al., 2010, p.77). Em outro estudo (SILVA et al., 2011) dos acadêmicos entrevistados, 99% consideraram que a motivação do PRÓ-SAÚDE trouxe benefício para a sua vida. Destes, 53% apontou dimensão profissional como o benefício mais significativo, seguidos de 35,2% em termos de dimensão social, e 11,8% de destaque para a dimensão pessoal. O papel da VD também mereceu destaque (SILVA et al., 2011) por conseguir ampliar a visão geral por meio do conhecimento da realidade das famílias atendidas, reconhecimento das barreiras de acesso, para que o aluno procure desenvolver as ações da melhor forma possível, com diagnósticos e planos de tratamento adequados à realidade do usuário. Essas experiências podem levar a mudanças de atitude e a um entendimento ampliado da saúde e da doença na sociedade enquanto processo político, social e culturalmente determinados, ampliando o foco de observação dos acadêmicos para enxergarem na prática a influência da intersetorialidade em saúde (MORITA et al., 2010).

As VDs também favoreceram o reconhecimento da importância do vínculo e do acolhimento na atenção à saúde dos usuários por parte dos estudantes. O atendimento humanizado é previsto pelas DCN e é

difícil de ser obtido nos espaços intramuros das faculdades de Odontologia (MORITA et al., 2010). O estudo de Noro e Torquato (2015) demonstrou que as VDs foram capazes de estimular em 10,5% dos alunos o interesse por desenvolver a humanização na relação com o próximo, um dos grandes desafios na formação de profissionais de saúde.

Também emergiram dos discursos a importância do cuidado, de ser ouvinte das demandas do usuário, de aspectos afetivos do cuidado e da possibilidade de vincular-se tanto aos usuários, quanto aos profissionais da equipe de saúde:

“...estamos aprendendo bastante. Principalmente com as VDs. Conhecer pessoas de outras faixas etárias, lidar com elas sem muitos recursos, pessoas simples. E o que estamos notando também é a necessidade de ter um tempo para conhecer as pessoas, aprender a se relacionar [...]. Cada dia que vamos lá, nos sentimos mais à vontade para perguntar, pedir, dizer o que achamos. Achamos isso bem importante, criar o seu espaço em um lugar que já está propriamente em funcionamento” (TOASSI, DAVOGLIO e LEMOS, 2012, p. 235).

Esse recorte demonstra que a formação de vínculo construída ao longo das ações extra-muro são importantes para transformação de imagens e conceitos, muitas vezes negativos, sobre o SUS, sendo a VD importante para que os alunos vivenciem a realidade dos profissionais que atuam neste sistema.

“Um fato curioso é que a ACS realmente tem conhecimento da maioria senão de todas as pessoas das áreas onde passamos, de suas enfermidades, dificuldades e problemas”. Esse relato demonstra claramente que as VDs contribuíram na percepção, valorização e reconhecimento do trabalho humanizado desenvolvido pelos ACS, o que extrapola a formação profissional, contribuindo para a cidadania, visto que favorece o reconhecimento de atitudes e valores atrelados ao compromisso social dos profissionais de saúde (MORITA et al., 2010, p. 77).

[...] o ato do trabalho funciona como uma escola, ele mexe com a nossa forma de pensar e de agir no mundo. Formamo-nos, basicamente, no trabalho por ser o lugar de produção do agir em saúde, dos profissionais de saúde e dos saberes

que são ali produzidos. Esse exercício cotidiano em si é um ato pedagógico. (MERHY, 2005, p. 198)

Com a finalidade de discutir como é construída a produção do cuidado à saúde do idoso por uma equipe multiprofissional dando ênfase à questão interdisciplinar, Besse, Cecílio e Lemos (2014) realizaram um estudo de caso. Analisou-se o quanto os profissionais que atuam em um Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PADI) ligado à Universidade de São Paulo, constroem a multidisciplinaridade na prática. Por estar inserido em uma universidade pública, o programa desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa, constituindo a equipe um CD. Como principais resultados apontou-se a importância da conjunção do cuidado técnico, com o cuidado leigo realizado no domicílio para a implementação do plano de cuidados e a necessidade de transpor diversas dificuldades devido à escassez de recursos humanos, equipamentos e insumos.

Driusso et al. (2013) registraram que as principais atividades desenvolvidas pelos discentes foram atendimentos clínicos e VDs na rede de atenção primária, buscaram avaliar a percepção dos usuários do SUS sobre a inserção e atuação dos estudantes, dentre eles os de Odontologia, na visão do usuário 55,3% consideraram a atividade como muito boa e a maioria (58,2%) avaliou as atividades realizadas pelos alunos como resolutivas.

Merhy (2006) afirma que os usuários tem uma expectativa de que as ações de saúde possibilitem uma melhora em suas vidas, lhes dando maior capacidade de enfrentamento dos problemas que tem diante de si no cotidiano, ou seja, existe um interesse do usuário em ser cada vez mais autônomo diante do seu caminhar na vida.

Logo, faz-se necessário pensar a VD nesse processo de ensino-aprendizado para além da coleta de dados relativos ao cadastro, propiciando que o vínculo do estudante com a família se desenvolva na lógica da humanização do atendimento, tendo por base uma relação afetiva, confiança e perspectiva de acompanhamento domiciliar e ambulatorial mais próximo aos benefícios conquistados pelos ACS no cotidiano de trabalho da ESF. Para que isso se efetive, o aprofundamento do conhecimento e prática sobre a humanização e prática por parte de professores e alunos é fundamental, além de construir estratégias para que o atendimento odontológico proposto pelos cursos responda às necessidades da comunidade, o que também é um desafio para a ESF (NORO; TORQUATO, 2015).

“Posso dizer que foi uma experiência única, de grande aprendizado e amadurecimento profissional. Proporcionou-me um conhecimento mais amplo e crítico do PSF” (MORITA et al., 2010, p. 78). Esse relato demonstra que as VDs favoreceram a participação dos alunos enquanto sujeitos ativos na construção do conhecimento a partir da atuação sobre problemas reais (MORITA et al., 2010). O estudo de Toassi, Davoglio e Lemos (2012) ressalta o fortalecimento da autonomia, comunicação e tomada de decisões do estudante, o que o leva a compreender a organização e gestão do trabalho em saúde. O processo técnico-pedagógico se dá na perspectiva de interação permanente entre o conhecimento e a realidade, com complexidade crescente, e que orienta a construção de competências profissionais para atuação no SUS.

Dessa forma, os acadêmicos podem perceber o fortalecimento crescente da saúde pública, entendendo que esta área precisa de profissionais capacitados para transpor os variados desafios. O estudo de Silva et al. (2011) também demonstrou por intermédio de entrevista que 60,9% dos acadêmicos pretendem iniciar sua vida profissional preferencialmente na rede pública, 25,4% prioritariamente em consultório ou clínica privada e talvez rede pública, 11,8% somente em consultório ou clínica privada, e 1,9% somente na rede pública. Por isso, valorizar experiências diferenciadas como o trabalho da VD podem contribuir significativamente para um novo olhar do acadêmico em suas atuações na comunidade, (TOASSI; DAVOGLIO; LEMOS, 2012) para que seja possível uma maior integração da profissão com outras áreas da saúde a quebra da dicotomia preventivo-curativa, público-privada e da preferência precoce da superespecialização, que vem caracterizando o exercício da profissão.

Pinheiro et al. (2008) analisando a formação do CD para a promoção da saúde, perceberam que as ações de promoção da saúde acontecem predominantemente no ambiente escolar do município de Quixadá, Quixeramobim e Choró no estado do Ceará. Dos 11 relatos emergiram questões relativas às VDs, que mesmo incipientes, são entendidas por alguns profissionais como um caminho para aproximar-se do contexto dos usuários: **“A gente também realiza visita domiciliar, a gente procura sempre tá junto da população pra saber o que estão precisando...”** (PINHEIRO et al., 2008, p. 73). As dificuldades levantadas nesse estudo para que o trabalho da promoção de saúde se desenvolva foram: demanda excessiva por atendimento odontológico; formação insuficiente na graduação; questões culturais;

falta de apoio dos gestores e de compromisso dos profissionais; dificuldades no trabalho em equipe e de intersetorialidade; e as condições de saúde da população.

Urge a necessidade de exercitar o potencial criativo no trabalho vivo da formação em saúde, não colocando nesse território a doença como fator principal do cuidar, mas que amplie a capacidade de invadir novos territórios existenciais, saindo em busca de experiências de formação que se projetam sobre territórios que propiciem o contato com outras culturas, outros modos de viver a vida, a partir do trabalho vivo, como agir pedagógico que rompe com uma única verdade (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

7.2 Visita domiciliar orientada às especificidades do cuidado em saúde

Nessa categoria foram agrupados os artigos que abordam a atuação domiciliar do CD para usuários de alguma faixa etária ou com alguma demanda de saúde específica. Por trabalhar com essas especificidades, aprofundam algumas questões referentes ao cuidado/atendimento domiciliar do CD que podem ser exemplos potencialmente relevantes para outras populações. Foram selecionados 12 artigos nessa categoria, sendo que metade deles abordaram aspectos da SB no âmbito do domicílio.

Simioni, Comiotto e Rêgo (2005) realizaram um estudo, de abordagem qualitativa, para analisar as distintas realidades vivenciadas por um grupo de 20 mães, do período gestacional aos primeiros meses de vida do bebê, e compreender como elas valorizam e dão sentido à SB de seus filhos.

Para isso, utilizou-se questionário semi-aberto em dois momentos diferentes de entrevista: a primeira no período da gravidez, antes da palestra odontológica educativa, e a segunda após o nascimento de seus filhos, durante a VD. Durante a realização da VD, notou-se que existe uma diferença entre a intenção e a ação no período pós parto. Um exemplo disso foi que, enquanto gestantes, todas as mulheres referiram-se ao leite materno como melhor alimento no primeiro ano de vida e, no entanto, durante a VD, constatou-se que apenas 4 mães (20%) estavam amamentando exclusivamente o bebê, evidenciando que a realidade vivida pelas mulheres no pós-parto é o que define as ações tomadas. Mesmo com a palestra realizada no período gestacional, 12 mães (60%) apresentaram dúvidas, durante a VD, acerca dos cuidados com a SB e alimentação do bebê, o que corrobora com o reconhecimento de 55%

das mães da importância de ambos os métodos educativos (palestra e visita) como no relato: **“Eu achei as duas importantes. Porque uma foi o complemento da outra. Lá vocês ensinaram, foi uma teórica, e aqui foi a prática. Eu gostei das duas.”** (SIMIONI; COMIOTTO; RÉGO, 2005, p. 171). Além disso, a VD também se demonstrou capaz de gerar vínculo, o que foi importante para que o estímulo ao cuidado fosse efetivo, sem desconsiderar o entendimento acerca das diferentes realidades como norteador das ações educativas, respeitando as particularidades de cada indivíduo.

Neto et al. (2009) se propuseram a determinar os fatores de risco associados ao desenvolvimento da respiração bucal nos primeiros períodos do desenvolvimento infantil, por meio de um estudo de coorte prospectiva. A amostra acompanhou efetivamente 67 bebês com idades entre 0 a 3 meses, que estivessem sob a área de abrangência de três USF de Vitória – ES, até a média de 29, 42 meses. O acompanhamento e coleta de dados foram feitas por intermédio de sete VDs onde o pesquisador acompanhava o trabalho do ACS, que habitualmente orienta com relação a cuidados com o recém-nascido, referentes à higiene bucal, amamentação exclusiva, dentre outros. Notou-se que o aparecimento dos primeiros casos de respiração bucal da população acompanhada nas visitas ocorre conjuntamente com a diminuição da prevalência de vedamento labial, diminuição da taxa de aleitamento materno, aumento da prevalência de uso de e manutenção de altas taxas de sucção de chupeta. Sugere-se, assim, que tais fatores associam-se, de alguma forma, com o aparecimento do reflexo da respiração bucal.

Esse estudo traz uma possibilidade interessante, trazida no marco conceitual desta revisão integrativa, no sentido de planejar a VD como vigilância em SB (OLIVEIRA; BERGUER, 1996), nos primeiros meses de vida da criança, ampliando as possibilidades de diagnóstico precoce para além do ambiente do consultório. Conforme Coelho e Savassi (2004) a classificação seria de uma VD Meio, por se tratar de uma demanda reprimida e se trabalhar com aspectos de prevenção e promoção da saúde.

Cardoso et al. (2012) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar um programa de cuidado em SB domiciliar para Crianças e Adolescentes com Paralisia Cerebral (CAPC) e seus cuidadores no município de João Pessoa-PB. Caracterizou-se por um estudo de intervenção com ensaio clínico não controlado, de abordagem quantitativa. O programa teve cinco fases de cuidado em saúde: identificação das CAPC nos seus domicílios; caracterização e diagnóstico do processo de cuidado em SB; planejamento das decisões

sobre os cuidados individuais para eliminação das necessidades de SB identificadas; a associação de intervenções curativas, preventivas e de promoção em saúde; e a avaliação da condição de cuidado em SB obtido para estes indivíduos, e controles periódicos semanais. A amostra abrangeu 12 CAPC entre 2-16 anos e 12 cuidadores. A identificação das CAPC foi baseada: nas informações obtidas com Apoiadores, ACS e prontuários das USF e busca ativa em domicílio.

O programa preventivo domiciliar constou de ações individuais semanais, realizadas em 94 consultas domiciliares. As ações foram: noções de educação em saúde para o cuidador dentro de um processo de aprendizagem horizontal, treinamento para Escovação Supervisionada (ES) adaptada com abridores de boca, adequação e orientação da dieta, para as CAPC também foram feitas orientação de ES, aplicação tópica de flúor, raspagem periodontal supragengival e Tratamento Restaurador Atraumático, caso houvesse necessidades que não pudessem ser tratadas em ambiente domiciliar, seriam referenciados à UBS do território, todavia isso não foi necessário (CARDOSO et al., 2012).

Os autores do estudo destacaram que a participação do ACS e apoiadores na identificação de CAPC: diminuiu a hora de trabalho da equipe pesquisadora na etapa de identificação; favoreceu o deslocamento dos pesquisadores nas áreas de abrangência das USFs; e, aumentou o engajamento dos profissionais do serviço de saúde no cuidado das CAPC.

Além disso, o domicílio das CAPC foi o espaço das ações em SB, o que foi capaz de transpor as dificuldades de locomoção apresentada pelas CAPC, uma das barreiras geográficas de acesso para o atendimento odontológico e, contribuiu no condicionamento psicológico das CAPC, durante as abordagens odontológicas. O programa foi capaz de provocar mudanças nas condições de SB das CAPC por meio do cuidado domiciliar, favorecendo a melhoria do acesso e qualificação do cuidado em SB ofertado as CAPC.

Esse estudo demonstrou a ampla gama de ações possíveis, tanto de atendimento/cuidado domiciliar quanto de promoção e prevenção em SB, conseguindo ter resolutividade na atenção prestada a esses usuários em nível básico, o que corrobora com as questões trazidas por Kerber, Kirchof e Cezar-Vaz (2008), que discorrem que a vivência do contexto dos usuários pelos profissionais de saúde reorienta a atenção prestada nos aspectos de promoção, recuperação, reabilitação e manutenção de saúde de maneira individualizada e horizontal.

Turriani et al. (2012) escolheram trabalhar com adolescentes, uma faixa etária que pouco frequentava a unidade de saúde e que poucas

ações eram realizadas com enfoque nesse grupo de pessoas. O objetivo foi analisar a interferência das ações de educação na SB de adolescentes dentro da ESF, o contexto foi de uma escola na área de abrangência de uma USF considerada área de vulnerabilidade social muito alta. Foi aplicado um questionário e realizado exame clínico avaliando biofilme e inflamação gengival em 80 adolescentes prévia e posteriormente das intervenções. Também foi realizado um estudo qualitativo da técnica de escovação em 15 adolescentes pertencentes à amostra. Dividiram-se os adolescentes em três grupos: adolescentes que participaram de atividades educativas desenvolvidas na escola; que tiveram ambientação em SB, através de orientação para as famílias, durante VDs mensais dos ACS capacitados previamente pela ESB e com um protocolo de visitas para orientação em SB; que participaram de um grupo semanal de orientação para melhoria da qualidade de vida, tendo sido considerados os que participaram em mais de seis encontros.

Nesse estudo, observou-se aumento no número de adolescentes que apresentaram gengiva saudável ou inflamação leve nos grupos VD e escola. Esse achado demonstra a importância de um planejamento conjunto de ações de educação em SB entre os profissionais de saúde e também de educação para uma faixa etária que pouco procura o atendimento odontológico, e que desafia a ESB a sistematizar esse acesso.

Segundo diretrizes da PNSB, ações de educação em saúde devem ser desenvolvidas pelo CD, TSB, ACD e, também, pelo ACS especialmente durante as VDs (BRASIL, 2004), visto que é importante no transformação social.

Amaral, Portilho e Mendes (2011) realizaram uma revisão de literatura analisando estudos que abordassem e investigassem as estratégias de acolhimento e acompanhamento na aplicação de técnicas preventivas, de atendimento humanizado e de promoção da SB no paciente autista, com a finalidade de contribuir na discussão de melhorias no cuidado em saúde dessa população particularmente pela ESF. Demonstrou-se que os estudos científicos nessa área são escassos e que se faz necessário aprofundar as discussões relativas ao cuidado em saúde do paciente autista nos serviços públicos de saúde. Indicou-se, por meio da literatura, que a ESB precisa ser abrangente no atendimento do autista, no sentido de incluir a sua família nas abordagens, e isso somente é efetivo se o profissional conseguir vincular-se nesse processo, por isso destacou-se o papel da VD. Não somente para formação de vínculo, mas essa nova lógica das ações em SB também pode subsidiar a

realização de um plano de ações individualizado no sentido de superar, dentro do possível, as limitações apresentadas pelo paciente autista, identificar como a família percebe a importância do cuidado com a higiene bucal da pessoa com autismo e estratégias que usa para isso e, caso seja necessário, o plano de ações pode envolver visitas ao consultório odontológico para a ambientação e posterior tratamento clínico.

Miranda et al. (2010) realizaram uma revisão de literatura com o propósito de apontar a evolução dos diferentes estágios da doença de Alzheimer e relacioná-los às possibilidades de atuação do CD. Os problemas de SB mais recorrentes nessa população são a cárie dentária, problemas periodontais devido a ineficácia no controle de biofilme, hipossalivação medicamentosa e uso de próteses mal adaptadas e desgastadas provocando lesões na mucosa. Os autores discutiram que ainda são escassos os esforços de ações preventivas voltadas à promoção da saúde e adequação do meio bucal dessas pessoas. Na fase inicial, as orientações tanto ao indivíduo quanto ao cuidador são muito importantes, assim como a adequação do meio bucal evitando problemas futuros. Ressaltou-se que nessa fase os cuidadores e familiares aceitam melhor o treinamento, ao longo do tempo aumentará a dificuldade de higienização e aceitação do indivíduo para a realização dos procedimentos.

Os autores dessa revisão ressaltam que a partir da fase intermediária do Alzheimer, onde o indivíduo já apresenta uma fase de semi-dependência em relação às atividades de vida diária, a odontologia domiciliar é importante para que as condições mínimas de SB sejam priorizadas, contribuindo para melhora da qualidade de vida desse indivíduo.

Shimbo, Labronici e Mantovani (2011) realizaram um estudo com objetivo de identificar as formas de reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos referidos pela equipe da ESF no município de Curitiba, com amostra de 96 integrantes, dentre eles CDs e TSBs.

Os pesquisadores abordaram as diferentes classificações de violência na pesquisa: física, sexual, psicológica, econômica, institucional, abandono/negligência, autonegligência e violência intrafamiliar. Constatou-se que 91% dos profissionais reconhecem a violência, e a forma mais comum foi o abandono/negligência. Um fato relevante foi que 86% dos sujeitos mencionaram VD como uma importante estratégia para sua identificação. Faz-se necessário que o profissional de saúde desenvolva habilidades que facilitem o reconhecimento das situações de violência. Salientou-se que isso vai ao

encontro das propostas das Políticas de Saúde do Idoso e das Diretrizes de Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, da atenção integral e integrada à saúde na terceira idade.

Barros, Maia e Pagliuca (2011) objetivaram apresentar o perfil dos profissionais da ESF, identificando as ações prestadas, facilidades e dificuldades enfrentadas na assistência ao idoso em um município de pequeno porte, Caririçu/CE. Dentre os 21 participantes do estudo, 8 eram odontólogos. Três odontólogos afirmaram não realizar ações junto à pessoa idosa. O trabalho também discute que as ações desenvolvidas pelos médicos e dentistas ainda tem apenas um caráter curativo, todavia, salienta que a assistência domiciliar realizada pela ESF contribui para a concretização do que é prescrito para a população idosa pelo MS no contexto estudado. Os critérios de priorização de VDs para idosos por essa ESF foram: egressos de internação hospitalar ou domiciliar; aqueles identificados por meio de visitas do ACS, por solicitação do próprio usuário, da família, de vizinhos, do hospital; indivíduos acamados, com dificuldade de deambulação, que vivem com doenças crônico-degenerativas que não estejam aderindo ao tratamento, e, ainda, os que moram sós.

Questões importantes foram levantadas pelos artigos de revisão. O Estatuto do Idoso foi reafirmado nos diferentes artigos, visto que traz uma contribuição valiosa na construção de práticas voltadas para uma assistência com intensidades variáveis de cuidados, também é garantida a integralidade da atenção à saúde do idoso pelo SUS. Com a intervenção terapêutica garantida, surgem normas para o funcionamento da AD incluindo as modalidades de assistência e internação domiciliar.

Além disso, trazem a importância dessa discussão que foi reafirmada no Pacto pela Saúde (2006). Questões relativas à Saúde do Idoso estão entre as seis macro prioridades pactuadas nesse planejamento de ações, tendo por diretrizes a implantação de serviços de AD com o intuito de valorizar o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação do idoso.

Além disso, apontam a relevância da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que indica a implementação do atendimento domiciliário na incorporação da atenção básica. A finalidade é a melhoria da qualidade e maior resolutividade da atenção à pessoa idosa, no sentido de orientar os serviços públicos de saúde para captar o nível de dependência do idoso e atribuir um acompanhamento diferenciado para cada situação. Essa Política coloca a ESF como nível assistencial preferencial para que o idoso tenha acesso ao cuidado.

Segundo o manual da Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2007), espera-se que os profissionais da Atenção Básica atuem em áreas como: humanização e acolhimento, promoção de hábitos saudáveis, avaliação global da pessoa idosa, suporte familiar e social, fragilidade em idosos intrafamiliar e maus-tratos, envelhecimento e medicamentos, osteoporose, quedas, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, incontinência urinária, depressão, demência, envelhecimento e AIDS e AD.

A questão do atendimento domiciliar foi o tema da revisão realizada por Souza e Caldas (2008) como um direito garantido pela Constituição Brasileira, que salienta que a família, a sociedade e o Estado devem amparar a pessoa idosa, assegurando a participação na comunidade, defendendo a dignidade, bem estar e garantindo-lhes o direito à vida.

Tedeschi-Oliveira e Melani (2007) realizaram uma revisão de literatura trazendo os aspectos éticos envolvidos no atendimento odontológico domiciliar, também com enfoque sobre o idoso. A pessoa idosa quando encontra-se em condição de dependência, fragilidade e necessidade de cuidado requer que o profissional tanto o acolha, quanto acolha sua família, levando em consideração as relações nem sempre afetuosas dos membros dessa família, sem desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o usuário. Também salienta que a prática odontológica domiciliar não é prevista especificamente no código de ética odontológico, muito provavelmente pela falta de conhecimento e preparo profissional. Todavia, todas as condutas éticas e profissionais devem ser seguidas nos atendimentos odontológicos domiciliares realizados pelos dentistas, pois estão sujeitos as mesmas infrações éticas. Muitas vezes a liberdade de decisão sobre o próprio corpo é perdida. O relacionamento com o usuário e/ou família/cuidadores pode inviabilizar o cuidado no domicílio, visto que entrar na casa de alguém que não nos quer bem não é tarefa semelhante a receber um usuário descontente no ambiente do consultório odontológico.

Para Franco e Merhy (2008) o atendimento domiciliar ao idoso emerge como um modelo de *continuum* de atenção à saúde que favorece a interação entre família, idoso, profissional e toda a rede que se forma em torno do processo de produção do cuidado em saúde, por ser o domicílio um espaço que propicia o encontro desses diferentes atores sociais.

7.3 A Visita Domiciliar como prática em saúde bucal da equipe saúde da família e a possibilidade de vínculo com o usuário

Essa categoria agrupou 15 artigos que destacaram a VD como inovação tecnológica na atenção à SB tanto da ESB quanto da ESF, bem como estudos que aprofundassem seu potencial na criação de vínculo entre os profissionais de saúde e usuários. Entendendo vínculo na perspectiva de Franco e Merhy (2008), enquanto diretriz do modelo assistencial, como indicador de positividade nas relações de cuidado. O vínculo propicia um processo de trabalho mais dialógico, interativo, com pactuação do projeto terapêutico e, além disso, facilita a relação que se estabelece no processo de cuidado entre todos os sujeitos envolvidos.

Um estudo de caso, de cunho etnográfico, realizado por Uchoa et al. (2011), buscou avaliar a satisfação do usuário com as desejadas mudanças trazidas pela ESF na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. Participaram da pesquisa 60 usuários e a coleta de dados deu-se por meio de 4 grupos focais. No que tange as mudanças de modelo, a VD recebeu destaque pelos usuários. Todavia, nos relatos está presente o diagnóstico de que essas visitas são feitas, em sua maioria, pelo ACS. Nas visitas, também havia agendamento de consultas odontológicas: **“Marca um dentista, marca um exame, pra perguntar, pra receber, o dia que tem médico.”** (UCHOA et al., 2011, p.1070). Essa fala, demonstra que a VD facilita o acesso ao serviço e/ou às ações de saúde, e por conta disso, estreita os vínculos. Todavia, não foi destacado pelos usuários no seu discurso o uso de tecnologias leves que provoquem o enfrentamento dos determinantes de saúde, nem relativos a uma prática interdisciplinar, intersetorial articulada às possíveis redes sociais. Isso contribuiu para que o usuário acredite que os problemas de saúde serão sanados por meio de práticas clientelistas, e não na garantia dos direitos de cidadania.

Aprofundando essa questão, Pinheiro e Oliveira (2010) realizaram uma pesquisa qualitativa, de natureza explicativa, no município de Fortaleza – CE, para compreender como são empregadas as tecnologias leves do acolhimento e vínculo na prática do CD na ESF. Traz discussão sob um pressuposto interessante:

O CD depara-se com essas diversas tecnologias no sentido da construção do cuidado. É fácil identificar que, devido às características próprias de sua prática, esse profissional encontra-se dependente das tecnologias duras, como os instrumentais e equipamentos presentes no

consultório odontológico. Porém nunca poderá prescindir das tecnologias leve-duras e das tecnologias leves, já que opera também no espaço do encontro com o usuário. É o somatório dessas tecnologias que comporá o cuidado no atendimento odontológico (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2010, p.188).

Dentre essas tecnologias, os autores se dedicam à discussão do acolhimento e vínculo. Um instrumento de destaque na discussão sobre vínculo na ESF foram as VDs. Reafirmou-se que através das VDs o profissional entra em contato com a realidade vivenciada do usuário, conseqüentemente, construindo uma relação de amizade e confiança baseada no vínculo. Contudo, na realidade estudada, esse instrumento não é priorizado, as visitas são esporádicas. As dificuldades a serem transpostas dizem respeito à infraestrutura (falta de transporte) e a organização do trabalho do CD nas UBS. Devido a grande demanda por atendimento clínico e poucos profissionais contratados, existe a dificuldade de aproximação entre o usuário e o CD, criam-se linhas de tensão e o consultório odontológico tem sido o campo de prática do dentista, o que tem dificultado a construção do vínculo que poderia ser estabelecido de maneira mais facilitada em espaços diferentes, como a VD. Os resultados demonstram que faz-se necessário transpor esses limites, que as tecnologias leves ou relacionais vem sendo valorizadas e configuram-se num grande campo a ser explorado para a mudança do processo de trabalho na saúde, transferindo o foco em procedimentos (tecnologias duras e leve duras do modelo biomédico), para o foco no usuário (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2010).

Quando a VD não é incorporada no processo de trabalho e é esporádica, o vínculo com a população adscrita fica fragilizado, o que retroalimenta o ciclo do processo de trabalho alienante e independente dos profissionais da SB. As VDs, implantadas na prática destes profissionais como ações periódicas, provocariam a aproximação com os sujeitos e com a realidade do usuário/comunidade, bem como otimizariam a força do encontro trabalhador-cuidador-usuário, gerando potência para uma transformação das práticas de saúde (SILVA et al., 2010).

Santos et al. (2008), aprofundaram seu estudo na compreensão do vínculo na construção de autonomia dos sujeitos que engendram as práticas de SB na ESF em Alagoinhas-BA. Para isso, foram entrevistadas e observadas 17 pessoas, divididas entre grupos de usuários, de trabalhadores de saúde e de cirurgiões-dentistas e ACD.

Também emergiu a VD, como estratégia da ESB para estabelecimento do vínculo e fortalecimento da autonomia da comunidade, tanto em questões relativas ao autocuidado, como da autonomia dos demandantes. Por isso, não pode ser encarada como mais uma tarefa que conste no sistema de informação no final do mês, pois tem um importante papel clínico e pedagógico como no relato:

“(...) nas visitas domiciliares, a gente tem um retorno muito positivo (...) a gente pode constatar que a comunidade realmente gosta da visita do dentista (...) eles pediram pra gente continuar fazendo, justamente por conta da demanda que a gente tem aqui na unidade pra atender e da dificuldade que eles têm de vir à unidade: os deficientes físicos, os idosos, muitos acamados.” (SANTOS et al., 2008, p.468)

O território de necessidades e as demandas apresentadas pelos usuários precisam definir as práticas balizadas em saberes técnicos e populares. Assim, a prática em SB fundamentada nos pilares relacionais necessita do amálgama que vincula, estreita laços e estimula as potencialidades do outro, autonomizando o usuário e ampliando o cuidado (SANTOS et al., 2008).

Santos (2006) ousou apontar direções que fossem desencadeadas por dispositivos relacionais (acolhimento, vínculo) e instituintes (autonomia, pertencimento, empoderamento) na perspectiva da organização dos serviços de SB. Quando expuseram questões relativas à resolubilidade do projeto terapêutico, a VD foi abordada. Indicou-se que num primeiro momento, as visitas teriam o propósito de reconhecimento da área de abrangência e que posteriormente deviam ser avaliadas as ações terapêuticas (intervenções clínicas domiciliares) restritas apenas aos usuários que não pudessem se locomover até a unidade de saúde. Também foi orientado que a VD não precisa acontecer em turnos pré-fixados, mas ter a disponibilidade de acontecer sempre que necessário (gestante, acamado, recém nascido, idoso, pessoas com necessidades especiais) com agendamento prévio junto às famílias, pelo ACS, devendo cada localidade planejar melhor a estratégia para a sua comunidade.

Compreendendo as VDs como tecnologia de interação no cuidado à saúde da família, o objetivo de Sakata et al. (2007) foi compreender as concepções da EqSF sobre as visitas. Foram entrevistados 19 profissionais, estudo qualitativo, dentre eles cirurgiões-dentistas. Os resultados apontam que as visitas são realizadas por todos os

profissionais da equipe, considerada uma atividade com potencial para se utilizar tecnologias leves e favorecer novas maneiras de se cuidar a saúde das famílias, mais humano e acolhedor, permitindo o vínculo, laços de confiança e permite o conhecimento do usuário no seu ambiente familiar. Ainda entende-se que as visitas são compreendidas como acompanhamento da saúde. Todavia, existe um caráter negativo que, por vezes, se dá em visitas com objetivo puramente para a fiscalização, vistoria e os registros de aspectos somente biológicos da saúde e da doença. Dificuldades existiram como pouco tempo disponível para visitas, impotência da equipe frente à realidade complexa dos problemas, provocando sentimento de frustração por parte da equipe e dificuldade em separar a vida profissional da pessoal.

Azevedo et al. (2011) avaliaram, por meio de grupo focal com usuários e profissionais de saúde, como tem sido desenvolvida a participação da comunidade na construção da saúde em uma USF de João Pessoa-PB, também houve participação do CD nessa pesquisa. Uma das questões interessantes que emergiram nas falas dos usuários foi uma cobrança para a retomada de VDs:

“[...] vocês saíam mais pra visitar as residências, as casas, a moradia de cada um [...] vejo pessoas que dizem assim: “Pra quê eu vou arrumar minha casa? Não vem ninguém aqui!” [...] Mas só a visita já levanta a auto-estima da pessoa: “tem alguém que se preocupa comigo”. [...] vejo que a gente não cuida da saúde só com medicamento.” (AZEVEDO et al., 2011, p.146).

A equipe demonstrou uma prioridade diferente nas visitas, que não devem interferir no cronograma de atividades **“A equipe tem ido quando há necessidade, quando a pessoa não pode vir até a gente [...] Muitas pessoas acham que a gente tem que fazer visita todo dia [...] A gente tem o cronograma [...] Concordo que não são apenas os acamados que precisam da visita [...]”** (AZEVEDO et al., 2011, p.146).

Uma fala importante surgiu na discussão sobre estratégias de construção da saúde:

“[...] Vocês acham que a gente só trabalha quando está dentro da sala, fazendo a cura [...] A prevenção é trabalho também, escovação, palestra, visita, grupo de jovens é trabalho! Então vocês deviam dar mais valor à prevenção [...] Cerca de 90% da comunidade sabe explicar direitinho como fazer a

escovação, mas, quando abrem a boca, é um caos! Quer dizer, a pessoa sabe como fazer [...] E porque não faz?”(AZEVEDO et al., 2011, p.149).

Falas como essas demonstram as disputas no território do trabalho vivo, onde os profissionais de saúde apontam um determinado plano de cuidado, com regras estabelecidas e pautadas nos sinais e sintomas, para o andar da vida do usuário. (ABRAHÃO; MERHY, 2014). Frequentemente, essas indicações não são seguidas, devido a outros planos, projetos de vida e cuidado ditados pelos usuários. Evidentemente, há uma decepção que invade esse encontro, o profissional ressent-se por sua “inoperância” e o usuário pela falta de compreensão do que é sua necessidade. O fundamental é que seja incorporada a potência de vida nesses encontros, reconhecer e provocar movimento no território existencial do usuário.

Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) também se propuseram conhecer as estratégias de formação do vínculo entre usuários e profissionais da ESF de uma UBS em Fortaleza-CE, por meio de um estudo descritivo de natureza qualitativa, com 12 profissionais das EqSF, também participando o CD. Uma das estratégias para o estabelecimento de vínculo foi a VD. Os profissionais compreendem vínculo como relacionamento, cumplicidade e confiança. Acreditam que organização do serviço, compromisso e respeito são indispensáveis para a consolidação deste processo, que pode ser formado com grupos, acolhimento e VD, conforme os relatos dos profissionais, já existe uma aproximação com o usuário, os quais já procuram a unidade para esclarecer dúvida, requisitar VD a um parente acamado ou com dificuldade de locomoção, por exemplo.

Szpilman e Oliveira (2011) pretenderam desvelar a percepção dos usuários acerca do acolhimento e demais dispositivos que orientam a atenção integral à SB em uma Unidade de Saúde de Vila Velha, ES. Quando se discutiu acesso, os sujeitos da pesquisa destacaram a VD com um elevado grau de satisfação, principalmente a VD do ACS. Ressalta-se também nessa pesquisa o vínculo e alto grau de satisfação com o atendimento do CD. Todavia, a população requer que as VDs sejam realizadas por outras categorias profissionais que não só o ACS, demonstrando uma barreira ao acesso de usuários que não dispunham de condições físicas ou psicológicas para chegarem a UBS em busca do atendimento de suas necessidades.

Cunha e Sá (2013) analisaram três equipes da ESF inseridas em um contexto complexo no município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil, assim como a gerência do cuidado, tendo as VDs como foco da análise. Entrevistou-se 13 profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, CDs e ACS.

No que se refere às VDs da odontologia, observou-se que são orientadas para realização de perfil epidemiológico, base para a priorização e agendamento de primeiras consultas. Uma das cirurgiãs-dentistas relata que um fator preocupante é a expectativa de consulta que esse cadastro gera. Assim como os profissionais da ESF, cada ESB determina a rota das VDs individualmente, com o auxílio do ACS, começando em geral por áreas de maior risco social: **"Eu peço para o O. (ACS) pra ir só nas famílias mais carentes"** (CUNHA; SÁ, 2013, p.68).

O mesmo acontece para os demais profissionais. Discute-se nesse trabalho que planejamento das visitas é pensado apenas pelo ACS, sem que previamente haja uma pactuação em equipe. Além disso, não há padronização dos procedimentos, ficando a critério do profissional e o mais grave seria a reprodução burocrática das VDs: preenchimento de fichas e atualizações rotineiras que atrapalham a construção de novas relações entre os usuários e a equipe.

Além disso, refletiu sobre a VD ser um processo de trabalho que especialmente usa tecnologia leve, relação com os outros e a necessidade de maiores trabalhos abordarem isso, visto que as demandas de trabalho são maiores nesse contexto, mobilizando ações não só físicas, mas, sobretudo, psíquicas. Por ter um trabalho essencialmente relacional e conhecer o território com mais intensidade, os ACS durante a VD tornam-se os atores principais do processo, e não o médico, enfermeiro ou o CD. O deslocamento da equipe de saúde no território, na casa dos usuários, pode contribuir para uma potente mudança de práticas entre categorias, para o reconhecimento de uma experiência prática construída no trânsito pela comunidade. Todavia, os entraves para que isso se manifeste passam pela grande exigência de disponibilidade interna do profissional de saúde para lidar com o inesperado e o diverso. Concluiu-se que há um grande imprevisto por parte dos profissionais devido às precariedades das condições de trabalho e desafios trazidos pelas demandas que emergem do território.

Fadel, Moura e Bittencourt (2011) entrevistaram 2010 famílias cadastradas no PACS no município de Ponta Grossa/PR para verificar a imagem que os usuários tinham a respeito das VDs realizados pelos

ACS, com destaque para a investigação da existência de ações de cunho odontológico nesse contexto e sua atuação como multiplicadores de informações no âmbito de SB. A totalidade dos usuários apontou a inexistência de ações de cunho odontológico pelos ACS, mostrando que pouco se aproveita dessa modalidade de assistência à saúde para o trabalho de educação e prevenção em SB. Mesmo que nesse estudo os ACS tenham sido reconhecidos como um potente mediador entre a equipe multidisciplinar de saúde e a comunidade, notou-se o quão frágil é a ligação no campo da SB.

Situação semelhante foi encontrada no estudo de Espínola e Costa (2006) que analisaram os ACS da zona urbana do município de Mossoró-RN, constataram que somente 3,73% dos ACS declararam desempenhar tarefas relacionadas à Odontologia, o que representa um percentual baixíssimo, tendo em vista que esses profissionais são os principais agentes multiplicadores de ações que redundam em saúde e que a SB faz parte da saúde geral, essencialmente eles devem também promover atividades educativas em SB, também sendo a ligação entre a ESB da ESF e a população. Dentre as temáticas para capacitações necessárias citadas pelos ACS entrevistados para maximizar o seu desempenho, apenas 2,98% dos entrevistados citou SB.

Mialhe, Lefèvre e Lefrèvre (2011) avaliaram, por meio de abordagem qualiquantitativa, as práticas educativas em SB de 80 ACS no município de Piracicaba, SP, representando de 51,3% da população estudada. Os dados foram coletados por meio de entrevista. Constatou-se que as atividades educativas em SB são feitas esporadicamente e principalmente voltadas às gestantes, mães e crianças, em um modelo vertical de transmissão de informações para mudança de comportamento, também no ambiente do domicílio, conforme relato:

“Nas visitas a gente sempre orienta a mãe e a criança. A mãe, eu já costumo falar desde a gestante os cuidados dos dentes, porque o risco de cárie é maior. Tá pegando desde aquela mãe que você já foi quando era gestante e você falou sobre tomar cuidado com a dentição por causa que pode cair, aquela coisa; se tiver algum problema que é normal, aquela coisa toda. E depois, quando essa criança nasce, a gente faz as ‘visita’, vai lá, e pergunta se ela acha que tem que escovar o dentinho da criança, se tem que escovar a boquinha. Muitas falam que não porque não tem nem dentes, né?”

Aí a gente explica de tá limpando com a fraldinha dentro da boquinha, passando uma “gazinha”, já assim, na gengivinha, para ir acostumando. [...]Então eu aproveito as oportunidades que tem, principalmente quando tem crianças pequenas, porque as ‘mãe’ também não se “preocupa”; é bala, chiclete, acha que não precisa escovar porque é criança ainda; não usa pasta de dente. A gente orienta, quanto à escovação porque ela vai crescer, né? A gente vai orientando pra que faça a criança se acostumar com isso, porque se num acostuma agora num acostuma nunca mais, né? Então é mais com a criança porque tem a oportunidade de trabalhar. Os pais não dão muito crédito pra gente. Mas os ‘pequeninho’ vão com a gente. Nossa, eles são ‘bacana’! E aí a gente vai seguindo. Um dia eles vão ser adultos, né?” (MIALHE; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2011, p. 4427).

Esse relato difere da visão de outro ACS entrevistado, que demonstra pouca familiaridade na abordagem em SB, dando uma importância menor à temática.

“Não, sinceramente é bem esporádico. Na minha opinião, eu acho que são muitos assuntos que a gente tem de falar e acaba que um ou outro vai sendo esquecido, vai ‘sendo’ de lado, e esse é um dos principais, eu acho. Geralmente a gente dá prioridade a outras coisas e não tem muito tempo de ficar fazendo este tipo de ação. É mais quando tá tudo normal, então você aproveita pra tá falando. Também porque nunca venho na mente de buscá um pouco mais esta área para tá passando. É uma coisa que a gente não liga muito, né? Assim, acho importante, faço, mas no dia-a-dia e nas visitas às vezes acaba passando, né?” (MIALHE; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2011, p. 4428).

Quanto à capacitação recebida pelos ACS, fica evidente a fragilidade no que tange à capacitação e formação continuada, para que vão além da adequação às normas ditadas pela ciência Odontológica e passem a trabalhar com a construção da cidadania pelos indivíduos.

“Não, nada. No primeiro dia de serviço tinham duas dentistas aqui nos dois períodos. Aí elas falaram prá gente como explicar ‘prá’ criança como escovar, como passar água na pasta, este tipo de coisa. [...]. A gente vai pra ajudar eles na escola. A gente aprende lá... Porque a gente aprendeu lá na escola as ‘dentista’ orientando as crianças; aí a gente vê e depois nas visitas a gente vai falando, né? “- Ah, precisa escovar o dente? Você tem escovinha?” Mais do que isso, eu não tive nenhuma orientação, nada. Então a gente não participou de um negócio específico com esse tipo de conteúdo.” (MIALHE; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2011, p. 4430).

Rodrigues, Santos e Assis (2010) realizaram um estudo sobre a micropolítica do trabalho da ESB na ESF, em Alagoinhas (BA) tomando por pressuposto teórico central as formas específicas e singulares no exercício do trabalho cotidiano, utilizando-se das tecnologias (duras, leveduras e leves). Relatam que as atividades relacionadas pelos ACS estão de acordo com o preconizado pelo MS inclusive com orientação de higiene nos domicílios sendo uma prática estabelecida, também percebeu-se um esforço para mudar o processo de trabalho da EqSF na perspectiva da clínica ampliada, com destaque para o papel do ACS como sujeito social/coletivo.

Já no que diz respeito aos TSBs, Sanglard-Oliveira et al. (2013) analisaram o autorrelato de funções executadas por esses profissionais no Estado de Minas Gerais. Foram entrevistados por telefone 231 trabalhadores. Desses, um alto índice relatou realizar VD, 77,9%, mostrando a fortaleza de empreender o tempo nas atividades preventivas/coletivas, além das atividades assistenciais, na reorganização das práticas de SB na Atenção Primária. O estudo também indicou que a figura do ACS seria fundamental para multiplicar essas ações e potencializar o trabalho em equipe.

Outra pesquisa nesse sentido conduzida por Esposti et al. (2012) entrevistou 18 cirurgiões-dentistas da região metropolitana da Grande Vitória (ES) para analisar a compreensão dos CDs sobre o processo de trabalho e as relações da equipe de saúde com os TSBs. Observou-se que os CDS entendem que há uma necessidade de evolução dos serviços de SB na direção de atender as necessidades da população, sendo importante ter acesso à prevenção e à promoção de SB, sendo na opinião

dos entrevistados, competência fundamental do trabalho dos TSBs, sob supervisão dos CDs. Essa aproximação com a comunidade deveria preceder às ações de reabilitação dos danos, como destacamos no relato:

“[...] se ele tem um serviço organizado, em que o paciente tem acesso ao TSB antes de ir pro dentista, eu acho que o papel dele é importantíssimo aí. Tanto na orientação – né – todas, a alimentação, escovação e a própria profilaxia, eu acho que é uma prevenção de saúde, fazendo parte da equipe do PSF – né – ajudando o dentista na visita domiciliar [...]”
(EPOSTI et al., 2012, p.377)

O contexto do domicílio pode gerar uma nova forma de cuidar, a partir da substitutividade e da desinstitucionalização, onde o compromisso com a defesa da vida norteia o pacto de trabalho das equipes. A AD pode ser um terreno do trabalho vivo em ato, possibilitando a invenção de práticas cuidadoras (FEUERWERKER; MERHY, 2008). Porém, se os profissionais estiverem juntos nas unidades de saúde, VDs ou nas demais atividades externas que demandam mais convivência, mas o aprisionamento do processo de trabalho e as estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado permearem esses momentos, a integração de fato não se dará, porque não há espaço para articulação de conhecimentos que contribua na produção do cuidado. Logo, não há trabalho em equipe, por conta de corporativismo, altivez, insegurança ou ignorância (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002). O trabalho em equipe no contexto do domicílio pode ser um dispositivo efetivo de tensão entre o modelo hegemônico e uma prática inovadora, onde o lugar pode produzir melhorias reais na construção de formas sociais de tratar e cuidar do sofrimento. A ruptura é um pressuposto da invenção, todavia os cuidadores também precisam ser cuidados, com espaços de escuta e de apoio, com dispositivos de educação permanente, para que o inusitado, a singularidade e o desafio de confrontar-se com a vida produzam implicação, compromisso e potência no agir individual e coletivo dos trabalhadores (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

7.4 O processo de trabalho do cirurgião-dentista da ESF na atividade de Visita Domiciliar

Na categoria VD enquanto processo de trabalho do CD na ESF foram encontrados 16 estudos, sendo a maior categoria da presente

revisão integrativa. Nesses artigos foram abordadas questões relativas ao perfil e organização das práticas do CD na atenção básica, tendo a VD como enfoque principal ou secundário, contribuindo na investigação de como se dá o processo de trabalho em domicílio por parte do CD.

Recentemente, De-Carli et al. (2015) objetivaram em apresentar os dados referentes à realização da VD e aos cuidados no domicílio obtidos por meio da Avaliação Externa do primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com ênfase na análise das práticas das ESB, além de verificar se há diferenças entre estas práticas realizadas pelos distintos profissionais das EqSF e das UBS tradicionais, elucidando os avanços e lacunas alusivos a esse tema. Para isso, realizou-se um estudo observacional analisando os dados obtidos pelo programa junto a aproximadamente 17 mil equipes que atuam em todas as regiões do Brasil.

O estudo pontua que a Avaliação Externa do PMAQ contém indicadores de VD e cuidados realizados no domicílio. Dito isto, os resultados demonstram que chega próximo aos 100% as EqSF avaliadas que realizam VD e também as Equipes de Atenção Básica tradicionais (EqAB). O cuidado no domicílio é feito por mais de 90% dos profissionais da equipe mínima, e por aproximadamente 50% dos profissionais da SB, demonstrando um resultado bem inferior em relação a enfermeiros, médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem (DE-CARLI et al., 2015).

Outro resultado importante foi que as VDs e o cuidado em domicílio são mais realizados pelas EqSF do que pelas EqAB (parametrizada - UBS), bem como quando analisados os dados relativos ao cuidado no domicílio realizado pela ESB, o que contribuiu na concepção de que a ESF tem produzido bons resultados em relação ao cuidado domiciliar, embora para a ESB haja a necessidade de aumentar a frequência. Isso gera inquietação, visto que as especificidades do cuidado na AB (equidade do acesso, vínculo, integralidade e longitudinalidade) não foram significativamente incorporados nos afazeres da ESB (DE-CARLI et al., 2015).

O estudo indicou a necessidade de políticas indutoras ainda mais diretivas referentes à inclusão de ações coletivas e no ambiente domiciliar no cotidiano da ESB, para a transformação de práticas da AB (DE-CARLI et al., 2015).

Recomendou-se, ainda, uma análise dos dados do PMAQ que considerem possíveis diferenças entre as equipes avaliadas nos distintos

estados e regiões do País, possibilitando intervenções direcionadas a cada contexto, considerando-se a dimensão continental do Brasil e as muitas realidades presentes nos diferentes cenários (DE-CARLI et al., 2015).

Ao discutir essa categoria temática, por meio desta revisão integrativa, aspectos relacionados ao diagnóstico feito por De-Carli et al. (2015) serão vislumbrados, visto que a produção científica em torno do trabalho específico do CD no contexto domiciliar nos últimos dez anos pôde apresentar diferentes realidades do cenário nacional.

Pimentel et al. (2010) analisaram o processo de trabalho desenvolvido pelas ESBs do Distrito Sanitário VI do município de Recife (PE), por meio de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, utilizando quatro entrevistas semiestruturadas com o coordenador de SB distrital, dois cirurgiões-dentistas e uma enfermeira, que atuavam na ESF. Evidenciou-se que vários profissionais ainda insistem em ver o CD voltado somente ao atendimento clínico, como no relato:

“A gente tenta criar a lógica da promoção. Tem alguns gerentes das USF que não têm esse entendimento. Eles acham que se o dentista está na unidade e não está atendendo, ele não tá fazendo nada. Na visão deles, o dentista é pra estar dentro do consultório só fazendo restauração, ambulatório e que ele não tem que estar fazendo visita domiciliar, que não precisa estar indo numa escola fazer uma palestra.”
(PIMENTEL et al., 2010, p.2192).

Relato semelhante feito por um CD, todavia referente às concepções do usuário sobre a ESB, foi encontrado por Gonçalves e Ramos (2010), ao analisar o cotidiano do CD na ESF em Florianópolis-SC:

“Sem dúvida nenhuma a própria comunidade (é um limite). Eles não viram com bons olhos isso (a inserção do dentista na ESF). Tu tentas iniciar e as pessoas te limitam, a comunidade quer o atendimento curativo dentro do consultório, e pra grande maioria, o atendimento dentro do consultório é que é atendimento. Ir na casa não é atendimento, ir na escola não é atendimento, pra eles isso não é trabalho de dentista. Dentista tem que estar

dentro da sala tampando buraquinho”
(GONÇALVES; RAMOS, 2010, p.305).

Vasconcelos e Fratucci (2015) também consideram que ainda é um desafio para a Odontologia na ESF o movimento em direção ao território, visto que a mentalidade da população, que acredita que o lócus de trabalho dos profissional da ESB, principalmente o CD, é o consultório odontológico, onde deve prestar assistência integral aos usuários que procuraram ou que estão agendados, não compreendendo a importância dessa mudança no processo de trabalho. Os autores também reforçam que para que o trabalho em equipe seja efetivo, é fundamental haver uma boa articulação e interação comunicativa entre os profissionais das EqSF e ESB, partindo da exposição de intencionalidades dos atores envolvidos, no sentido da consecução do trabalho em equipe e pautada pelo senso de construção coletiva, da complementaridade do conhecimento norteador das práticas clínicas na ESF.

Além disso, quando se refere ao processo de trabalho em SB, uma das diretrizes da PNSB preconiza 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).

E a reflexão sobre esse aspecto trazida pelos autores Gonçalves e Ramos (2010) faz indagação importante: “Quando se pensa no trabalho do CD, imagina-se o quê?” Apontando que a concepção provavelmente seria de um profissional enclausurado dentro de seu consultório, realizando somente atividades clínicas. Sendo essa, além de tudo, uma imagem transmitida dentro das universidades pela maioria dos professores, por consequência povoando o imaginário das pessoas e consolidando o papel social do CD de maneira equivocada. A inclusão dos profissionais nas atividades de grupo, nas VDs e em tudo que faça referência à saída do consultório – mesmo que previstas nas atribuições dos cirurgiões-dentistas na ESF - ainda causa estranheza e desconfiança tanto na população, quanto nos demais profissionais da equipe. Todavia, quando saem, muitos não sabem o que fazer exatamente: **“Eu me inseri na visita domiciliar junto com a equipe, mas fico me perguntando se tem sido produtivo, porque eu vou na casa da pessoa, faço um exame, mas é mais pra me apresentar e dizer que tem um serviço disponível”** (GONÇALVES; RAMOS, 2010, p.308).

Um relato muito próximo foi encontrado em outro estudo de Faccin, Sebold e Carcereri (2010), que objetivou analisar o processo de trabalho em SB na ESF em um município da Região Sul: **Visita**

domiciliar alguns fazem, outros não. Eu nunca fiz. Chego lá e vou fazer o quê? Vou conversar? (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010, p.1650).

As VDs compulsórias indicam fundamentalmente dois tipos de problemas: o primeiro diz respeito à otimização dos recursos humanos disponíveis para assistência à saúde, não é uma recomendação que profissionais façam VD sem explícita indicação. Considera-se uma diretriz pouco eficiente a visitação de profissionais sem que eles nem mesmo tenham clareza do que vão fazer em determinado domicílio (FRANCO; MERHY, 2003). Outro problema diz respeito à intromissão do Estado na vida das pessoas, restringindo sua privacidade e sua liberdade. A privacidade é um princípio derivado da autonomia e engloba a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas (FORTES 1998). Por isso, os profissionais de saúde devem estabelecer condições para que cada cidadão possa decidir, de maneira autônoma, se quer receber, ou não, visita das equipes de saúde e quais informações deseja partilhar com elas. Portanto, as VD somente justificam-se com o consentimento das famílias e direcionadas para situações em que realmente são necessárias, caso contrário, a presença de profissionais de saúde na casa das pessoas só endossa a ideia de que a população depende do profissional de saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

A necessidade de avançar sobre essa temática e levar a SB ao domicílio também ficou evidente no relato de um CD que participou de um estudo conduzido por Chaves e Silva (2007) para analisar os meios e processo de trabalho de dois municípios de pequeno porte da Bahia:

“[...] e tinha um dia na semana também que a gente fazia visita nas casas [...] eu sentia que ficava muito de mão e pé amarrados porque a gente chegava à casa das pessoas sem material nenhum para poder incentivar a questão da prevenção ou da higiene, então você às vezes chegava numa casa com a mulher, o marido, a mãe e doze filhos e uma escova de dente só, então como é que você ensina escovação para uma família assim? [...]”
(CHAVES; SILVA, 2007, p.1705).

O vínculo estabelecido pelo convívio direto com a mesma clientela ajuda a consolidar o compromisso entre profissional e usuários do serviço, o que provoca sentimentos de frustração por parte do profissional por não poder resolver alguns problemas que surgem e que estão fora da sua alçada, bem como satisfação em poder ajudar quando

possível (CHAVES; SILVA, 2007). Isso também aparece no relato encontrado por Barbosa, Brito e Costa (2007):

“Realizamos educação em saúde, trabalhos com grupos, atendimento no consultório e visitas domiciliares. Nas visitas, fazemos orientações, escovação e detecção de lesões bucais nas gestantes, idosos e acamados. Eu acho um momento importante a visita domiciliar, vemos a realidade dos pacientes e isso é importante pois passamos a entender seu modo de vida, às vezes sem perceber, nos envolvemos com seus sofrimentos, tentamos ajudar da forma que podemos” (BARBOSA; BRITO; COSTA, p.56).

O espaço do domicílio é verdadeiramente o lugar do encontro. Sendo esse encontro considerado uma categoria que dá significado às múltiplas relações que ocorrem no ambiente de trabalho, reconhecendo que essas relações produzem “afetamentos” e vão operar subjetivações entre os envolvidos (FRANCO; MERHY, 2008). É por meio desse contato entre trabalhadores e usuários que as equipes podem ampliar (ou não) sua noção do que “seria sua alçada”, por meio da responsabilização com a realidade familiar agora vivenciada, favorecendo ações solidárias e criativas na superação das limitações encontradas (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Barbosa Brito e Costa (2007) almejam descrever o processo implantação das ESB na ESF no município de São Gonçalo do Amarante-RN, identificando a percepção dos profissionais de SB com relação às atividades desenvolvidas. Os profissionais demonstram claramente uma interação com a comunidade em que trabalham, todavia apenas 4,65% dos entrevistados destacou a VD, dando ênfase à prevenção do câncer bucal.

Moura et al. (2013) tiveram o objetivo de avaliar, por meio de um estudo transversal, o perfil dos cirurgiões-dentistas (CD) que trabalham na ESF e a partir deste, refletiu sobre aspectos do desenvolvimento das ações odontológicas na atenção primária em saúde, de 19 municípios de um colegiado do processo de regionalização sanitária do estado do Piauí, Brasil, por meio de 111 questionários aplicados aos CDs. Ficou evidente que a maioria dos cirurgiões-dentistas fazem VDs, porém sem a presença da equipe, com baixa periodicidade e raramente reúne-se com esta e a seleção do local pela visita é feita pelo ACS, ou seja, não é uma prática incorporada na rotina dos CD. Quando ocorrem, as

atividades são geralmente de natureza educativa. Foi levantado como obstáculo para a realização de VD conjunta no cotidiano das equipes: a priorização que cada equipe confere à atividade; a disponibilidade de veículos para conduzir os profissionais (e o equacionamento de que profissionais devem participar da visita) ou as visitas feitas em deslocamentos pedestres pelo território da comunidade, nem sempre bem quistos e realizados pelos profissionais.

Outro estudo realizado por Rodrigues et al. (2011), encontrou uma barreira semelhante, conforme o relato de um CD:

“[...] o deslocamento do carro da Secretaria não é muito fácil. Então, se for pertinho, a gente vai andando mesmo e faz; não tem muito como você resolver o problema, não tem estrutura pra você fazer muito procedimento fora da unidade. A gente reserva x por cento do tempo, dos horários disponíveis no mês pra visitação [...] O que tinha era um motorista que ficava aqui pro posto e pro posto de outra unidade, mas ele faleceu e aí não teve de imediato alguém pra colocar.”(RODRIGUES et al., 2011, p.703)

Dessa vez o contexto tratou-se de um município de pequeno porte do semiárido baiano e teve por realizar uma investigação para compreender como se organiza o trabalho da ESB na ESF. Discutiu-se que as VDs não possuem a devida efetividade, visto que não existe estrutura necessária para os atendimentos clínicos nos domicílios e empecilhos como a falta de transporte.

Araújo e Dimenstein (2006) analisaram o perfil de atuação de cirurgiões-dentistas inseridos na ESF de municípios do Rio Grande do Norte, por intermédio de 21 entrevistas aos CDs. Demonstrou-se que realizam VDs, porém é uma atividade pouco executada, e quando realizada, não é feita priorização de acordo com o risco das famílias e o que se observou foi uma reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas no processo de trabalho desses profissionais.

Baldani et al. (2005), um ano após a entrada em vigor da Portaria n. 1.444 do MS, analisaram o perfil de implantação da Odontologia na ESF no Estado do Paraná que envolveu os 136 municípios que tinham implantado ESBs na ESF até o início de 2002.

Os resultados revelaram que a média da população coberta por equipe corresponde ao mínimo estipulado pelo MS em 2000. Todavia, encontram-se dificuldades de realizar as atividades prescritas, como as

VDs pelo dentista, embora alguns profissionais reconhecem a potencialidade dessa estratégia:

“Apesar de os agentes comunitários de saúde serem o principal vínculo entre o profissional e a comunidade, acredito que as visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde bucal têm grande importância, pois além de levarmos informações até as casas, podemos conhecer a realidade em que vivem”. (BALDANI et al., 2005, p.1033).

E mesmo com as limitações encontradas, a presença do dentista no domicílio foi bem vista pela comunidade, conforme o relato: **“a população aprovou as visitas domiciliares, somos ajudados pela própria comunidade. Esta nos cede suas residências para utilização em palestras nas microáreas.”** (BALDANI et al., 2005, p.1033).

Almeida e Ferreira (2008) entrevistaram 80 dentistas e realizaram análise documental no SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) com a finalidade de conhecer as práticas preventivas e educativas em SB realizadas pelos dentistas ESF de Natal, Rio Grande do Norte. Dentre os 43 dentistas que relataram a VD, 46,5% citaram a orientação voltada aos acamados/idosos e indivíduos sem locomoção; 27,9%, a mães e recém-nascidos; 13,9%, a gestantes, e 11,63% não especificou grupo. Salientou-se que o ACS cumpre importante papel de identificar os indivíduos a serem visitados. Quanto às atividades desenvolvidas no âmbito do domicílio, dez dentistas relataram fazer orientação de higiene bucal e dieta (23,3%); cinco (11,6%) avaliam as condições e hábitos de vida, evidenciando a orientação sobre saúde geral. Além disso, o câncer de boca e estímulo ao auto-exame foi referido por apenas 7%. Para avaliar os dados no SIAB referentes à VD, realizou-se uma relação proporcional das visitas realizadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais de nível superior, houve uma grande disparidade, visto que a visita realizada pelos médicos corresponde a 38,6% do total, por enfermeiros a 40,8%, e a categoria "visita por outros profissionais de nível superior", na qual se insere a VD da ESB, representou 20,5% quando comparada às outras duas categorias. Uma das limitações para a realização das VDs foi a demanda excessiva de atendimento clínico.

Em Feira de Santana (BA), Rodrigues et al. (2009) pretenderam conhecer o perfil dos profissionais de odontologia inseridos no ESF. Referiu-se que as VDs são feitas por 96% (24) dos CD, porém, geralmente, apenas quando solicitadas pelo ACS.

Rodrigues e Bomfim (2010), com método qualitativo, objetivaram compreender o processo de implantação da SB no município de Feira de Santana, situado no semiárido baiano, analisando os saberes e práticas que orientam o processo de trabalho na micropolítica das ESBs que atuam na ESF. No que tange as VDs, percebeu-se nos discursos que não havia uma prática sistematizada conforme os relatos, ficando a critério do ACS identificar as necessidades da comunidade e chamar a ESB. As dificuldades levantadas pela equipe são devido a grande demanda reprimida, não permitindo a integralidade da assistência:

“Dificuldade, pouco recurso humano para muita gente. Um dentista para 3.000 pessoas é inviável, porque você tem quatro dias de atendimento e eles querem que você faça visita domiciliar, palestras em escola, atenda em orfanato e dê conta da demanda, e aí o pessoal não quer que você saia do posto em nenhum segundo. A população é muito carente, se for olhar aqui, o índice CPO-D é coisa de louco, muitos dentes perdidos, muitos dentes extensamente destruídos precisando fazer extração [...]” (RODRIGUES; BONFIM, 2010, p.106).

Dentre as dificuldades apresentadas nos artigos, fica evidente que a demanda excessiva é uma linha de tensão na prática do CD. Torna-se difícil frente aos desafios de organizar a demanda estabelecer uma aproximação real com o território e, por conta disso, espaços importantes, como a VD, deixam de ser ocupados pelo odontólogo que fica preso aos atendimentos clínicos no consultório (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

Costa et al. (2010) buscaram caracterizar o processo de trabalho do CD na ESF, onde participaram 30 profissionais, do município de Parnamirim-RN. Percebeu-se que as atividades majoritariamente desenvolvidas na USF referem-se às atividades clínicas ou atividades com escolares (Programa Saúde Escolar). Questionou-se quanto ao atendimento domiciliar (VDs), a maioria dos dentistas (60%) disseram somente realiza-las ocasionalmente, 30% disseram que não as realiza e 10% relataram que as realizam com grande frequência. Essa atividade demonstra-se ainda um grande desafio para a área odontológica pela utilização e tecnologias leves, relacionais. Ainda ressalta-se que 50% dos profissionais relataram procurar trabalhar sempre de forma

integrada com a equipe, enquanto os demais disseram que apenas ocasionalmente, ou não trabalham. Prova disso é que as VDs são realizadas pelos CD ocasionalmente na presença dos demais membros da equipe, tais como, ACS, médico, enfermeira, etc., ou não são realizadas. Uma provocação trazida pelos autores desse estudo foi a de que a realização ou não de VD, fundamentalmente, não significa mudança de prática e os mesmos questionaram se “o CD sabe de fato o seu papel dentro do ambiente familiar ou quando realiza a VD ou ele participa apenas como mero acompanhante?” (COSTA et al., 2010, p.152).

Franco e Merhy (2008) afirmam que no contexto do domicílio, o trabalho vivo e em equipe inova na sua forma de operação, possibilitando aos profissionais o uso de tecnologias leves e, neste ambiente, podem lançar mão de sua capacidade inventiva para resolver os problemas de saúde e interagir melhor com o saber-cuidador da família. Isso, a normativa institucional não é capaz de captar, pois está no espaço de governo dos trabalhadores, e é nesse ambiente que a “substitutividade” das tecnologias de cuidado e das práticas profissionais se potencializam e ganham espaço.

Cunha e Gama (2012) contribuem ressaltando a importância da discussão em equipe de todos os aspectos relativos às VDs, bem como suas observações e registros. A partir das necessidades identificadas ou relatadas pelas famílias, das percepções de cada profissional que foi ao domicílio, da identificação da rede de apoio e das intervenções realizadas, pode-se elaborar um plano de abordagem e acompanhamento específico para cada família, determinando as linhas de cuidado pertinentes para aquela problemática. A EqSF tem a responsabilidade por encaminhar e acompanhar sistematicamente cada situação identificada no domicílio, definindo a necessidade de intervenção da equipe NASF ou de outros níveis de assistência. Por ser vista como uma tarefa técnica e não como uma ferramenta de trabalho da EqSF, a VD pensada e executada de forma sistematizada ainda se constitui em um desafio. A valorização da subjetividade dos usuários, a criação de vínculos de corresponsabilização entre os sujeitos e a ativação das redes sociais de produção do cuidado em saúde são mecanismos de busca da integralidade da assistência e dos serviços de saúde.

Diferente dos estudos que mostram baixa periodicidade de VD pelo CD, ao avaliar o perfil do CD na ESF, usando um questionário para 113 CD's que trabalham na ESF em Teresina (PI), Vilarinho et al. (2007) relataram que 70,8% dos CD's realizaram VDs nos primeiros

dois meses e que 53,10% dos atendimentos são agendados nas residências através dos ACS e/ou da ESB, evidenciando que a VD é um importante instrumento para cumprir a nova dinâmica imposta pela ESF.

Silvestre et al. (2012) realizaram uma revisão histórica da produção científica de dez anos no Brasil após a inclusão da ESF, com objetivo de identificar evidências de reorientação do modelo de atenção à SB excludente, individual e curativista para um modelo com foco na família. Destacou-se que, durante esse tempo, ocorreram mudanças quanto as ações executadas, a VD e o trabalho com a comunidade são um exemplo dado pelos pesquisadores. Todavia, com a ressalva de que, de maneira geral, o foco tem sido as atividades clínicas e escolas. Concluem que existe uma nítida sinalização da manutenção de um modelo focalizado e excludente.

É considerável o desafio de implementar e consolidar um novo olhar e redirecionamento para a prática da VD baseada em ações críticas e reflexivas de trabalho. O movimento de ensino e aprendizagem, instrumentalização, modos de trabalhar, investigação é fundamental para que os profissionais de saúde repensem a VD como uma tecnologia de trabalho na qual se desvelam e se vislumbram modos de se organizar os processos de nosso agir em saúde diferentes do modelo biomédico. (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008)

Transpor esse desafio depende muito dos próprios CDs, que precisam mudar sua postura profissional, revertendo o isolamento em participação e envolvimento com o papel social da Odontologia. Desse modo, o profissional pode contribuir com a melhora da atenção à saúde através da inclusão social, da emancipação e da autonomização de nossa população, fortalecendo a construção da consciência sanitária (GONÇALVES; RAMOS, 2010).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o enfoque do estudo, foi possível refletir sobre a AD como reorientação da atenção à SB a partir da produção científica brasileira nos últimos dez anos no contexto da ESF. Os artigos revelaram a importância da discussão das diferentes temáticas que emergem do contexto do trabalho no domicílio para a área de Odontologia. Destaca-se a variedade de métodos utilizados para a investigação dos processos de ensino e de trabalho em SB no contexto domiciliar, reforçando a relevância e a complexidade das questões que perpassam esse “novo contexto”.

No que se refere à formação para o SUS, as DCN trouxeram mudanças importantes e a VD e a AD contribuíram nesse novo agir pedagógico com um cenário propício para que o estudante de Odontologia se aproxime tanto dos usuários, quanto dos demais profissionais da equipe de saúde. A partir da vivência *in loco* da realidade das famílias, o estudante pode desenvolver uma percepção ampliada do processo saúde doença pelo encontro, e porque não dizer do choque de realidade, entre o que se imagina e quais são as reais dificuldades que os indivíduos vivenciam no seu cotidiano. Por meio dessas reflexões e mudanças de olhares, os acadêmicos podem elaborar planos de tratamento que tenham a realidade do usuário como foco principal, ou seja, mais adequados e resolutivos do que a mera prescrição de hábitos saudáveis. Também podem vivenciar o trabalho da equipe de saúde, valorizando os diferentes saberes e atores envolvidos no processo de cuidado no âmbito do domicílio e do território, avançando na direção de uma possível atuação interdisciplinar do acadêmico e aproximando seus saberes científicos da prática profissional em SBC, favorecendo a autonomia na construção do seu processo de aprendizado. Esse movimento pode, ainda, provocar uma reflexão crítica por parte do estudante frente à imagem do SUS precarizado e ineficaz incutida no imaginário popular, e demonstrar que, embora existam as limitações do sistema, da mesma forma existem profissionais comprometidos com a abordagem comunitária e que conseguem criar alternativas e soluções para os problemas de saúde enfrentados pela população e, com isso, suscitar a aspiração nos estudantes por trabalhar no sistema público ao término de sua graduação. O domicílio demonstrou-se como espaço singular para o aprendizado de vínculo, acolhimento e humanização, visto que são temáticas muito mais propícias de serem compreendidas fora do

contexto institucionalizado das salas de aula. Logo, a VD pode ser um potente instrumento pedagógico na formação de profissionais aptos para o trabalho no SUS.

Contudo, para que isso aconteça, a VD precisa fazer parte do processo de trabalho da ESB, de maneira sistematizada. A produção científica demonstra que a organização da AD pelo CD, na maioria das vezes, ainda é um desafio, como indicavam as diretrizes da PNSB em 2004. A frequência baixa, o ‘não saber o que fazer’, a falta de priorização e sistematização, a baixa interação com a equipe de saúde, a percepção do trabalho do CD focado no procedimento clínico em consultório tanto por parte da equipe quanto dos usuários, ainda conferem um panorama de que o ‘sentir-se parte da equipe de saúde’ e trabalhar as questões apresentadas pelo território ainda são fragilidades na atuação do CD na ESF.

São muitas as barreiras para transpor esse panorama atual. A literatura demonstrou muito fortemente que o excesso de demanda por atendimentos clínicos e a menor proporção de ESBs em relação às equipes de EqSFs, são entraves desse processo, visto que dificultam o avanço no sentido de um modelo diferente do curativo-restaurador e reduzem o tempo para ações de abordagem comunitária na agenda do profissional, mesmo que estas sejam previstas e garantidas nas diretrizes da PNSB. Com isso, o tempo se torna artigo raro, todavia é fundamental para que a VD passe a ser mais bem utilizada pelo CD, com espaço para planejamento, execução e avaliação das ações realizadas, principalmente se tiveram a participação de outros profissionais, e que dessa avaliação conjunta surja um registro o mais rico possível que contribua na construção do cuidado familiar ao longo do tempo. A literatura indicou, contudo, de que não há necessidade de estabelecimento de horários rígidos pré-definidos, mas que a organização do processo de trabalho comporte as demandas que surgirem desse tipo de cuidado no território.

Por requisitarem tempo maior, deslocamento, profissionais de custo elevado, infraestrutura (veículo para o deslocamento no território) e ter abrangência reduzida, se faz necessário priorizar e planejar a VD de acordo com as necessidades particulares de cada território de atuação. As diretrizes da PNSB (2004) indicam como alternativa a utilização da FICHA A para a priorização das famílias a serem visitadas no território, onde o CD atuasse junto ao ACS. O uso da Ficha A não emergiu nos discursos e estudos, todavia o papel do ACS ficou evidente, visto que por ter um processo de trabalho essencialmente no território e mais próximo ao usuário, finda por realizar essa priorização de maneira

muitas vezes empírica. Como foi discutido, essa pactuação e planejamento precisam ser realizados em equipe, com tempo determinado de planejamento, execução e avaliação conjunta dentro do plano terapêutico ou das ações propostas, para que não se corra o ‘risco’ de ser clientelista e não atingir usuários que necessitam, porém que não conhecem esse direito e não demandam a unidade de saúde. Para isso, a equipe precisa levantar as prioridades apresentadas no território, e potencializar a VD por meio do planejamento prévio e discussão de casos nas reuniões de equipe para que no momento da visita se tenha clareza das intenções dessa intervenção na vida das pessoas e que, com isso, construa-se um plano terapêutico conjunto com o usuário, em que as diferentes demandas sejam atendidas pelos diferentes saberes, tornando-se necessária a avaliação dessas ações e percepções da equipe de saúde. Por isso, a VD também pode aproximar os próprios profissionais, gerando trocas de conhecimentos e formas de dirigir o cuidado. Assim, a VD realizada pelo CD não tem de ser isolada dos demais membros da equipe, como foi um resultado apresentado por alguns estudos, para que se construam coletivamente formas de cuidado e que se ampliem as possibilidades de resolução das demandas dos usuários e que o trabalho vivo em ato ocorra a partir dessa apropriação do que é comum dentro do cuidado em saúde. Isso pode interferir na visão equivocada, que emergiu dos discursos, dos demais profissionais e da população em relação ao trabalho do CD, demonstrando que não só o consultório e o atendimento clínico compõem o escopo de ação desse profissional na ESF e qual é seu potente papel social nesse contexto.

Vale salientar que não foi possível compreender, por meio da literatura, como se dá de fato a discussão de casos, encaminhamentos e a relação entre o processo de trabalho da ESB e NASF no contexto das VDs, o que acabou aparecendo foi a atuação conjunta com o ACS e a investigação sobre o trabalho com o TSB.

Também foi demonstrado pela literatura experiências exitosas na AD realizada pelo CD orientada à usuários em diferentes ciclos de vida como bebês, crianças e idosos; tanto assistência domiciliar, quanto educação em saúde demonstraram resolutividade e relevância para essa parcela da população. O mesmo foi encontrado para usuários com limitações importantes por conta de condições como autismo, Alzheimer e CAPCs que se beneficiaram dessa abordagem em SB. Nessa categoria, mereceu destaque a orientação do cuidado em SB no domicílio para idosos, até mesmo como possibilidade de diagnosticar maus tratos e, além disso, estando em consonância com as políticas públicas

direcionadas a esses usuários. Isso exemplifica a importância do ir para além do ambiente do consultório odontológico, levando resolutividade e ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da SB em outros contextos, com planejamento, execução e avaliação das ações realizadas no domicílio.

Outro aspecto positivo dessa revisão foi que a literatura demonstra que na VD é primordial o uso de tecnologias leves, relacionais, na atenção à saúde, com grande contribuição na construção de vínculo entre os profissionais da equipe e usuários. Segundo Merhy (2009) essas tecnologias leves relacionam-se com o campo de ação do trabalho vivo em ato, como o lugar estratégico de transformação do modo de produzir saúde, com capacidade de imprimir arranjos tecnológicos e rumos novos. Essa inovação tecnológica precisa ser cada vez mais exercitada pelo CD, tão acostumado à dependência de tecnologias duras no seu processo de trabalho, para que não corra o risco de alienar-se das questões de saúde dos usuários de seu território que não conseguem ‘bater na porta’ do consultório odontológico, seja por conta de dificuldades físicas, psicológicas ou sociais. Por ser um ambiente desinstitucionalizado, o usuário pode sentir-se mais tranquilo para abordar questões que dificilmente levaria ao conhecimento do profissional em âmbito de consultório, e também sente-se mais valorizado com a presença do profissional em sua casa. Todavia, é necessário que não se confunda vínculo com dependência do usuário à presença do profissional de saúde. As práticas em SB precisam ser emancipatórias, orientadas para promover autonomia do usuário sobre modo de viver a vida.

Simplesmente o fato de realizar ou não VD não indica uma mudança de modelo. Falar em atenção ao invés de assistência, também. Faz-se necessário, muitas vezes, que o papel do CD fora do consultório e no âmbito dos domicílios seja ressignificado por ele próprio, reaprender ou reafirmar um olhar atento às demandas que se apresentam na dinâmica da família dentro do lar e captar como seria possível contribuir para um movimento positivo de mudança, o que certamente amplia as possibilidades de intervenção além do tradicional exame clínico, orientação de higiene e câncer bucal, que também são importantes, mas que não são a única alternativa de intervenção de um profissional que tem uma visão ampliada sobre saúde. Todavia, o próprio profissional precisa despertar a vontade pela mudança, por desenvolver ou melhorar diferentes habilidades necessárias para transpor as dificuldades impostas pela saída da zona de conforto onde

ele é detentor dos equipamentos e saberes. Logo, não cabe uma postura passiva por parte do CD frente aos desafios da AD, mas também se precisa refletir sobre os sentimentos complexos envolvidos com demandas que muitas vezes geram ansiedade, frustração, tristeza. A capacidade de lidar com o inesperado ao sair do seu lugar habitual no consultório odontológico requer educação permanente e espaços onde o profissional possa falar e refletir sobre isso, talvez sejam potenciais núcleos de transformação de práticas, visto que podem ser a gênese de um potencial criativo adormecido pelo processo de trabalho rotineiro da ESB, e podem fazer com que o profissional se sinta mais integrado com a equipe e valorizado.

Se por um lado a inserção tardia da ESB na ESF é apontada como um fator importante nas dificuldades percebidas de atuação multiprofissional CD e no seu distanciamento da EqSF e da própria atuação comunitária, uma vez inseridos não se pode alienar-se da possibilidade de participação ativa do CD na construção reorientação de modelo de atenção prevista pelas novas iniciativas do SUS articuladas com a Atenção Básica, previstas na nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (2012) que soma as equipes de AB às equipes do Melhor em casa (2013) na ampliação do leque de ações e resolubilidade da AD. É preciso estar atento ao momento histórico e aos avanços das políticas públicas no nível macro, para que se valorize o relevante papel do CD em nível local nesse novo contexto. Provavelmente por ser um processo recente, não foram encontrados estudos nessa revisão que tragam um olhar sobre as equipes de AD do Melhor em Casa sobre questões de SB na ESF.

Diante no exposto nesse trabalho, consideramos que o domicílio é um território a ser conquistado pelo CD na ESF, e que é fundamental na reorientação do modelo assistencial voltado para práticas que extrapolem o ambiente das unidades de saúde com um olhar atento para as demandas da população. Estamos experimentando uma nova forma de produzir o cuidado em SB, principalmente de organização do acesso, em um ambiente desinstucionalizado, complexo e múltiplo em desafios e potencialidades. Isso requer disposição para o novo, na medida em que essas transformações certamente modificam os processos de trabalho, a relação inter-profissional e com o usuário, e, ainda, a inserção da SB no âmbito dos serviços de saúde. As tecnologias leves fundamentam todo esse processo, que necessita ter no usuário e sua família a centralidade da produção do cuidado, anteriormente centrado nas tecnologias duras da odontologia e das práticas profissionais. Faz-se

necessário que novos estudos aprofundem as questões referentes à atenção em SB no contexto do domicílio para acompanhar as mudanças e direcionar as práticas de atenção com vistas à integralidade, equidade e resolubilidade dos problemas de saúde, garantindo a efetivamente o acesso à saúde, em todo seu contexto biopsicossocial, com priorização e sistematização das ações, contribuindo na consolidação do papel social do CD nas ações comunitárias desenvolvidas na ESF.

9. REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. de. (org). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p.121-137.

ALMEIDA, G. C. M. de e FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p.2131-2140, set., 2008 .

AMARAL, L. D.; PORTILLO, J. A. C. E MENDES, S. C. T. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v.5, n.3, p.105-111, 2011.

AMARO, S. **Visita Domiciliar: guia para uma abordagem completa**. Porto Alegre: AGE; 2003.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde na estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 783-36.

ARAUJO, Y. P. e DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.219-227, jan./mar., 2006.

AZEVEDO, L. N. et al. Usuários e equipe saúde da família no processo de construção da saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.15, n.2, p.143-152, 2011.

BARROS, T. B. de; MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.12, n.4, p.732-734, out./dez., 2011.

BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1026-1035, jul./ago., 2005.

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

BELLUSCI, D. G. P. Visita domiciliar: a grande ferramenta do PSF. In: **Programa Saúde da Família II: manual para o dia a dia das equipes de saúde da família**. São Paulo: Lawbook, 2006. p.67-72.

BESSE, M.; CECÍLIO, L.C.O. e LEMOS, N. D. A equipe multiprofissional em gerontologia e a produção do cuidado: um estudo de caso. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.17, n.2, p.205-222, jun., 2014.

BEYEA, S. C. e NICOLL, L. H. Writing a integrative review. **Association of PeriOperative Registered Nurses Journal**, Philadelphia, v.67, n.4, p.877-880, abr. 1998.

COELHO, F. L. G. e SAVASSI, L. C. M. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização de visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família Comunidade**, n.2, p.19-26, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução Diretoria Colegiada RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Assistência Domiciliar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jan. 2006. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/ acesso_rapido/gtae/saude_pessoa_id_osa/rdc_anvisa.pdf Acessado em: 22 de dez. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS (Programa Melhor em Casa). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php. Acessado em: 22 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php>. Acesso em: 22 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 27 mai. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acessado em: 22 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - n.º 17**. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Vol. 2. Brasília; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília; 2012.

CARDOSO, A. M. R. et al. Programa de saúde bucal domiciliar para crianças e adolescentes com paralisia cerebral. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.12, n.1, p.127-133, jan./mar., 2012.

CASTIEL, L. D.; SANZ-VALERO, J. e VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos: biopolítica, hiperprevenção e produtividade científica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CECCIM, Ricardo Burg; MACHADO, Neusa Maria. **Contato Domiciliar em Saúde Coletiva**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, s/d. 7p.

CECÍLIO, L. C. O., MERHY, E. E. e CAMPOS, G. W. S. **Inventando a mudança na saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 334 p.

CHAVES, S. C. L. e SILVA, L. M. V. da. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1697-1710, dez. , 2007 .

CONNILL, E. M. Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.1, p.7-27, 2008.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D. e SILVESTRE, R. M., organizadores. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

COSTA, R. M. et al. Processo de trabalho do dentista na estratégia de saúde da família no município de Parnamirim-RN: enfrentando os desafios de um novo modelo de atenção. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 19, n.51, 2010.

CUNHA, C. L. F. e GAMA, M. E. A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In: MALAGUTTI, W. (org). **Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, p.1-8.

CUNHA, M. S. e SÁ, MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface – Saúde, Educação, Comunicação**, Botucatu, v.17, n.44, p.61-73, jan./mar, 2013.

DALLEGRAVE, D. **RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição. p.259-280.

DE-CARLI, A. D. et al. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.105, p.441-450, abr./jun., 2015.

DRULLA, A. G. et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.4, p.667-674, out./dez., 2009.

ESPÍNOLA, F. D. S. e COSTA, I. C. C. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.18, n.1, p.43-53, jan./abr., 2006.

EPOSTI, C. D. D. et al. O processo de trabalho do técnico em saúde bucal e suas relações com a equipe de saúde bucal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.2, n.2, p.372-385, 2012.

FACCIN, D. F.; SEBOLD, R. e 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, supl.1, jun., 2010.

FADEL, C. B.; MOURA, A. M. G. e BITTENCOURT, M. E. Visitas domiciliares no programa de agentes comunitários de saúde: a análise de um grupo de usuários do sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.13, n.2, p.62-67, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. e MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.24, n.3, p.180-188, 2008.

- GAÍVA, M. A. M. e SIQUEIRA, V. C.A. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.10, n.4, p.697-704, 2011.
- GANONG, L. H. Integrative Review of Nursing Research. **Research Nursing & Health**, v.10, n.1, p.1-11, 1987.
- GIACOMOZZI, C. M. e LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, n.14, p.645-653, out./dez., Florianópolis, 2006.
- GONÇALVES, E. R. e RAMOS, F. R. S. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface – Saúde, Educação, Comunicação**, v.14, n.33,p.301-314, abr./jun., 2010.
- GONSALVES, E. M. B. e OLIVEIRA, A. E. O processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: uma contribuição à construção do SUS. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.11, n.3, p.44-51, 2009.
- GONTIJO, L. P. T. et al. A saúde bucal coletiva na visão do estudante de odontologia – análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p.1277-1285, 2009.
- GROISMAN, S.; MORAES, N. M. e CHAGAS, L. D. **A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Cadernos da Aboprev II, 2005.
- IBGE. Censo Demográfico 2010 – Estimativa populacional 2013. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/>
acessado em 22 dez. 2015.
- KERBER, N. P.; KIRCHOF, A. L. C. e CEZAR-VAZ, M.R. Considerações sobre a atenção e suas aproximações com o mundo com o mundo do trabalho na saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.3, p.485-493, 2008.

LIMA, N. E. T. O. et al. (Orgs). **Saúde e democracia história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

LOPES W. O.; SAUPE R. e MASSAROLI A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciênc DRIUSSO**, P. et al . Percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre a inserção discente nas Unidades de Saúde da Família. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, v.17, n. 4, p.367-372, jul./ago., 2013.

MATTOS, T. M. de. Visita Domiciliária. In: **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1995. p.35-39.

MAZZA, M. M. P. R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.4, n.2, p.60-68, jul./dez., 1994.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1620-1625, jul., 2009.

MERHY, E. E. e CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 113-160

MERHY, E. E. e FEUERWERKER, L. M. **Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

MERHY, E. E. Engravitando as palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Abrasco; 2005. p.195-206.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 2007.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIALHE, F. L.; LEFEVRE, F. e LEFREVE, A. M. C. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação quali-quantitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p.4425-4432, 2011.

MIRANDA, A. F. et al. Doença de Alzheimer: característica e orientações em odontologia. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.58, n.1, p.103-107, jan./mar., 2010.

MIRANDA, A. F. e MONTENEGRO, F. L. B. O cirurgião-dentista como parte integrante de uma equipe multidisciplinar no atendimento aos idosos. **Revista Paulista de Odontologia**, v.31, n.3, p.15-19, jul./set., 2009.

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

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P. e MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n.2, p.358-364, jun., 2009.

MORITA, M. C. et al. Visita domiciliar: oportunidade de aprendizagem na graduação em Odontologia. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v.39, n.2, p.75-79, mar./abr., 2010.

MOURA, M. S. de et al. Saúde bucal na estratégia de saúde da família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.471-480, fev., 2013.

MOYSÉS, S. J. e SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca. In: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D.; DUCCI, L., editores. **Os dizeres da boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, Bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: CEBES, 2002.

NETO, E. T. S. et al. Fatores associados ao surgimento da respiração bucal nos primeiros meses do desenvolvimento infantil. **Revista brasileira de crescimento desenvolvimento humano, São Paulo**, v.19, n.2, pp. 237-248, ago., 2009.

NIETSCHE, E. A. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos doentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p.344-53, mai./jun., 2005.

NORO, L. R. A. e TORQUATO, S. M. Visita domiciliar: estratégia de aproximação à realidade social?. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.145-158, abr., 2015.

OLIVEIRA, F. J. A. e BERGER, C. B. Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade e qualificação dos serviços. **Revista Técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição**, Porto Alegre, v.9, n.2, p.69-74, jul./dez., 1996.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Definições de Assistência Domiciliar. IN: LOPES, J.M.C. (org.). Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

Disponível em:

<http://www.scribd.com/doc/29554451/ManualCuidadores-Pro-Fission-a-Is>. Acesso em: 17 nov. 2015.

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

PINHEIRO, F. M. C. et al. A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.37, n.1, p.69-77, 2008.

PINHEIRO, P. M. e OLIVEIRA, L. C. de. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no programa saúde da família. **Interface – Saúde, Educação, Comunicação**, Botucatu, v. 15, n.36, p.185-198, mar., 2011.

RAGUGNETI, G. A. **A implantação do PSF na unidade de saúde Lontiguaçu e a utilização de suas ferramentas nas visitas domiciliares.** [Monografia Especialização em Saúde Coletiva] – Núcleo de Estudos em Saúde da Família, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

ROCHA, D. A. e MIRANDA, A. F. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.191-189, jan./mar., 2013.

RODRIGUES, A. A. A. O. e BOMFIM, L. S. Saúde bucal no programa saúde da família em um município do semiárido baiano (Feira de Santana): organização e micropolítica. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.13, n.1, p.96-108, jan./mar., 2010.

RODRIGUES, A. A. A. O. et al. Saúde bucal no programa de saúde da família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.4, p.582-594, out./dez., 2009.

RODRIGUES, A. A. A. O.; SANTOS, A. M. dos; ASSIS, M. M. A. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.907-915, mai., 2010.

RODRIGUES, A. A. A. O. Saúde bucal na estratégia saúde da família em um município do semiárido baiano. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.3, p.695-709, jul./set., 2011.

ROESE, A. e LOPES, M. J. M. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.25, n.1, p98-111, abr., 2004.

ROMANHOLI, R. M. Z. **A visita domiciliar como estratégia de ensino aprendizagem na integralidade do cuidado.** 2010. 170 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/98391>>.

ROMANHOLI, R. M. Z. e CYRINO, E. G. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface – Saúde, Educação, Comunicação**, Botucatu, v.16, n.42, p.693-705, set., 2012.

SANGLARD-OLIVEIRA, C. A. et al. Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p.2453-2460, ago., 2013.

SANTOS, A. M. dos et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no programa saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.3, p.467-470, 2008.

SANTOS, A. M. dos. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais instituintes. **Revista de APS**, v.9, n.2, p.190-200, jul./dez., 2006.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.6, p.659-664, nov./dez., 2007.

SHIMBO, A.Y; LABRONICI, L. M. e MANTOVANI, M. F. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.506-510, set.,2011.

SILVA, F. A. G. **A visita domiciliar como estratégia pedagógica e seus sentidos para estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia em um centro universitário do estado do Rio de Janeiro**. 2012. 115 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, Rio de Janeiro, 2012.

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

- SILVA, M.C. da et al . Pró-Saúde - Odontologia/UNISC: experiências e contribuições na formação profissional. **Revista da ABENO**, Londrina, v.11, n.1, jun., 2011.
- SIMIONI, L. R. G.; COMIOTTO, M. S. e RÊGO, D. M. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. **Revista de Pós-graduação**, v.12, n.2, p.167-173, 2005.
- SILVEIRA, L. R. e VARGAS, T. M. de. O controle social como experiência de ensino-aprendizagem na residência multiprofissional em saúde. In: FAJARDO, A. P. e TEDESCHI-OLIVEIRA, S. V. e MELANI, R. F. H. Atendimento odontológico domiciliar: considerações éticas. **Revista UNINGÁ**, Maringá, n.14, p.117-128, out./dez/2007.
- SILVESTRE, J. A. C. et al. Dez anos de inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família no Brasil: uma revisão da produção científica. **Cadernos ESP**, Ceará, v.6, n.1, p.65-74, jan./jun., 2012.
- SILVESTRE, J. A. C. et al. Do Brasil em dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos Escola de Saúde Pública do Ceará**, v.7, Ceará, n.2, p.28-39, jul./dez., 2013.
- SOUZA, H. M. Programa saúde da Família: Entrevista. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 5, n. especial, dez. 2000, 7p.
- SOUZA, I. R. de e CALDAS, C. P. Atendimento Domiciliário Gerontológico: contribuições para o cuidado do idoso na comunidade. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.21, n.1, p.61-68, 2008.
- SZPILMAN, A. R. M. e OLIVEIRA, A. E. A percepção de usuários sobre os serviços de odontologia em unidades de saúde de Vila Velha (ES), Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.12, n.2, p.28-37, jun., 2011.
- TAKAHASHI, R. F. e OLIVEIRA, M. A. C. **A visita domiciliar no contexto da Saúde da Família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde.** Universidade de São Paulo. Ministério

da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 43-46.

TEIXEIRA, C. F. (org). **Promoção e vigilância da saúde**. CEPS/ISC, Salvador, 2002, 128p.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA; L. E. P. F. de e PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S. e TYLLMANN, G. e PEREZ, S. M. S. Entrevista e Visita Domiciliar. SSMA, Santa Rosa, 1998. 6p.

TOASSI, R. F. C., DAVOGLIO, R. S. e LEMOS, V. M. A. de. Integração ensino-serviço-comunidade: o estágio na atenção básica da graduação de odontologia. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v.28, n.04, p. 223-242, dez., 2012.

TRAD, L. A. B. e ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do programa saúde da família: coerência com os princípios de humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3., p.1969-1980, 2011.

TURRIONI, A. P. S. et al. Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1841-1848, 2012.

UCHOA, A. C. et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.1061-1076, 2011.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, E. M. V.& FRATUCCI, M. V. B. Práticas de saúde bucal. Disponível em:
http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_contudos/unidade15o/unidade15o.pdf acessado em 22 dez. 2015.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7, n.2, p.241-247, abr./jun., 2008.

VILARINHO, S. M. M.; MENDES, R. F. e PRADO JÚNIOR, R. R. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). **Revista Odonto Ciência – Faculdade de Odontologia/PUCRS**, v.22, n.55, jan./mar., 2007.