

O serviço de assistência domiciliária: origem, funções e a inserção da odontogeriatria

The home care health service: origin, functions and the insertion of odontogeriatrics

Mirtes Helena Manguiera da Silva Dias¹, Suzana Carielo da Fonseca²

RESUMO

Sabe-se que em muitos países e no Brasil, em especial, há um movimento em direção à implementação da “assistência domiciliária” na oferta de serviços de saúde prestados aos cidadãos. O objetivo deste artigo é problematizar esse movimento e seus efeitos na promoção da saúde dos idosos. Para tal, o foco estará voltado para o serviço de assistência domiciliária realizado por equipe interdisciplinar de uma instituição pública hospitalar, situada na cidade de São Paulo. Mais particularmente será colocado em relevo o atendimento domiciliar odontológico. Vale dizer, de início, que a reconfiguração do atendimento hospitalar que se concretiza no serviço de assistência domiciliária é motivada por inúmeros fatores que estão, como se verá adiante, ligados a “problemas” administrativo-financeiros (políticas públicas), subjetivos e sociais. Para abordar as especificidades que estão em jogo nesse modo de “cuidar” da saúde do cidadão idoso, será realizada, num primeiro momento, uma retrospectiva histórica, na tentativa de esclarecer como, por que e quando os hospitais se abriram para (1) uma proposta de atendimento cuja realização é feita “extramuros”; (2) profissionais de outras áreas – que não apenas da Medicina –, respondendo, assim, pela formação das referidas equipes. Em seguida, será apresentada especificamente a estruturação do Serviço de Assistência Domiciliária do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo e o atendimento odontológico a idosos desse serviço.

Palavras-chave: Domicílio, pacientes, idosos.

ABSTRACT

It is known that in many countries, particularly in Brazil, there is a movement toward the implementation of home care in the provision of health services provided to citizens. The aim of this paper is to question this movement and its effects in promoting the health of the elderly. The focus will be directed to the home care services provided by an interdisciplinary team of a public hospital located in the city of São Paulo. More particularly we will put emphasis on the odontological home care. It is worth saying, initially that the reconfiguration of hospital medical care done through the home service is motivated by a number of factors which are, as we will see ahead related to financial/administrative problems (public policies), subjective and social. To address the specificities that are in play in this mode of medical care provided to the elderly we present at first a historical retrospective, in an attempt to clarify how, why and when the hospital opened to: 1) a medical care proposal done outside the hospital premises, 2) professionals not only of medical background – thus forming the teams. Next we will specifically look at the organization/structure of the Home Care Service of Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo and the odontological care of the elderly, users of this service.

Keywords: Home, patients, elderly.

Recebido em 27/8/2009

Aceito em 23/10/2009

¹ Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPE-SP). Conselho Federal de Odontologia (CFO). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
² PUC-SP.

Endereço para correspondência: Mirtes Helena Manguiera da Silva Dias

• Rua Nemer Rahal, 59, Saúde – 04139-040 – São Paulo, SP • Tel.: (11) 5072-6931 •

E-mail: mirteshdias@bol.com.br

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa no mundo é um dado que chama a atenção de pesquisadores e gestores (públicos e privados), inclusive no Brasil. Os últimos dados estatísticos mostram que 7% da população brasileira (algo em torno de 14 milhões de habitantes) é idosa. A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que, em 2025, esse número se encontre próximo de 33 milhões, o que representará 15% da população total do país. Ao contrário dos países desenvolvidos, onde o aumento da expectativa de vida resultou de melhoria das condições de vida da população, o Brasil enfrenta uma realidade diferente, isso porque “*nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, essa mudança foi brusca e despreparada*”¹. Deve-se indagar, portanto, sobre como o Brasil poderia se estruturar devidamente – em termos de políticas públicas – para enfrentar o desafio da longevidade. As alterações biopsicossociais associadas ao envelhecimento repercutem e criam demandas que, sem permitir demora, necessitam ser acolhidas e geridas nos campos social, político, econômico e da saúde. Considerando o campo da saúde especificamente, sabe-se que, de maneira geral, as internações hospitalares são mais frequentes quando se trata de idosos, acarretando um alto custo no atendimento. A assistência domiciliária configura-se, no âmbito dessa problemática, um caminho alternativo. Essa proposta, bem como seus efeitos no atendimento e na promoção da saúde do idoso, é o foco da reflexão que se encaminha neste artigo.

O HOSPITAL: ESPAÇO DE INTERVENÇÃO NA DOENÇA

O hospital, no século XXI, se configura como um espaço terapêutico e, portanto, como um instrumento de intervenção sobre a doença e o doente. Mas, deve-se perguntar: desde quando ele se instituiu enquanto tal?

Historicamente, até a Idade Média, os hospitais não se constituíam propriamente como lugar destinado à cura de doenças. Nesse período, o trabalho ali realizado visava, como alerta Foucault², à salvação da alma. Por isso, “caridade” e “indulgência” eram os termos que definiam a ação daqueles que acolhiam, além de doentes, peregrinos. Foi no final do século XVIII (em torno de 1780) que eles começaram a se estabelecer como instrumentos terapêuticos reais. Essa mudança tem relação com as denominadas “viagens-inquérito”, ocorridas entre 1775 e 1780, na Europa, entre as quais se destacam a do inglês

Howard e a do francês Tenon. Ambos estavam incumbidos de visitar hospitais europeus para observá-los sistematicamente, compará-los e realizar uma “descrição funcional da sua organização médico-espacial”. O inquérito conclusivo dessas viagens deveria delinear uma “*fórmula do bom hospital*” para fundamentar um programa de reforma e reconstrução do atendimento hospitalar na Europa. Essa exigência de “reformulação” tem relação, como se verá adiante, com o reconhecimento de que “*os hospitais não curavam tão bem quanto deviam*”.

Segundo o autor², na Europa da Idade Média, o hospital não era concebido para curar e a medicina era, essencialmente, uma prática não hospitalar. Antes do século XVIII, a instituição hospitalar era espaço de separação e exclusão, já que sua função básica era recolher pobres doentes com o objetivo de proteger os demais do perigo de contágio. O seu personagem central era, então, o pobre moribundo que necessitava de assistência material e espiritual. Não é sem razão que o hospital, nesta época, era referido como “morredouro”.

Assim, o hospital esteve, como analisa Foucault², desarticulado do exercício da medicina até meados de século XVIII. A intervenção do médico na doença era organizada em torno da noção de crise, o que implicava que ele observasse no doente o curso de manifestação da doença para descobrir em que momento ocorria o confronto entre a natureza sadia e o mal que acometia o paciente. A intervenção com objetivo de cura envolvia um jogo que se desenvolvia numa forma de relação muito especial e individual entre médico e doente. Cabe colocar em relevo o fato de que a formação que permitia tal tipo de intervenção se realizava pela via de corporações médicas, nas quais se davam a conhecer textos específicos e transmissão de receitas. Assim, a experiência hospitalar – “*em que se poderiam registrar as constâncias, as generalidades, os elementos particulares etc.*” – estava excluída do ritual de formação do médico. É por esse motivo que “*nada na prática médica dessa época permitia a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização do hospital permitia intervenção da medicina*”².

A medicalização do hospital e/ou a hospitalização da medicina é mudança que deve ser lida, segundo o autor², como decorrente da necessidade de anular efeitos negativos do hospital, quais sejam: (1) doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e que podiam se espalhar na cidade onde estava situado; (2) desordem econômico-social de que era foco. Na base dessa reorganização, dois processos ocorrem simultaneamente. De um lado, a introdução de mecanismos

disciplinares no espaço confuso do hospital (e, conseqüentemente, da relação doença x doente). Na ótica foucaultiana, a disciplina é uma técnica cujos princípios foram delineados durante o século XVIII. Ela se fundamenta, antes de tudo, na *“análise do espaço. É a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório”*². Nessa medida, a técnica disciplinar envolve: **controle** do desenvolvimento de uma ação, **vigilância** perpétua e constante de indivíduos e **registro** contínuo.

De outro lado, o fator que responde pela origem do “hospital médico” é a grande mudança no saber e nas práticas médicas, que também se processa no século XVIII, com a introdução do modelo botânico (classificatório) para se atingir a inteligibilidade da doença: *“ela terá espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento como toda planta”*². Entendida como um fenômeno natural, acredita-se que a doença resulte *“de uma ação do meio sobre o indivíduo”*. Assim:

*“A água, o ar, a alimentação, o regime geral constituem o solo sobre o qual se desenvolvem em um indivíduo as diferentes espécies de doença. De modo que a cura é, nessa perspectiva, dirigida por uma intervenção médica que se endereça não mais à doença propriamente dita, como na medicina da crise, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, o regime, a alimentação, etc. É uma medicina do meio que está se constituindo, na medida em que a doença é concebida como um fenômeno natural obedecendo leis naturais”*².

Note-se que será a partir da conjunção dos dois fatores antes mencionados que os doentes serão distribuídos e individualizados num espaço – o hospitalar – onde possam ser vigiados e no qual se fazem registros de todas as ocorrências que lhe dizem respeito. Ao mesmo tempo, serão modificados o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica. Nessa perspectiva é que se medicaliza o espaço hospitalar, tanto na sua função quanto nos seus efeitos, mudança que tem conseqüências importantes: transforma-se o sistema de poder no interior do hospital e o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar (e não o pessoal religioso), razão pela qual sua presença se afirma e se multiplica até o ponto em que ele, finalmente, passa a residir no hospital.

Aparece assim o personagem do médico de hospital que antes não havia. A tomada de poder pelo médico se manifesta no ritual da visita, em que ele, na

frente, vai ao leito de cada paciente, seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiros etc. No que diz respeito ao paciente, seu punho passa a ser etiquetado para que se possa distingui-lo, mesmo se vier a falecer. Vale dizer, também, que nesse compromisso com a identificação coloca-se sobre o leito uma ficha com seu nome e a doença que porta e implementa-se um registro geral – prontuário (nome, diagnóstico, receita, tratamento, evolução etc.).

Constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. O saber médico, que até o início do século XVIII estava localizado nos livros, começa a ter seu lugar também no hospital. É assim que naturalmente se chega, entre 1780 e 1790, ao nascimento do hospital terapêutico, cujas características são semelhantes às do hospital do século XXI. É certo que os avanços tecnológicos e a evolução da medicina preventiva e sanitária contribuíram para promover mudanças significativas no atendimento hospitalar.

O HOSPITAL E O ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

Uma das mudanças ocorridas no atendimento hospitalar que merece destaque diz respeito à instituição do trabalho em equipe. Historicamente, durante muito tempo, a atenção à saúde era entendida como uma luta que seria travada contra a doença instalada e, segundo Jacob-Filho e Sitta³:

“Para realizar essa função eram fundamentais a atuação daqueles que soubessem reconhecer o mal, escolher os métodos para combatê-lo, retirá-lo cirurgicamente e, se possível, formular e aplicar medicamentos e, por fim, administrar ao enfermo os cuidados básicos para sua sobrevivência”.

Em resumo, a responsabilidade por todas essas atitudes estava concentrada na figura do médico. Com o passar do tempo, a problematização do par saúde/doença trouxe à cena concepções redimensionadas que exigiram que se reconhecesse que a atenção à saúde reclamava a complementação de saberes e fazeres, o que motivou o surgimento e/ou o desenvolvimento de áreas pouco difundidas, porém necessárias. Assim,

“A atuação deixa de ser centralizada em um ou poucos profissionais capazes de executar

“muitas tarefas e passa a ser dividida por aquelas que, por serem responsáveis especificamente por uma área do conhecimento e da assistência, têm condição de fazê-lo com maior competência e eficiência”³”.

Por intermédio dessa descentralização integrada nasceu a denominada “equipe interdisciplinar”^{4,5}. O trabalho realizado tem como base o compromisso com a integração, o respeito e a valorização dos diversos saberes específicos que são colocados em relação. A articulação desses saberes é de fundamental importância para as tomadas de decisão relativamente aos casos atendidos. É claro que poderão surgir diferenças, mas deverão ser trabalhadas e resolvidas. Enfim, as vantagens de se trabalhar em equipe são inúmeras e os resultados, bastante positivos, principalmente quando se trata de idosos. Essa linha de atendimento está em plena consonância com aquela preconizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), divisão regional da Organização Mundial da Saúde (OMS), em um relatório (1992): “a promoção de saúde dos idosos deve estar a cargo de uma equipe interdisciplinar”³, de maneira a oferecer uma assistência integral ao sujeito idoso.

O HOSPITAL E O SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

A medicalização dos hospitais e sua abertura a outros profissionais da área de saúde representam dois movimentos bastante significativos, relativamente ao modo como, a partir do século XX, se tem prestado assistência especializada a sujeitos doentes. Outra transformação merece também nossa atenção e ela está intimamente ligada com o problema relativo ao elevado custo das internações hospitalares: uma questão que ganha contornos mais preocupantes quando se trata de idosos. Segundo Brito e Ramos⁶,

“Em todo o Brasil os dados de internação e ocupação dos leitos hospitalares mostram que os idosos fazem uso dos recursos oferecidos pela rede hospitalar em uma proporção relativamente maior se comparados com outros grupos etários”.

Ramos⁶ mostra que as pessoas idosas em hospitais gerais de São Paulo “chegam a ocupar 20% do total de leitos e que o tempo médio em que permanecem internadas é quase duas vezes maior que a média para o total da população”. Diante desse quadro, é evidente a necessi-

dade da adoção de modelos alternativos à saúde, entre os quais é citada a assistência domiciliária.

O Serviço de Assistência Domiciliária⁷ teve sua origem em 1947 no Memorial Hospital, de Nova Iorque, Estados Unidos. Logo em seguida, em 1951, o Hospital Tenon, de Paris, França, criou o programa *Hospitalización a Domicilio*. É preciso que se diga que tais serviços (e outros similares) foram delineados por iniciativa dos próprios hospitais, em virtude de pressões governamentais e de seguros de saúde, para que se reduzissem gastos na assistência prestada aos doentes.

No Brasil, o Rio de Janeiro foi o primeiro estado a contar com um hospital que oferecia serviço de assistência domiciliar^{8,9}. Sob a direção do médico Nildo Aguiar, esse Hospital forneceu os principais dados para a criação, em 1949, do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (Sandu). Ligado, inicialmente, ao Ministério do Trabalho, em 1967, foi incorporado pelo então denominado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Provavelmente essa foi a primeira atividade planejada de assistência domiciliar à saúde no país. Posteriormente, esse trabalho seguiu para outros estados brasileiros, tais como São Paulo, Rio Grande do Sul, Pará, Pernambuco, Piauí e Ceará.

Algum tempo depois, mais especificamente em 1968, foi criada na cidade de São Paulo⁷ a Assistência Domiciliária do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo. Em 1994, foi implementado o Serviço de Assistência Domiciliária (SAD) do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. Vale dizer, também, que a cidade conta com o Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do Hospital das Clínicas de São Paulo, criado em 1996, e com o Serviço de Assistência Domiciliária ao Idoso (SADI) do Centro de Referência à Saúde do Idoso do Município de Guarulhos, criado em 1997.

É pertinente lembrar, também, que a lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, regulamentou a assistência domiciliária do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território nacional. As visitas domiciliares, desde então, são realizadas por equipes multidisciplinares do Programa de Saúde da Família (PSF).

Cabe enfatizar que a assistência domiciliária é uma excelente alternativa para diminuição do elevado custo das internações hospitalares, porém mais importante que esse aspecto puramente econômico são os benefícios que tal modalidade oferece à saúde do idoso. Entre eles, pode-se destacar a importância de manter o idoso dentro do seu domicílio, pois este

é visto como um espaço próprio, que lhe é familiar, o qual pode contribuir para manter a estabilidade de seu quadro, bem como para uma boa qualidade de vida. Estar em companhia de sua família e permanecer dentro de seu lar têm grande valor na preservação de sua identidade, como afirma Leme e Dias⁷, *“o ambiente exerce sobre o idoso um papel importante na manutenção da própria identidade, podendo favorecer sua autonomia e independência”*, pois para muitos deles há laços estabelecidos com os objetos, com o ambiente e com as pessoas. Não se pode deixar de considerar, também, que esse contato favorece, ainda, seu equilíbrio biopsicossocial. Além do mais, *“a retirada do paciente idoso de seu ambiente para internação hospitalar ou para procedimentos em centros médicos apresenta uma carga de comorbidade que não pode ser desconsiderada”*⁷. Em concordância com essa visão, as políticas de atenção ao idoso defendem o espaço domiciliar, acreditando que este seja o melhor local para o idoso envelhecer.

Para que se possa entender um pouco melhor como são realizados os atendimentos domiciliares, é interessante lembrar que existem pelo menos três modalidades implicadas em sua realização, cada uma das quais envolvendo características e ações diferentes. São elas⁷:

Visita domiciliária

É o tipo de atendimento realizado pelo profissional de saúde e/ou equipe na residência do paciente com o objetivo de avaliar suas demandas e as de seus familiares, bem como do ambiente onde vive, procurando estabelecer um planejamento assistencial voltado para recuperação e/ou reabilitação. Busca-se, com isso, promover autonomia e independência. As visitas são realizadas regularmente conforme a necessidade do doente. O cuidador recebe orientações sobre cuidados necessários.

Internação domiciliária

Representa uma opção segura e eficiente para atendimento a pacientes que, mesmo após estabilização do quadro clínico, continuam requerendo cuidados especializados de um profissional de saúde no seu dia a dia. Há necessidade da utilização de aparato tecnológico específico à necessidade do doente transferido para sua moradia. O acompanhamento é feito pelo profissional da enfermagem. Além disso, são necessários assistência médica e de enfermagem disponível por 24 horas e monitoramento constante da evolução clínica.

Assistência domiciliária

Essa forma de atendimento compreende as atividades assistenciais exercidas por profissionais da saúde e/ou por uma equipe interprofissional no domicílio do paciente. As visitas são programadas, e a periodicidade dependerá da complexidade do quadro clínico. Há necessidade de um cuidador para dar continuidade à assistência no domicílio.

RELATO DE CASO: O SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO

O SAD teve início, em 1994, seguindo conceitos franceses e americanos, porém com características próprias e compatíveis com a estrutura de saúde vigente no Brasil. Desde então, até os dias de hoje, mil pacientes já se beneficiaram desse serviço. Atualmente, são assistidos 152 pacientes, que estão distribuídos em todo o município de São Paulo.

A finalidade do SAD é prestar assistência a pacientes que apresentem dificuldades totais ou parciais de locomoção. Entende-se que seja importante, aqui, mencionar alguns objetivos específicos desse serviço, para que se esclareça melhor o serviço oferecido. São eles⁷: manter o paciente em seu hábitat familiar; suprir a dificuldade de locomoção dos pacientes; melhorar a qualidade de vida dos pacientes; colaborar no sentido de agilizar a liberação de leitos do hospital; estimular a participação de familiares no acompanhamento dos pacientes e propiciar acompanhamento domiciliário interprofissional aos pacientes.

Essa assistência é realizada por meio de uma equipe interdisciplinar (assistente social, dentista, enfermeira, fisioterapeuta, fonoaudióloga, médica, nutricionista, psicóloga e terapeuta ocupacional) que atua conjuntamente, compartilhando responsabilidades.

O SAD leva apoio, tratamento, medicações, coleta de material para exames laboratoriais e resultados de exames aos idosos, disponibilizando, ainda, pelo tempo que se fizer necessário, a utilização de cama hospitalar, cadeira de rodas, cadeira de banho, colchão caixa de ovo, medicações, materiais para curativos e dietas para sonda, sem nenhum custo ao paciente. As visitas domiciliares são feitas de segunda a sexta-feira, no período da manhã e da tarde. A cada 15 dias, a equipe se reúne para discussão dos casos clínicos, pois se entende que seja importante que seus integrantes participem da atuação proposta por profissional.

O que se tem recolhido do trabalho realizado pela equipe, ao longo desses últimos 15 anos, é um resultado bastante positivo: o fato de o paciente permanecer em sua residência, na companhia de seus familiares e amigos, tem mesmo um papel importante na determinação desse resultado que, é preciso que se diga, implica uma recuperação mais rápida e eficiente, tanto do ponto de vista físico quanto emocional, além da diminuição do risco de infecções. Hoje, a importância e a eficiência do SAD são constatadas pelos pacientes e familiares e também reconhecida pelo HSPM como sendo a melhor alternativa de levar saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos idosos que procuram atendimento nessa instituição.

O SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA E O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE IDOSOS EM DOMICÍLIO

Paralelamente à assistência prestada aos doentes em seus domicílios, por meio dos atendimentos clínicos especializados, o SAD configura-se também como um espaço de realização de pesquisas⁷: a articulação entre teoria e prática clínica é, portanto, problematizada. No âmbito desse compromisso, Dias¹⁰ encaminhou uma investigação cujo objetivo primeiro foi o de levantar o perfil de saúde bucal dos idosos assistidos pelo SAD/HSPM. Dos 110 pacientes examinados, 63% eram mulheres e 37% eram homens, com idade variando entre 60 e 95 anos. Nesta pesquisa, foram observadas inicialmente as condições gerais de saúde dos pacientes e constatou-se que apenas 13% apresentavam uma doença sistêmica e que a grande maioria, 87% deles, apresentava duas ou mais manifestações dessa natureza, de forma a manifestarem dificuldades na realização das atividades de vida diária (AVDs)¹¹. Por isso, foi feito um levantamento relativo à realização das AVDs, onde se constatou que 23% dos pacientes conseguem realizá-las sozinhos e, em 16% dos casos, há dependências parciais (ora necessitam de ajuda, ora não). Constatou-se, ainda, que 61% dos pacientes apresentam dependência total, o que impõe a obrigatoriedade da realização das AVDs pelo cuidador.

Tendo em vista tal resultado, decidiu-se fazer um levantamento para analisar a qualidade da higiene bucal, seja ela feita pelo paciente que é independente, seja aquela feita pelo cuidador (paciente totalmente dependente), ou mesmo por ambos. Verificou-se que, em 39% dos casos, a higienização se apresentava precária, aceitável em 34% e boa em 27% (Figura 1).

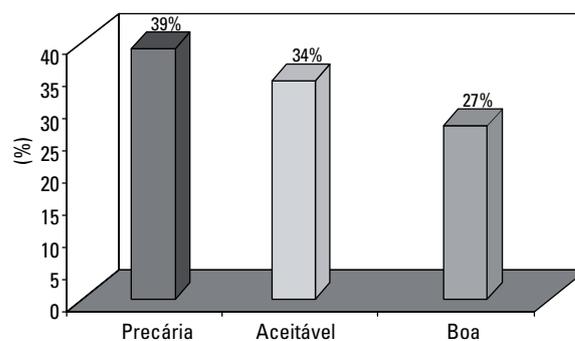


Figura 1. Distribuição da frequência de pacientes atendidos em domicílio segundo a qualidade da higiene bucal.

Fonte: Serviço de Assistência Domiciliária (SAD).

A porcentagem mais alta (higienização precária) foi tomada como um indicativo bastante evidente de que havia necessidade de intervenção especializada e promotora de mudanças. Intervenção que deveria incluir tanto cuidadores quanto pacientes, uma vez que são necessárias a conscientização e a motivação do paciente em relação à higiene oral para que possa haver mudanças de hábitos e atitudes¹².

Note-se, entretanto, que falar em “estado de saúde bucal” implica um universo muito mais amplo do que apenas higiene bucal. Razão pela qual, na pesquisa realizada⁹, atentou-se também para a presença/ausência de dentes nos idosos sujeitos da investigação. Constatou-se que 25% eram dentados (possuíam dentes) e 75% eram edentados (não possuíam dentes). Dos 25% dentados, avaliaram-se o estado das gengivas (periodonto) e a conservação de dentes, relacionando os achados com a necessidade de tratamento, obtendo os seguintes resultados: 11% dos sujeitos pesquisados apresentavam dentes e gengiva saudáveis, não necessitando de tratamento, ao contrário, 53% necessitavam tanto de tratamento periodontal quanto restaurador e 36% necessitavam apenas de tratamento periodontal.

Quanto aos idosos edentados, 65% faziam uso de próteses totais (dentaduras) e 35% não as utilizavam. No que diz respeito aos primeiros, decidiu-se avaliar a adaptação das próteses e concluiu-se que 35% necessitavam de troca, 46% precisavam de reembasamento, que consiste em um preenchimento interno da prótese com material resinoso tornando-a mais adaptada, e 19% apresentavam adaptação aceitável.

Os resultados obtidos após a análise das condições de saúde bucal desses idosos revelaram uma alta porcentagem de cáries e gengivite, um alto número de próteses desadaptadas e aproximadamente um terço

com higiene bucal precária. Apesar de esses idosos não apresentarem um estado de saúde bucal satisfatório, na quase totalidade deles, a alimentação era realizada pela boca, ou seja, por via oral (93%), de maneira que a mastigação e a deglutição se encontravam prejudicadas. Apenas 7% do total se alimentava por sonda. Essa informação reforça a importância da necessidade de se ter uma condição bucal saudável, de modo a permitir a adequada mastigação e deglutição, resultando em um melhor aproveitamento dos alimentos pelo organismo.

Para exemplificar o tratamento odontológico feito em domicílio, e os resultados obtidos (objetivos e subjetivos) por meio dessa intervenção realizada por Dias¹⁰, foi eleita uma paciente, com 67 anos de idade, que apresenta seqüela por acidente vascular encefálico (AVE), associado a dificuldades de locomoção (hemiplegia de membro superior e inferior direito). Quanto ao seu estado bucal, foi diagnosticada a presença de muitas cáries e doença periodontal. Esse estado precário de conservação dos dentes era resultado das sequelas motoras impostas devido ao AVE e, por consequência, da instauração de um quadro depressivo associado a tais dificuldades. Essa era a razão pela qual ela não conseguia higienizá-los adequadamente. Tratar os dentes também não era uma realidade para ela, pois seu primeiro comentário foi: *“eu queria por dentadura”*. Note-se que a paciente, antes do início do tratamento, só via uma saída radical para sua condição bucal (extração total dos dentes e colocação de dentadura); não parecia enxergar a possibilidade de conservar os próprios dentes e garantir suas funções normais, inclusive, a de mastigação^{13,14}.

Pela avaliação clínica, a melhor opção seria, entretanto, um tratamento conservador. Além de insistir na possibilidade desse tratamento, a dentista fez ver que era possível, com o treino da mão não sequelada, manter sua saúde bucal em bom estado. Uma das primeiras intervenções realizadas foi a de tentar promover a escovação autônoma utilizando a mão esquerda. Vale dizer que a dentista pôde contar com a paciente para essa empreitada: embora deprimida, ela pareceu alguém que, com investimento, poderia conquistar maior autonomia nas AVDs¹¹. No início, algumas dificuldades relativas à precisão do movimento se apresentaram, mas, com a prática diária, a escovação (realizada no leito) com a mão esquerda se tornou uma realidade, sendo importante fundamento para o tratamento conservador que foi proposto.

Paralelamente aos cuidados de higiene, o tratamento (restaurações e tratamento periodontal) foi realizado no domicílio da paciente. A intervenção odontológica promoveu, portanto, uma valorização dos dentes dessa

paciente, bem como um resgate cultural da ação básica que fundamenta a higiene bucal, o que se confirmou quando ela passou a realizar a escovação diária depois de cada refeição: *“na hora do banho eu faço bem longa... depois o meu filho me ajuda aqui na cama, traz uma bacia para eu escovar, depois do almoço e depois à noite”*. Seu compromisso é revelado, inclusive, quando ela assinala que *“fica melhor”* quando ela está fora do leito: *“se eu pudesse ir ao banheiro seria bem melhor”*.

Houve também um resgate subjetivo importante. De fato, por imposição da doença, “adormeceu-se” a possibilidade desse sujeito de se haver com algumas de suas necessidades primeiras. Reconhecer que seu corpo poderia reagir às adversidades impostas pelo quadro patológico foi o que motivou – a dentista e a própria paciente – a investir clinicamente na mudança de sua condição bucal. Talvez por isso, apesar da depressão, essa senhora pôde ser tocada pela proposta que lhe foi feita.

Os resultados foram excelentes. Sobre isso, diz a paciente: *“agora, estou [contente], porque dá para eu comer direitinho [...] a gente precisa ter dentes [...] (a dentista) veio, começou a cuidar dos meus dentes e ficou bonito”*. Nota-se que a questão estética relativa à condição bucal passou, também, a ser referida por ela. Uma outra consequência, associada a essa, traz à tona efeitos sociais desse cuidado: *“eles (pessoas de seu convívio social) perguntam se eu cuido (dos dentes) [...] eles estão bonitos”*. Até então, a paciente não havia mencionado qualquer reação das outras pessoas relativamente à sua apresentação social e, muito menos, ao estado de seus dentes. Quando, entretanto, eles são recuperados (tanto do ponto de vista funcional quanto do ponto de vista estético), esse cuidado consigo mesma se fez notar socialmente.

Tendo em vista sua experiência de atendimento em domicílio, foi lançada a seguinte pergunta para essa paciente: *“É importante o dentista ir até a casa do paciente para tratá-lo?”*, ela respondeu: *“É sim [...] a dentista vir é bem mais fácil do que eu ir pra lá [...] ela olha e faz o que necessita”*. De fato, as dificuldades de locomoção criam um grande problema para pacientes que, do mesmo modo que ela, necessitam procurar atendimento odontológico. Quando a eles se associa um quadro depressivo, o que era problema pode se transformar em obstáculo. Esse caso mostra claramente a necessidade de uma assistência domiciliar. Não se deve interpretar como acomodação o enunciado da paciente *“a dentista vir é bem mais fácil”*. De fato, o que está em causa aí é a dificuldade para acessar o serviço de saúde e ser acolhida numa demanda que implica sofrimento. O direito funda-

mental do cidadão a esse acesso é o que se conquista com o atendimento domiciliário¹⁵.

Concluiu-se, a partir do que foi exposto, que para se fazer um atendimento domiciliário, principalmente a idosos, é preciso, além do conhecimento técnico, ter sensibilidade ao outro, bem como às suas potencialidades encobertas pela doença.

REFERÊNCIAS

1. Paschoal SMP, Franco RP, Salles RFN. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo-Netto M. Tratado de gerontologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 39-56.
2. Foucault M. O nascimento do hospital. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
3. Jacob-Filho W, Sitta MC. Interprofissionalidade. In: Papaléo-Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada, São Paulo: Atheneu; 1996. p. 440-50.
4. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35(1):103-9. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp
5. Born T. A equipe multidisciplinar e o idoso. Rev A Terceira Idade. 2000; ano XI, 20:31-9.
6. Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Papaléo-Netto M. Tratado de gerontologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 671-81.
7. Leme LEG, Dias MHMS. Serviço de Assistência Domiciliária: objetivos, organização e resultados. In: Papaléo-Netto M. Tratado de gerontologia, 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 683-700.
8. Mendes W. Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ; UnATI; 2001.
9. Farias EP. Aspectos importantes na assistência domiciliar. In: Corte B, Mercadante EF, Arcuri IG. Masculin(idade) e velhices: entre um bom e mau envelhecer. São Paulo: Vetor; 2006 (Coleção Gerontologia; 3).
10. Dias MHMS. O dentista como parte integrante da equipe interdisciplinar do Serviço de Assistência Domiciliária. Rev Canal Científico [periódico eletrônico] 2005 [citado em 2005 nov/dez]; 5(5). Disponível em: <http://www.editorasantos.com.br>
11. Vieira EB. Manual de gerontologia – Um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
12. Dias MHMS. Odontologia geriátrica: alterações orais na senescência e na senilidade. In: Papaléo-Netto M. Tratado de gerontologia, 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 537-46.
13. Reis SCGB, Marcelo VC. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia. In: Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(1):191-9.
14. Benedetti RB, Mello ALSF, Gonçalves LHT. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. In: Ciênc Saúde Coletiva; 2007;12(6):1683-90.
15. Silveira-Filho AD. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. In: Rev Bras Saúde Família. Campinas: Unicamp; 2002. p. 36-43.