



FACULDADE DE PINDAMONHANGABA

**Alexandra dos Santos Galvão
Iris Cláudia de Oliveira Machado**

**AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL EM PACIENTES
ACAMADOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE GUARATINGUETÁ-SP**

**Pindamonhangaba - SP
2012**



**Alexandra dos Santos Galvão
Iris Cláudia de Oliveira Machado**

**AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL EM PACIENTES
ACAMADOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE GUARATINGUETÁ-SP**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo Curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientador: Profa. Dra. Cristiana Tengan

**Pindamonhangaba - SP
2012**



**Alexandra dos Santos Galvão
Iris Cláudia de Oliveira Machado**

**AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL EM PACIENTES ACAMADOS DAS
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE GUARATINGUETÁ-SP**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma do Bacharel em Odontologia Curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura _____

Dedicamos este
trabalho à nossa família.

Em especial a nossos
pais que contribuíram
para que este sonho se
realizasse.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todas as equipes de Saúde da Família do município de Guaratinguetá pela colaboração para a realização deste trabalho.

À orientadora, Profa. Dra. Cristiana Tengan, pela forma atenciosa e dedicada com que orientou o trabalho.

À Dra. Ana Paula Barros, que contribuiu de forma significativa para que as pesquisas de campo se concretizassem .

Em especial à amiga Daiane Luz Aureliano pela colaboração.

RESUMO

A tarefa atribuída ao cuidador, incluindo a higiene bucal, muitas vezes realizada sem orientação adequada, tem impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes acamados. Este estudo baseou-se em uma coleta de dados realizada em sete Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Guaratinguetá. Foram aplicados questionários contendo dez perguntas objetivas aos cuidadores e foi realizado um exame clínico nos acamados com objetivo de avaliar a condição bucal desses acamados e de que forma essa higiene era realizada. Observou-se que em 73,5% dos pacientes acamados a higiene oral é realizada, porém sem orientação e que em apenas 26,5% desses pacientes não se realizam a higiene oral, mesmo nos pacientes em que a higienização é realizada pode-se perceber que é desfavorável, pois 35,4% dos avaliados tinham presença de biofilme cobrindo mais que 2/3 da superfície dental. Pode-se assim concluir que para esses pacientes acamados terem promoção de saúde e conseqüentemente qualidade de vida, as equipes de saúde bucal deveriam priorizar esse tipo de atendimento, desenvolvendo ações que enfocassem o comprometimento dos cuidadores em relação à prevenção e de certa forma serem mais comprometidos com as atribuições que lhes são designadas.

Palavras-chave: Saúde bucal. Cuidadores. Pacientes acamados. PSF.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1	Percentual da faixa etária de pacientes acamados participantes da amostra..	18
Gráfico 2	Percentual de pacientes acamados que realizam a higiene oral.....	18
Gráfico 3	Percentual de pacientes acamados que necessitam de auxílio para realizarem a higiene oral.....	19
Gráfico 4	Frequência da higienização.....	19
Gráfico 5	Percentual de pacientes acamados que fazem uso de creme dental.....	20
Gráfico 6	Percentual de pacientes acamados que fazem uso de escova dental.....	20
Gráfico 7	Percentual de acamados que já receberam orientação de higiene oral.....	21
Gráfico 8	Percentual da última visita de um dentista.....	21
Gráfico 9	Percentual de acamados que usam prótese dentária.....	22
Gráfico 10	Percentual de pacientes que observam sangramento ao realizarem a higiene oral.....	22
Gráfico 11	Percentual da avaliação dos pacientes acamados para verificar índice de placa visível.....	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	10
2.1 Sistema Único de Saúde.....	10
2.2 Programa de Saúde da Família.....	11
2.3 Saúde Bucal.....	12
2.4 Técnicas de Higienização.....	13
2.5 Principais Doenças causadas pela falta de Higiene Oral.....	13
2.5.1 CÁRIE DENTAL.....	14
2.5.2 DOENÇA PERIODONTAL.....	14
2.5.2.1 <i>Gengivite</i>	15
2.5.2.2 <i>Periodontite</i>	15
3 MÉTODO.....	16
4 RESULTADO.....	18
5 DISCUSSÃO.....	24
6 CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde não se limita à ausência de doença ou enfermidades, mas deve ser entendido como um conjunto de elementos que proporcionem o bem estar físico, mental e social, conforme apontado pela Organização Mundial de Saúde. As ações de promoção e proteção à saúde visam a redução de fatores de risco, que constituem uma ameaça às doenças. Inserida em um contexto amplo de saúde, a promoção da saúde bucal transcende dimensões técnica da prática odontológica, sendo a saúde bucal integrada às demais práticas de saúde coletiva.¹

Um dos principais objetivos da aplicação de estratégias de promoção de saúde bucal é a redução de desigualdade em saúde e do impacto de doenças bucais sobre a qualidade de vida das pessoas. A higiene bucal é necessária para uma boa saúde não só dos dentes, como da cavidade oral como um todo, refletindo assim na fonação, na mastigação, na estética, evitando problemas e resultando em qualidade de vida.²

Considerando que muitas pessoas encontram-se limitadas ou até impossibilitadas de realizarem a higiene da boca, necessitando da ajuda de outros para que tal ato seja realizado, se faz importante avaliar se esses cuidadores compreendem a real importância de manterem a saúde bucal de seus acamados, portanto os cuidadores devem receber orientações quanto à higiene bucal, as técnicas de higienização, e cuidados com próteses.³

O cadastramento de famílias feito por agentes comunitários de saúde levou-os aos domicílios de usuários e tornou visíveis as necessidades de saúde de pacientes com perdas funcionais e dependência que se encontram confinados em seus lares e de seus cuidadores, tornando necessário atitudes eficazes no cuidado do paciente⁴, o que exige habilidade e atitude diferenciadas por parte de todos os envolvidos na execução desse processo.⁵

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a condição bucal de pacientes acamados das Unidades de Saúde da Família do Município de Guaratinguetá que encontram-se impossibilitados de realizar a higiene bucal e avaliar de que forma essa higiene é realizada por seus cuidadores.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado no Brasil em 1988 com a promulgação da nova constituição federal, tornou o acesso à saúde direito de todo cidadão. A implantação do SUS unificou o sistema, já que antes de 1988 a saúde era responsabilidade de vários ministérios, e descentralizou sua gestão, deixou de ser exclusiva do poder executivo e passou a ser administrada por Estados e Municípios. O sistema tem como princípios doutrinários a universalidade, sendo direito de todos os cidadãos, a equidade, onde trata desigualmente os desiguais, oferecendo mais a quem mais precisa e a Integralidade, que trata o indivíduo como um todo. No capítulo VI da lei nº 8080 o artigo 191 diz: São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.⁶

A portaria GM/MS nº 1444 de 28 de dezembro de 2000 Regulamenta a Atenção à Saúde Bucal vinculada ao Programa de Saúde da Família (PSF). O Ministério do Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e considerando o PSF uma importante Estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde, estabelece a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal; considera a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal da população. A necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica, por meio da implantação de suas ações no Programa Saúde da Família, resolve: Artigo 1º Criar o incentivo à saúde bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Artigo 2º Definir que o trabalho das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, estará voltado para a reorganização e para a ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e as famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial.⁷

2.2 Programa de Saúde da Família

Levar a saúde para mais perto da família e melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Esses são os principais objetivos do Programa Saúde da Família, criado para organizar os serviços de atenção básica do governo e reorientar os profissionais que hoje trabalham com assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. O atendimento é prestado pelos profissionais da Equipe na Unidade de saúde ou nos domicílios.⁸

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente designado, Estratégia Saúde da Família (ESF) começou em 1994 no nordeste do Brasil e foi implantado após o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, cuja experiência trouxe os agentes comunitários de saúde para compor as equipes de saúde da família, provocando mudanças no processo de trabalho em saúde. A proposta apresentava-se a oportunidade de se viabilizar uma nova forma de atenção a saúde das pessoas, para isso era fundamental assumir o compromisso de propiciar condições para transformar as práticas de saúde que fragmentam as pessoas, os saberes e os serviços de saúde, separando-os da realidade de vida e, portanto, desumanizando a atenção, além de dificultar, pela maneira como essas práticas eram organizadas, uma prestação de assistência integral.⁹ A partir da norma Operacional Básica de 1996, este passou a ser considerado Estratégia Reestruturante de todo o Sistema de Saúde, expandindo-se no país.⁸

A estratégia de Saúde da Família caracteriza-se a partir do trabalho da equipe de Saúde da Família, cuja equipe mínima deve ser constituída por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis ACS, que assumem a responsabilidade por uma área geográfica definida e sua população e desenvolvem ações de saúde dos indivíduos e da família, dos recém nascidos aos idosos, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. A atenção esta centrada na família, entendido e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e o levantamento de seus problemas de saúde mais expressivos, buscando- se soluções, seja na rede de serviços de saúde seja na sociedade em geral, através da intersetorialidade; trata-se de um atendimento humanizado, resolutivo e de qualidade.⁹

O PSF tem como desafios não só ampliar o acesso às ações de saúde mas, dar forma concreta à uma interpretação ampla de saúde e as idéias de integralidade da atenção, promoção da saúde, enfoque familiar, humanização da assistência, formação de vínculos entre profissionais e população territorializada. Para dar corpo a esse novo modelo, entre as várias ações projetadas e execução encontra-se a prática sistemática das visitas domiciliares, realizadas pelas Equipes. Na política nacional direcionada ao PSF, cabe a toda equipe realizar o cuidado em saúde com a população adscrita, tanto no âmbito dos serviços, como dos domicílio e demais espaços comunitários. Embora as visitas não sejam uma estratégia nova no âmbito de saúde pública brasileira, na atualidade elas tem finalidades mais amplas e se tornaram bastante complexas na proposta do PSF, a visita deve se articular aos desafios que colocam para este, tendo as famílias, em seu contexto sócio cultural de vida, como unidade central da atenção, aliançando suas diversas necessidades, tendo em vista não só a prevenção da saúde e a recuperação e reabilitação de doenças, mas também a promoção da saúde.¹⁰

Na política do PSF destaca-se um perfil de vigilância à saúde de controle de riscos e agravos, através da produção de informações familiares, populacionais, de ações educativas e do controle de práticas de auto cuidado em saúde. Entre as atribuições das equipes propõe-se a visita para monitorar a situação de saúde das pessoas no espaço do domicílio segundo critérios epidemiológicos e de risco. A visita com essa finalidade implica no desenvolvimento de ações de prevenção e monitoramento dirigidos à grupos específicos, às doenças prevalentes e situações de risco.¹¹

2.3 Saúde Bucal

A saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. O conceito de saúde bucal é uma abstração útil. A rigor saúde é um estado do indivíduo que não pode substituir com saúde parciais dos diversos órgãos e sistemas.¹²

A saúde bucal de um indivíduo deve estar intimamente ligada à saúde geral e vice-versa. Uma é complemento da outra e ambas necessitam da ação conjunto, com vistas à melhor nutrição e à correta higienização da boca . A saúde bucal, como estado de harmonia, normalidade ou hígidez da boca, só tem significado quando acompanhada de

um grau razoável de saúde geral do indivíduo.¹³

As práticas de higiene bucal desempenham importante papel na prevenção das doenças bucais. A inclusão da higiene bucal no contexto da higiene pessoal como um todo é mais apropriado do que orientações para melhorar a higiene bucal em separado.¹⁴

2.4 Técnica de Escovação

A técnica de fones, por ser mais simples, tem seu aprendizado recomendado para crianças menos hábeis ou menos interessadas, ou ainda, quando se tem pouco tempo para o ensino. Embora essa técnica seja de fácil execução quando bem desenvolvida, possibilita boa higiene buco dental. São realizados movimentos circulares nas superfícies vestibulares, linguais e palatais dos dentes. Nas superfícies oclusais e incisivas são realizados movimentos anteroposteriores. A execução dos movimentos nas faces palatais e linguais também são circulares, porém o paciente deve permanecer com a boca aberta. Quanto aos movimentos circulares, exceto nas superfícies palatais dos dentes anteriores, a escova deve ser posicionada verticalmente em relação ao longo eixo do dente, executando-se movimentos de gengival para incisal.¹⁵

2.5 Principais doenças causadas pela falta da higiene bucal

O controle do biofilme dental é reconhecidamente um fator chave na prevenção de cárie dentária, gengivite e periodontite, e pode ser utilizado para avaliar padrões de higiene bucal. Além disso, essa avaliação auxilia no planejamento de programas educativos voltados para prevenção e promoção da saúde.¹⁶

A gengivite bem como a periodontite e a cárie são doenças infecciosas causadas por bactérias que colonizam a superfície dos dentes, formando o biofilme dental. Por este motivo o biofilme dental é o fator etiológico primordial para o desencadeamento do processo inflamatório e das cáries. O biofilme dental é uma massa densa, não calcificada, constituída por micro organismos envolvidos numa matriz rica em polissacarídeos

extracelulares bacterianos e glicoproteínas salivares, firmemente aderida aos dentes, cálculos e outras superfícies da cavidade bucal. Na maioria das vezes o biofilme se desenvolve sobre a película adquirida, que é um biofilme derivado da saliva que reveste toda a cavidade bucal.¹⁷

A chave principal para a prevenção das doenças gengivoperiodontais e dentárias é o Controle de Placa Bacteriana, podendo ser mecânico, químico ou a associação de ambos. Este é básico para a prática odontológica, sem ele, a higiene bucal não pode ser alcançada nem preservada, e nem os resultados da terapêutica odontológicas assegurados. A prevenção na Odontologia tem como finalidade manter a dentição natural por meio da perpetuação do estado de saúde bucal e de suas estruturas bucais.¹⁸

2.5.1 CÁRIE DENTAL

A doença cárie é um processo dinâmico que inicia com a desmineralização submicroscópica do esmalte podendo chegar à perda de substância dental com formação de cavidade até a destruição total do dente. É uma doença de origem bacteriana que pode ser definida como uma destruição localizada dos tecidos dentais causada pela ação das bactérias. A desmineralização dos tecidos dentais é causada por ácidos, produzidos pela fermentação bacteriana dos carboidratos da dieta, geralmente a sacarose. A baixa do pH ocasiona dissolução do esmalte e transporte do cálcio e fosfato para o meio ambiente bucal. Hoje a cárie dental é considerada como um desequilíbrio no processo de des e remineralização do tecido duros dos dentes. Este fenômeno acontece constantemente. A cárie ocorre quando, por algumas razões, a saída de íons acaba sendo maior do que a sua reposição.¹⁵

2.5.2 DOENÇA PERIODONTAL

Os tecidos periodontais constituem o periodonto de proteção, formado pela gengiva e o periodonto de sustentação incluindo o ligamento periodontal, o cemento radicular e o osso alveolar de suporte. As estruturas periodontais formam uma unidade biológica e funcional sujeito a alterações na sua morfologia e função, podendo ser essas patológicas ou fisiológicas.¹⁹

Doença Periodontal é uma infecção crônica, produzida por bactérias

gram-negativas, com níveis de prevalência elevados: sendo a segunda maior causa de patologia dentária na população humana de todo o mundo. É definida como uma doença de sitio-específica, que evolui continuamente com períodos de exacerbação e de remissão, resultando de uma resposta inflamatória e imune do hospedeiro à presença de bactérias e seus produtos. A sua progressão é favorecida pelas características morfológicas dos tecidos afetados, o que distingue de outras doenças infecciosas. As manifestações clínicas da doença são dependentes das propriedades agressoras dos microorganismos e da capacidade do hospedeiro em resistir à agressão.¹⁸

Embora o mais importante mecanismo de defesa resida na resposta inflamatória que se manifesta inicialmente como gengivite, variações na eficácia protetora do processo inflamatório e o potencial patogênico das bactérias podem ser a causa principal das diferenças encontradas na susceptibilidade à Doença Periodontal. O processo inflamatório desencadeado pode culminar com a instalação de uma periodontite. Inicialmente ocorre um desequilíbrio entre bactérias e defesas do hospedeiro que leva a alterações vasculares e à formação de exsudato inflamatório. Esta fase manifesta-se clinicamente com alteração da cor da gengiva, hemorragia e edema, sendo uma situação reversível se a causa eliminada. Esta situação, definida como Gengivite, promove a fragilização das estruturas, o que possibilita um maior acesso dos agentes bacterianos agressores e/ou seus produtos às áreas subjacentes, podendo resultar na formação de bolsas periodontais, com perda óssea e uma contínua migração apical do epitélio. Esse tipo de epitélio oferece menos resistência aos agentes agressores o que perpetua o processo inflamatório. Este processo culmina com a destruição dos componentes do periodonto, ou seja, cemento radicular, ligamento periodontal e osso alveolar. A resposta imune de cada indivíduo tem um papel importante no início e progressão desta doença, e pode ser influenciada por fatores de risco, biológicos e comportamentais.¹⁸

Em termos gerais, pode-se diferenciar duas entidades distintas de Doença Periodontal, dependendo da gravidade da mesma, a Gengivite e a Periodontite. A primeira é reversível, ao contrário da segunda que é irreversível.¹⁷

2.5.2.1 Gengivite

Defini-se como uma inflamação superficial da gengiva onde, apesar das alterações patológicas, o epitélio de união se mantém unido ao dente, não havendo perda

de inserção. É uma situação reversível, caso seja removidos os fatores etiológicos (bactérias). Contudo, tem um papel precursor na perda de inserção ao redor dos dentes.¹⁸

2.5.2.2 Periodontite

Corresponde a uma situação de inflamação com destruição do periodonto e ocorre quando as alterações patológicas verificadas na Gengivite progridem até haver destruição do ligamento periodontal e migração apical do epitélio de união. Existe uma acumulação de placa bacteriana, ao nível dos tecidos mais profundos, causando uma perda de inserção por destruição do tecido conjuntivo e por reabsorção do osso alveolar. Macroscopicamente, a gengiva apresenta-se eritematosa com sinais de inflamação. No entanto, esta característica pode não estar presente, como acontece nos pacientes fumantes, nos quais a vasoconstrição provocada pelo tabaco simula ausência de inflamação.¹⁸

3 MÉTODO

3.1 Aspectos éticos e legais

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Pindamonhangaba, conforme resolução nº 196 de 10/10/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Para a realização desta pesquisa foi solicitado uma autorização da Secretaria de Saúde do Município de Guaratinguetá e termo de consentimento livre e esclarecido de pesquisa foi assinada pelos responsáveis dos acamados.

3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram avaliados trinta e quatro pacientes acamados das áreas de abrangência das unidades de Saúde da Família do Município de Guaratinguetá, sendo seis pacientes do Jardim Tamandaré, quatro pacientes do PSF da Rocinha, cinco pacientes do PSF do São Manoel, quatro pacientes do PSF do Jardim do Vale, cinco pacientes do PSF do São

Dimas, cinco pacientes do PSF do Jardim Vista Alegre e cinco pacientes do PSF do Jardim Esperança.

Foram incluídos todos os pacientes que apresentaram total ou parcial dependência de seus cuidadores e excluídos todos os pacientes inconscientes e os que fazem uso de sonda gástrica.

3.3 Material

Define-se cuidador a pessoa que assume o papel de assistir ao familiar em situação de dependência, e dependente, quem necessita de ajuda no desempenho de suas atividades de vida diária, como alimentação, locomoção, banho, higiene oral, entre outros.

Toda visita foi acompanhada de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), o qual foi liberado pela enfermeira chefe de cada unidade de saúde. Os cuidadores responderam um questionário contendo dez perguntas objetivas (apêndice) sobre a higiene bucal do acamado. Foi demonstrada em um macro modelo a técnica de escovação para pacientes dentados ou parcialmente dentados, a técnica utilizada foi a de Fones por ser uma técnica de fácil execução e que dispõe de pouco tempo, para pacientes edêntulos explicou-se que deveria ser feita a higiene bucal com o auxílio de uma gaze umidecida em água filtrada para remoção de resíduos alimentares e para portadores de prótese dentária, explicou-se que deveria segurar a prótese com firmeza de preferência sobre uma pia, com escova macia para não arranhar o acrílico e sabão neutro. Deu-se uma explicação de como higienizar corretamente cada caso. Com essas informações foi possível que os cuidadores pudessem se adequar de acordo com a necessidade de cada paciente. Todos os cuidadores eram membros da própria família.

Os pacientes foram examinados por calibradores através um exame clínico visual, com auxílio de uma espátula de madeira sob luz natural, com o objetivo de verificar o índice de placa visível. Utilizou-se o índice descrito por Pereira¹², onde o arco dental é dividido em sextantes e definidos os dentes a serem examinados, sendo anotadas as piores condições encontradas. Essa avaliação foi realizada em uma única sessão e não ultrapassou tempo maior que trinta minutos.

DENTES ÍNDICES		
16-17	11	26-27
46-47	31	36-37

CÓDIGO	DEFINIÇÃO
0	Nenhuma placa observada
1	Pouca placa, menos que 1/3 da superfície coberta
2	Placa cobrindo + de 1/3 e - 2/3 da superfície dental
3	Placa cobrindo + de 2/3 da superfície dental
X	Dente índice e substituto inexistente

RESULTADOS

Participaram deste estudo uma amostra de trinta e quatro pacientes acamados, sendo que 8,8% eram crianças, na faixa etária entre 9 a 13 anos, 32,4% eram jovens/adultos na faixa etária entre 17 a 55 anos e 58,8% eram idosos na faixa etária entre 60 a 98 anos, todos eles pertencentes às áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família do Município de Guaratinguetá.

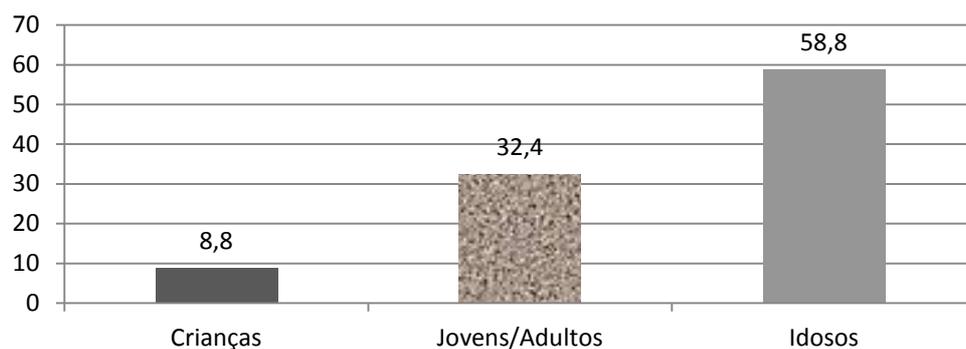


Gráfico 1 – Percentual da faixa etária de pacientes acamados participantes da amostra

Dos participantes do estudo, verificou-se que 73,5% realizam a higiene bucal e 26,5% não realizam.

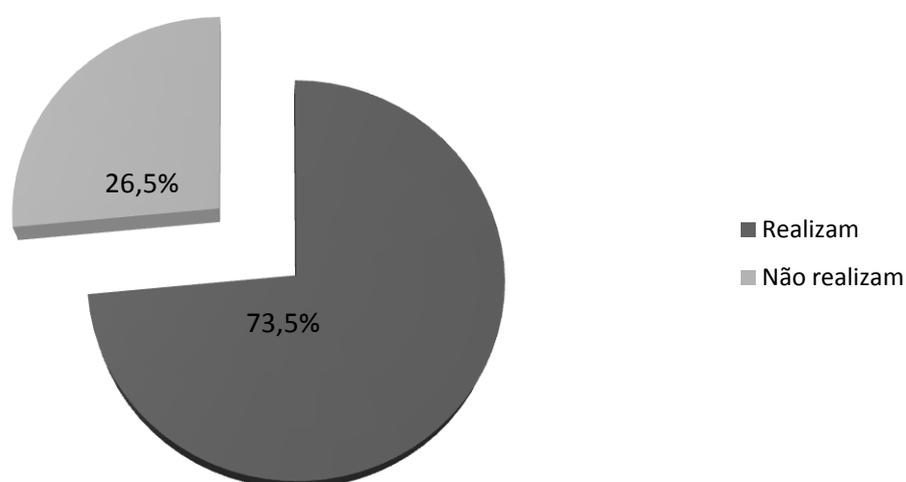


Gráfico 2 – Percentual de pacientes acamados que realizam a higiene bucal

Dentre os pacientes acamados que realizam a higiene bucal constatou-se que 76% dos pacientes realizam a higiene bucal sozinhos e 24% necessitam de auxílio.

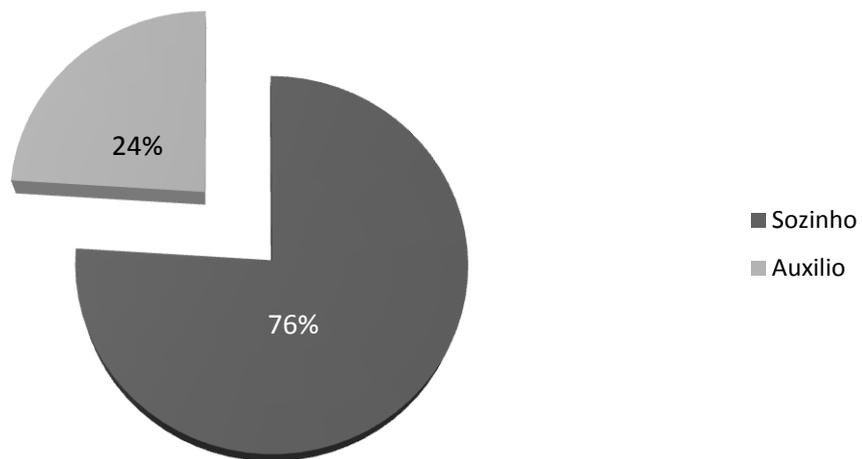


Gráfico 3 – Percentual de pacientes acamados que necessitam de auxílio para realizarem a higiene bucal

De acordo com a frequência de higienização dos pacientes acamados observou-se que 28% realizam uma vez ao dia, 36% duas vezes ao dia e 36% três vezes ao dia.

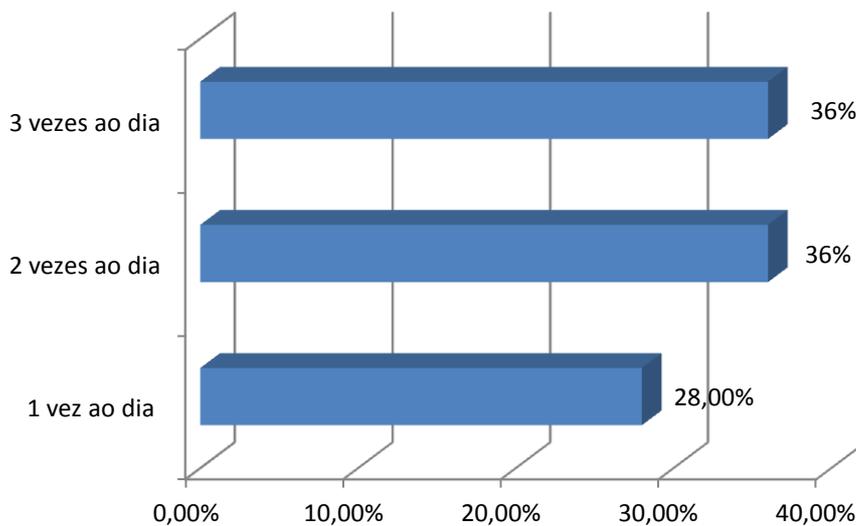


Gráfico 4 - Frequência da higienização

Quanto ao uso ou não dentífrico fluoretado, durante a higienização bucal, 80% dos pacientes fazem uso de dentífrico e 20% não fazem uso.

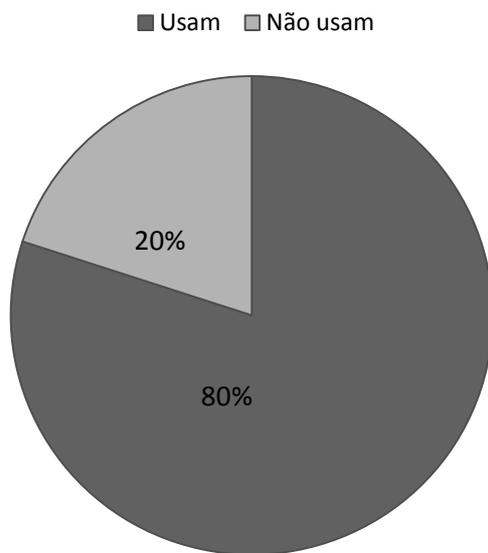


Gráfico 5 – Percentual de pacientes acamados que fazem uso de dentifrício

De acordo com os dados coletados, 88% dos pacientes utilizam escova dental e 12% não utilizam.

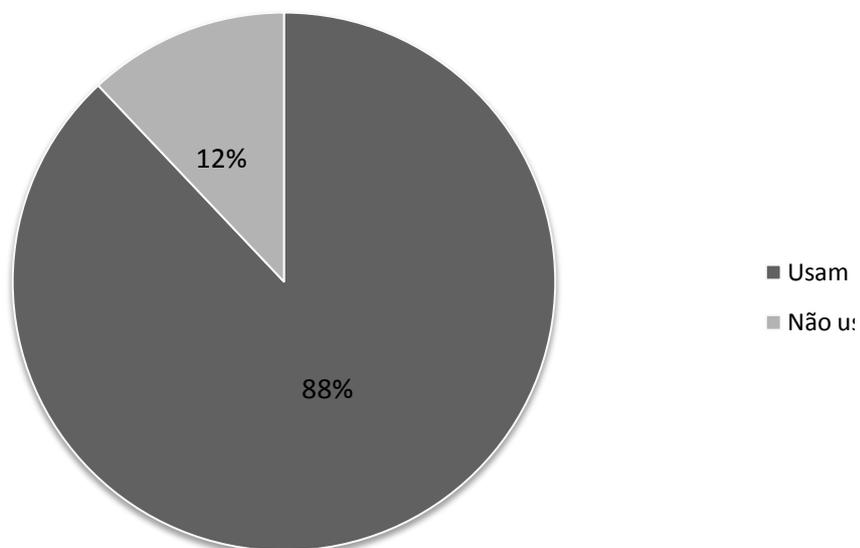


Gráfico 6 – Percentual de pacientes acamados que fazem uso de escova dental

Em relação à orientação de como realizar a higienização 32,3% dos pacientes já

receberam algum tipo de orientação bucal e 67,7% relataram nunca terem recebido nenhum tipo de orientação.

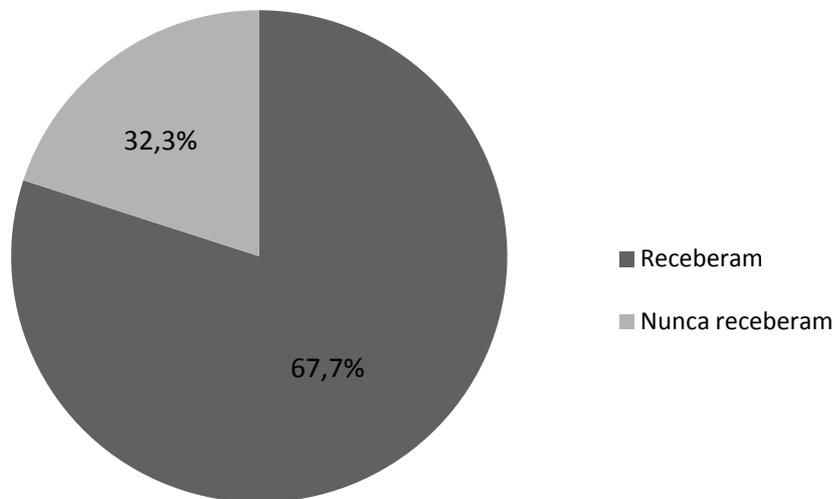


Gráfico 7 – Percentual de acamados que já receberam orientação de higiene bucal

Com relação a última visita do cirurgião dentista, 11,7% dos pacientes relatam terem recebido a visita de um dentista em sua residência a menos de um ano, 58,8% em um intervalo de dois anos e 29,5% disseram nunca terem recebidos.

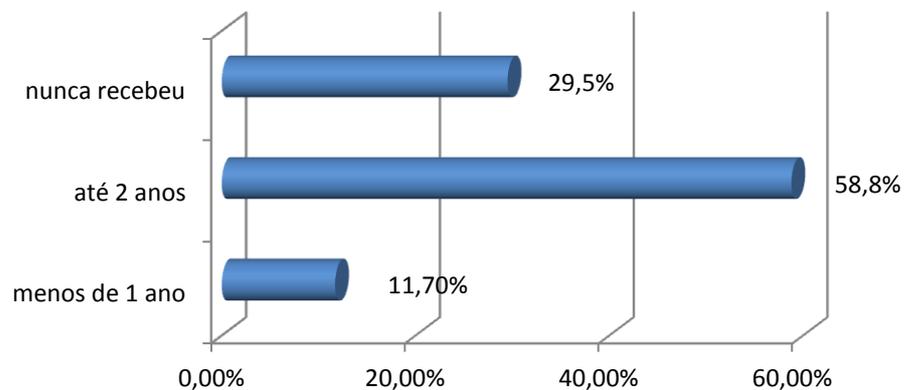


Gráfico 8 – Percentual da última visita de um dentista no domicílio

Dos pacientes visitados 29,4 fazem uso de prótese dental, e 70,6% não fazem uso

de prótese dental.

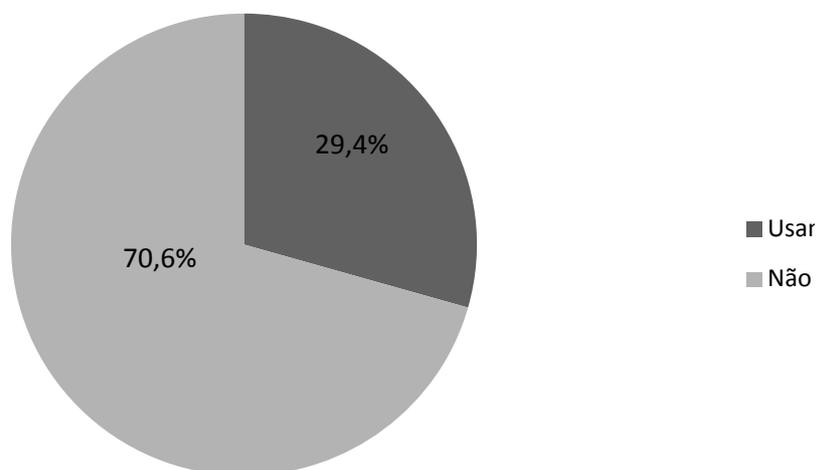


Gráfico 9 – Percentual de acamados que usam prótese dentária

Dos pacientes visitados observou-se a presença de sangramento gengival em 8,9% ao realizarem a higiene bucal e em 91,1% não foi observado o sangramento gengival.

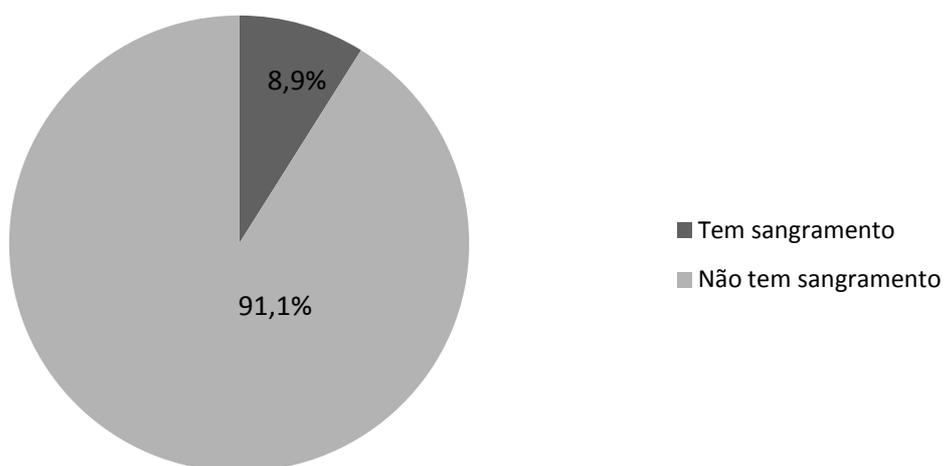


Gráfico 10 – Percentual de pacientes que observam sangramento ao realizarem a higiene bucal

Dos pacientes avaliados 55,80% não possuíam dente índice para avaliação, 35,40% tinham biofilme cobrindo mais de 2/3 da superfície dental e 8,80% apresentavam biofilme cobrindo mais de 1/3 e menos que 2/3 da superfície dental.

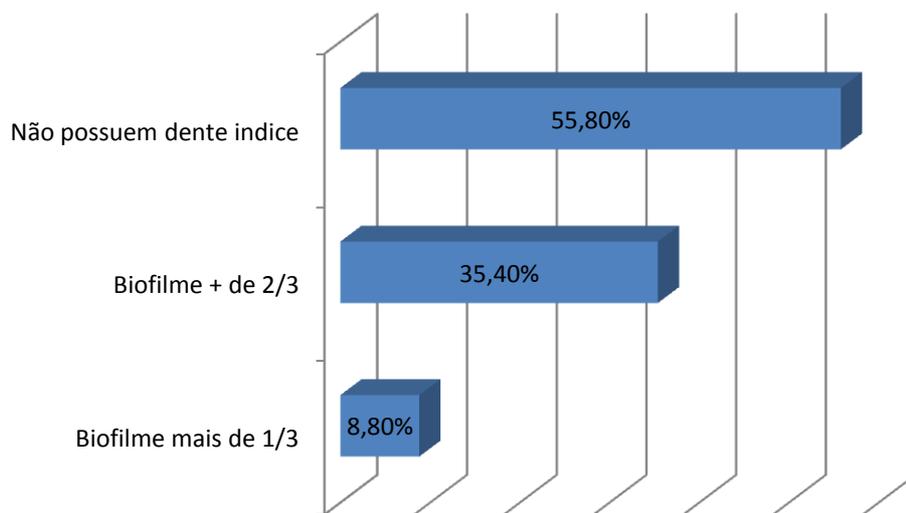


Gráfico 11 – Percentual da avaliação dos pacientes acamados para verificar índice de placa visível

4 DISCUSSÃO

Nos trabalhos de Fleck¹, Garrido⁴, Brito⁵, Chiesa¹¹ os pacientes acamados eram idosos, diferentemente da amostra selecionada no presente trabalho, onde observou-se que a faixa etária dos pacientes acamados se diferiram, indo desde crianças, jovens, adultos a idosos.

O Ministério da Saúde estabelece a necessidade de ampliação do acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e através da portaria GM/MS 1444 que vincula a atenção à saúde bucal ao programa de saúde da família, com isso as equipes de saúde bucal passam a integrar as equipes multidisciplinares. Durante as visitas foi possível verificar o funcionamento das equipes e comprovar que em cada unidade visitada existe uma equipe de saúde bucal. Em relação aos pacientes acamados, a essas equipes direcionam-se apenas as atuações em níveis de prevenção, pois diferentemente da equipe de enfermagem para a equipe de odontologia fica inviável realizar procedimentos em suas residências, ao passo que para os cuidadores fica inviável a locomoção dos pacientes acamados até as unidades de saúde, diferenciando-se assim dos demais profissionais da equipe.⁶

Chiesa e Fraccolli¹¹ avaliaram que entre as atribuições das equipes propõe-se a visita para monitorar a situação de saúde das pessoas no espaço do domicílio e a visita com essa finalidade implica no desenvolvimento de ações de prevenção e monitoramento dirigido a grupos específicos às doenças de prevalência e situações de risco. Com o não monitoramento de forma contínua a esses pacientes, as equipes de saúde bucal, acabam favorecendo a elevação de doenças prevalentes no âmbito da odontologia, tais como a cárie dentária, doença periodontal e o edentulismo, uma vez que não realizam essas visitas frequentemente, deixando cuidadores e pacientes sem correta orientação, negligenciando assim o princípio da prevenção, o que para as equipes de saúde bucal deveriam ser realizadas de forma eficaz. No presente estudo verificou-se que as visitas as residências de pacientes acamados não tem sido realizadas com frequência pelas equipes de saúde bucal conforme recomendado pelo Ministério da Saúde. Uma vez que as equipes não monitoram e não orientam os responsáveis por esses pacientes, os mesmos encontram-se cada vez mais vulneráveis a doenças que acometem a cavidade bucal. Sem correta orientação cabe aos cuidadores opções como desdentar os pacientes sendo uma forma de evitar problemas como dores e sobrecarga de tarefas aos cuidadores.

Cascaes et al¹⁶ relata que o controle do biofilme dental é reconhecidamente um fator chave na prevenção da cárie dentária, gengivite e periodontite e pode ser utilizado para avaliar padrões de higiene bucal e auxiliar no planejamento de programas educativos voltados à prevenção e promoção de saúde. Observamos que a falta de orientação juntamente com os acúmulos de tarefas atribuídas aos cuidadores, são fatores que contribuíram para os resultados encontrados às visitas realizadas, cuidadores leigos que não receberam orientação e pacientes acamados com um índice muito elevado de biofilme e problemas bucais, não caracterizando assim saúde. Isso foi observado quando investigou-se a quantidade de biofilme e obteve-se um resultado muito elevado de biofilme cobrindo mais que 2/3 da superfície dental, conseqüentemente ao realizar o exame pode-se também observar presença de carie e muitos pacientes edêntulos, resultados esse que não condizem com uma boa qualidade de vida. **5 CONCLUSÃO**

Por meio das visitas aos pacientes acamados, foi possível observar que mesmo tendo uma porcentagem grande de pacientes onde a higiene bucal é realizada, todos possuem elevada quantidade de placa visível, o que nos possibilitou concluir que essa higienização é realizada de forma inadequada. A maioria desses pacientes são submetidos a decisões de seus cuidadores que preferem diminuir suas atribuições, exemplo disso é o fato de decidirem desdentar os pacientes, alegando que cuidar da boca seria uma tarefa a mais.

Para os pacientes acamados terem promoção de saúde e conseqüentemente qualidade de vida, as equipes de saúde bucal deveriam priorizar esse tipo de atendimento, desenvolvendo ações que enfocassem o comprometimento dos cuidadores em relação à prevenção e de certa forma serem mais comprometidos com as atribuições que lhes são designadas.

REFERÊNCIAS

1. Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida. Rev Saúde Pública. 2000; abr;34(2):178-83.
2. Moysés ST, Moysés SJ. Fluorose Dentária. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da Saúde Bucal. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006. p. 123.
3. Bastos JRM, Peres SHCS, Ramires I. Educação para saúde. In: Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva. 10. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 136.
4. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos em um service geriátrico. Rev Saúde Pública. 2004; dez; 38(6):835-41.
5. Brito LFS, Vargas AD, Leal SMC. Higiene oral em pacientes no estado de síndrome do déficit no auto cuidado. Rev. Gaúcha de Enfermagem. [internet]. 2007 [citado: 2011 out. 18];28(03):359-67. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/Revistaguachaenfermagem/article/view/4682/2610>.
6. Brasil. Portaria GM/MS nº 1444, de 28 de dezembro de 2000. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
7. Brasil. Diretrizes da política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2004.
8. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no estado de São Paulo. São Paulo, SP: Saúde Soc; 2002 [atualizado em 2011, acessado em 1 dez. 2012]. Disponível em: <http://www.scilo.br>
9. Guedes PAC, Cruz RA, Parreira NLS. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo. São Paulo, SP: Saúde Soc: 2002.

10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2006.
11. Chiesa AM, Fraccolli LA. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas Grandes Cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção de saúde. Rev. Bras. Saúde Fam. 2003; abr;5(7):42.
12. Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva planejando ações e promovendo saúde. In: Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva. 10. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.132.
13. Chaves, MM. Odontologia Social. In: Chaves MM. Odontologia social. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986.
14. Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. In: Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 4. ed. São Paulo: Santos; 2000.
15. Pinto ACG, Santos EM, Almeida ER. Higiene bucodental em odontopediatria. In: Pinto ACG. Odontopediatria. 8. ed. São Paulo: Santos; 2012. p. 523-24.
16. Cascaes AM, Peres KG, Peres MA, Demarco FF; Santos A, Martijasevich A, Barros AJD. Validade do Padrão de Higiene Bucal de crianças aos 5 anos de idade relatado pelas mães. Rev Saúde Pública. 2011; ago;45(4):3-13.
17. Lascala, N. T. Promoção de saúde bucal. In: Lascala NT. Promoção de saúde bucal. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
18. Tunes, U. R.; Rapp, G. E. Atualização em Periodontia e Implantologia. In: Tunes UR. Atualização em Periodontia e Implantologia. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999.
19. Lindhe J, Karring T. Anatomia do Periodonto. In: Lindhe J. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 3-7.

APÊNDICE

1. Realiza a higiene bucal Sim () não ()
2. Realiza a higiene sozinho () necessita de auxílio ()
3. Quantas vezes ao dia 1 () 2 () 3 ()
4. Usa creme dental sim () não ()
5. Usa escova dental sim () não ()
6. Já recebeu orientação de higiene bucal sim () não ()
7. Qual a última vez que recebeu a visita de um dentista menos de 1 ano () até 2 ()
nunca recebeu ()
8. Faz uso de algum tipo de prótese dentária sim () não ()
9. Observa sangramento ao realizar a higiene bucal sim () não ()
10. Sobre a saliva: muita saliva () pouca saliva () normal ()

