

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR : PROPOSTA DE PADRONIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

1º Ten Med Juliana Evaristo Cherem Knapik
Graduada em Odontologia. Especialista em Endodontia

RESUMO: Este trabalho apresenta uma proposta de padronização de atendimento odontológico domiciliar, sua viabilidade de emprego quanto aos custos e o tipo de material que poderão ser empregados em qualquer Organização Militar de Saúde com o objetivo de diminuir custos de encaminhamentos a particulares, proporcionar um suporte para manutenção da saúde bucal e uma melhora no quadro geral do paciente. **MÉTODOS:** Baseia-se em um estudo bibliográfico, no qual os artigos científicos foram pesquisados na Bireme (biblioteca virtual) e na base de dados Lilacs. **CONCLUSÕES:** Muitos pacientes com dificuldades de locomoção acabam focando os cuidados com a sua doença/condição principal e deixam em segundo plano as visitas periódicas ao consultório odontológico. Conclui-se, então, que as visitas domiciliares trazem resultados positivos por prestar assistência a uma parcela da população. Possibilitam, também, a antecipação do diagnóstico de lesões orais, personalização e humanização do atendimento, além da maior orientação aos pacientes e sua família quanto à manutenção e promoção da saúde bucal, garantindo qualidade de vida. Adotar um protocolo padronizado para a realização do atendimento odontológico domiciliar ajudará na implementação e no controle de um serviço odontológico em qualquer Organização Militar de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde bucal. Atendimento Odontológico domiciliar. Organização Militar de Saúde.



INTRODUÇÃO

Por Atendimento Domiciliar, compreendem-se as atividades assistenciais exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência de pacientes portadores de doenças incapacitantes de movimento e pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas, com o objetivo de realizar procedimentos mais complexos. Neste contexto, também são realizadas orientações aos responsáveis pelo paciente – os cuidadores – sobre as formas de cuidado no domicílio.

O Atendimento Domiciliar (AD) surgiu como um modelo assistencial no século XIX, através de caridade prestada por instituições religiosas. Esta atividade evoluiu com técnicas e regulamentos e com a participação dos profissionais de saúde em várias áreas.

Em 1991, o Ministério da Saúde iniciou o Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de implementar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como medida de enfrentamento dos graves índices de morbidade e mortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país. O PACS pode ser considerado o antecessor do PSF por alguns de seus elementos que tiveram um papel central na construção do novo programa. (BALDANI, FADEL e POSSAMAI, 2005).

Em 2006, o Ministério da Saúde implementou diversas leis para o aprimoramento e a consolidação da atenção domiciliar/Home Care para que a atividade fosse regulamentada. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 11 de 26/01/2006 é o documento que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam a Atenção Domiciliar. (ANVISA, 2006).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O Atendimento Domiciliar (AD) surgiu como um modelo assistencial no século XIX, através de caridade prestada por instituições religiosas. Esta atividade evoluiu com técnicas e regulamentos e com a participação dos profissionais de saúde em várias áreas. (CATIB, 2009).

As recomendações para que os cuidados aos idosos/pacientes especiais dependentes sejam desenvolvidos no domicílio está ganhando mais força, muitas vezes de maneira incauta por parte dos profissionais de saúde. Delegar à família a função de cuidar destes pacientes, necessita de clareza sobre: o tipo de cuidado a ser executado, o tempo necessário a ser dispendido, as características da doença e a frequência do acompanhamento profissional. Em países onde o envelhecimento populacional se deu mais lentamente do que no Brasil, os cuidados e os cuidadores familiares são objeto de políticas e programas de Saúde Pública. (SCHEFFER, 2009).

A principal diferença do atendimento domiciliar para um consultório dentário comum é basicamente o conceito. No consultório dentário o atendimento é extremamente tecnicizado, muito preocupado com a questão estética. O atendimento domiciliar é mais humanista e se preocupa, em primeiro lugar, em atender a necessidade principal do paciente.

O Ministério da Saúde implementou diversas leis para o aprimoramento e a consolidação da atenção domiciliar/Home Care para que a atividade seja regulamentada. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 11 de 26/01/2006 dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. (ANVISA, 2006).

Como muitas intervenções acontecem em momentos distintos, a comunicação entre os diversos membros da equipe de atendimento domiciliar se torna vital no entendimento global sobre as necessidades do paciente e no planejamento e gestão do cuidado. Em função disso, o instrumento facilitador da comunicação entre os membros de uma equipe de atendimento domiciliar de forma ágil e abrangente é o prontuário. (ANTÔNIO, 2009).

No atendimento domiciliar, o registro de atendimento qualificado e completo no prontuário do paciente auxilia na tomada de decisões de outros membros da equipe caso o paciente necessite de vários procedimentos odontológicos em diferentes especialidades. Portanto, o prontuário deve ser organizado, de acesso fácil e ágil a todas as informações sobre

as condições gerais do paciente pois estas informações também servirão para elaborar um plano de tratamento odontológico de acordo a necessidade de cada paciente. (ANTÔNIO, 2009).

Atualmente, diversos estudos têm demonstrado que a doença periodontal agride o indivíduo tanto pela ação direta das bactérias e seus produtos quanto pela ação indireta, onde as reações teciduais são mediadas pelo hospedeiro. Desta forma, parece claro que muitos problemas bucais, especialmente a doença periodontal, podem disseminar microorganismos patogênicos com efeito metastático sistêmico, especialmente em pessoas com a saúde comprometida. (ROGÉRIO, KALLÁS, GOMES, 2009).

A xerostomia (boca seca) também pode ocorrer como consequência do uso de medicamentos para o tratamento de outras doenças.

Na maioria das vezes o paciente não é capaz de realizar sua própria higienização, que é delegada a um cuidador – geralmente um membro da família – que também não é capacitado e/ou não teve uma orientação correta para realizar os procedimentos de higienização adequados. Torna-se portanto importante a realização de uma correta higienização bucal, com acompanhamento odontológico constante, além da busca por alternativas que possam minimizar os efeitos comprometedores da terapia medicamentosa e do estado geral de saúde para cavidade bucal desses pacientes, visando melhorar a qualidade de vida e diminuir o surgimento de focos de infecções para outras doenças sistêmicas.

2.1 PROBLEMA

Tendo-se em vista a dificuldade de locomoção e a falta de prática do cuidador na higienização bucal e o consequente agravamento das patologias do paciente, busca-se indagar quais são as possibilidades de atendimento odontológico domiciliar no âmbito do Exército Brasileiro.

2.2 JUSTIFICATIVA

Notou-se a necessidade de realização desta proposta face à realidade de que a maioria das Organizações Militares, principalmente os Hospitais Gerais, os Hospitais de Guarnição e Policlínicas que oferecem o Atendimento Odontológico ambulatorial não apresentam um serviço de atendimento odontológico domiciliar aos pacientes que o necessitam. Esses pacientes, que apresentam grande dificuldade para se deslocar e comparecer às consultas Odontológicas, seriam de um modo



geral: os pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas (Doença de Parkinson, Mal de Alzheimer e Esclerose Múltipla), Dislipidemia, Crise convulsiva (disritmia cerebral), BCP (Broncopneumonia), ICC (insuficiência cardíaca congestiva), ITU (Infecção no Trato Urinário), AVC (acidente vascular cerebral), pacientes tetraplégicos, paraplégicos, pacientes com paralisia cerebral e gestantes de alto risco.

A implementação desta modalidade de serviço facilitaria o atendimento àqueles militares/dependentes que, em função de problemas de saúde mais complexos, não podem se deslocar às Organizações Militares de Saúde (OMS).

As mudanças sociodemográficas, junto com outros fatores como o surgimento de novas técnicas assistenciais, o crescimento dos gastos por hospitalização e a busca por um cuidado mais humanizado mantendo a pessoa enferma sempre que possível em seu contexto familiar habitual tem reforçado o atendimento domiciliar. (LOPES, OLIVEIRA, 1998).

O atendimento domiciliar também tem a pretensão de interagir fazendo com que o paciente não apenas supere as deficiências físico-biológicas, mas também que possa ser mais saudável, compartilhar alegrias, ter disposição para a vida, recuperar e realizar atividades cotidianas, estar com os outros (família, amigos) no sentido de romper o isolamento social. (HECK).

2.3 OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é propor um protocolo padrão de atendimento odontológico domiciliar de modo que este poderá ser empregado em qualquer Organização Militar de Saúde (OMS), principalmente naquelas que prestam o Atendimento Odontológico ambulatorial e que apresentam condições logísticas (materiais, transporte e profissionais capacitados) para a realização deste serviço com o intuito de dinamizar o atendimento, diminuir custos e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Este protocolo de atendimento odontológico domiciliar abordará desde o instante do primeiro contato do responsável pelo paciente, solicitando o atendimento à Organização Militar de Saúde, o processo de triagem/atendimento do paciente até o momento da alta.

2.4 METODOLOGIA

2.4.1 TIPO DE PESQUISA

Baseia-se em um estudo bibliográfico, no qual os artigos científicos foram pesquisados na Bireme (biblioteca virtual) e na base de dados Lilacs, de acordo com os seguintes descritores:

- "Saúde bucal"
- "Atendimento odontológico domiciliar";
- "Organização Militar de Saúde".

3. DISCUSSÃO

3.1 CONCEITUAÇÃO

A Organização Mundial da Saúde 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".

Segundo Barros et al (2006) a visita domiciliar constitui-se em um conjunto de ações em saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como curativo.

Anteriormente as Visitas Domiciliares (VD) eram focadas em um único profissional da área de saúde, o qual assumia por completo a assistência ao paciente.

Atualmente, profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, atuam em conjunto, formando uma equipe interdisciplinar e compartilhando a assistência e as responsabilidades. Essa atuação em equipe propicia um melhor aproveitamento do conhecimento específico de cada profissional em sua área, e a atenção dispensada ao paciente torna-se mais integrada e completa.

Segundo Heck (2005), o cuidado domiciliar da saúde nas modalidades de um programa oficial de assistência pública é uma prática adotada recentemente e que vem tomando forma especialmente com o Programa de Saúde da Família (PSF). Essa política de ampliação dos serviços baseia-se em um novo modelo de assistência baseado nos princípios da equidade, universalidade e integralidade, onde a saúde é trabalhada de forma ampla e compartilhada, valorizando tudo o que interage com o indivíduo, tanto no contexto de sua experiência quanto nas relações familiares e sociais que tão intensamente marcam sua realidade sanitária.

Segundo Giacomozzi e Lacerda (2006), o cuidado domiciliar baseia-se na interação do profissional com o paciente, com a família e com o cuidador do paciente, quando este existe. Ela constitui um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio.

Segundo Lopes e Oliveira (1998), a assistência domiciliar constitui uma atividade básica a ser realizada em Atenção Primária à Saúde que responderá às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas para deslocarem-se às unidades de saúde. Em seu desenvolvimento, a intervenção é feita por todos os componentes da equipe de saúde de forma diferenciada estando a resolutividade relacionada com a composição da equipe e as condições de atendimento proporcionadas à equipe relacionadas ao doente, à família e ao domicílio.

Neste contexto, reveste-se de importância fundamental a figura do cuidador. Este pode ser um membro da família ou da comunidade que atua como um colaborador. Cria-se um vínculo de trabalho solidário para alcançar um mesmo objetivo: manter nas melhores condições de saúde e conforto o paciente. Na maior parte das situações, o cuidador não possui uma formação técnica específica na área da saúde e é um dos membros da família, amigo ou pessoa próxima que, embora sem formação profissional específica, se dispõe a assumir da melhor forma possível esta função; ou é alguém da comunidade que foi adquirindo experiência cuidando de pessoas doentes, sendo que alguns fazem desta prestação de serviço uma profissão informal. Ainda temos uma parcela de profissionais com formação técnica de enfermagem que exerce sua profissão nesta modalidade de atividade. A pessoa identificada para ser o cuidador sem formação profissional (Cuidador Comunitário) pode ser habilitada a realizar tarefas básicas ao nível do domicílio, auxiliando na recuperação da pessoa assistida. Para isso, deve ser treinado pela equipe de



saúde nos cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio. O importante é que as atribuições sejam definidas claramente entre o dentista, a família e o cuidador, dentro de um processo continuado de trocas de informações, poderes e responsabilidades.

3.2 PÚBLICO ALVO

O atendimento domiciliar é focado nos pacientes que apresentam condições que dificultam a locomoção até um posto de saúde ou um hospital. Compreendem:

- População idosa com limitações físicas que impossibilitam seu deslocamento à unidade de saúde;
- Indivíduos que apresentam seqüelas, devido a acidente vascular cerebral;
- Portadores de limitações físicas, visuais e/ou psíquicas;
- Indivíduos com patologias agudas que, após avaliação da equipe interdisciplinar, possam ser beneficiados com os cuidados domiciliares;
- Pacientes em fase terminal, portadores de neoplasia maligna; com presença de ferida cirúrgica ou úlceras de pressão;
- Debilitados que necessitam de medicação (intravenosa, intramuscular ou via oral) ou treinamento para a sua administração (insulinoterapia, antibioticoterapia);
- Indivíduos que apresentam dificuldade de locomoção (pacientes tetraplégicos, paraplégicos, amputados, fraturados, etc);
- Pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas (Doença de Parkinson, Mal de Alzheimer e Esclerose Múltipla);
- Dislipidemia;
- Crise convulsiva (disritmia cerebral);
- BCP (Broncopneumonia);
- ICC (insuficiência cardíaca congestiva);
- ITU (Infecção no Trato Urinário);
- Pacientes com paralisia cerebral; e
- Gestantes de alto risco.

3.3 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA

Heck (2005), em seu trabalho sobre cuidado domiciliar, ressalta a importância da família do paciente no contexto do atendimento domiciliar e conclui que a presença de uma família saudável propicia uma melhor recuperação do paciente.

Em seu trabalho conceitua o termo "família saudável" como uma unidade de auto-estima positiva, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família.

A família saudável:

- Tem estrutura e organização para definir objetivos e promover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros;
- Une-se por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho;
- Tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas;
- Compartilha crenças, valores e conhecimentos;
- Aceita a individualidade de seus membros;
- Possui capacidade de conhecer e usufruir os seus direitos;

- Enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas;
- Atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada.

No Brasil, os idosos tendem a viver em domicílios multigeracionais, com cônjuge e/ou filhos, genros, noras e netos. O cuidado do idoso no Brasil é centrado na família e realizado principalmente por mulheres. Em Araraquara (1993), por exemplo, apenas 0,75% dos idosos são institucionalizados. (TELAROLLI JUNIOR et al, 1996).

Estes dados são semelhantes aos da Inglaterra, onde pequena parcela da população inglesa vive em asilos ou hospitais geriátricos, mesmo em idades avançadas. (HIGGS, 1997).

Idosos que residem em apartamentos com escadas e em favelas ou vilas que possuem passagens estreitas podem apresentar dificuldade de locomoção, principalmente se esses idosos necessitarem de apoio ou de cadeira de rodas, restringindo o acesso a uma rede de apoio social maior, incluindo os serviços de saúde, o que torna o serviço de saúde odontológico domiciliar também fundamental.

Idosos com menor nível socioeconômico apresentam maiores necessidades sociais, maior morbidade física e mental. Uma pesquisa realizada em Fortaleza (CE) demonstrou que os idosos que viviam em piores condições materiais apresentaram mais doenças crônicas, maior grau de dependência, piores condições mentais e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, do que aqueles em melhor nível socioeconômico. (COELHO FILHO & RAMOS, 1999).

O acesso facilitado aos serviços odontológicos, nos centros de saúde ou no atendimento domiciliar e em unidades móveis, juntamente com uma conscientização da equipe de cuidadores sobre a importância de se manter uma boa condição bucal, são recursos importantes na busca de suporte para manutenção da autonomia e uma melhora no quadro geral do indivíduo idoso.

Segundo Heck (2005), no cuidado domiciliar o profissional de saúde tem papel de mediador entre o paciente e o cuidador. Esta tarefa de mediador se acentua, pois o profissional de saúde não deve focar somente o que se passa no corpo físico de quem recebe cuidados, mas também é igualmente importante identificar quem pode assumir ou assume o cuidado na ausência do profissional.

Neste cenário, a família é fundamental, pois além de interagir e definir padrões de cuidado, tem participação na definição da saúde, em que o objetivo é fortalecer os vínculos entre o paciente e a família, tendo como norte refazer os laços entre o homem e seu ambiente/universo/seu grupo social.

Na realidade, o que geralmente se encontra são famílias doentes que já não conseguem atuar como unidades de saúde para seus membros.

O equilíbrio familiar pode ser abalado em situações de doença de algum de seus componentes, principalmente quando se refere a uma doença grave ou de doença crônica. Por isso, novos papéis precisam ser definidos. Cabe, portanto, à equipe interdisciplinar trabalhar de forma que este equilíbrio não seja desfeito, mas, eventualmente, que seja recuperado.

É neste momento que constatamos a importância do profissional que consegue perceber e trabalhar com este fato ou que

consegue também trazer informações no sentido de prevenir agravos quando se trata de família saudável. (HECK, 2005).

"A família e os amigos são a primeira fonte de cuidados. O maior indicador para o asilamento e outras formas de institucionalização de longa duração entre idosos é a falta de suporte familiar". (CALDAS, 2003, p.776).

As mudanças sócio-demográficas, junto com as novas técnicas assistenciais, o crescimento dos gastos por hospitalização e a busca por um cuidado mais humanizado mantendo a pessoa enferma sempre que possível em seu contexto familiar habitual tem reforçado a assistência domiciliar. (LOPES e OLIVEIRA, 1998).

O atendimento odontológico domiciliar continuado e longitudinal em pacientes com problemas crônicos de saúde é muito importante. Esta atividade pode evitar o stress e as dificuldades decorrentes da internação hospitalar, tendo o ambiente familiar papel fundamental neste processo, diminuindo internações, reduzindo os riscos decorrentes das hospitalizações e humanizando o atendimento.

Passa-se de uma odontologia centrada na doença para uma odontologia centrada na pessoa, e a tríade paciente-dentista, avança para a tríade paciente-família-equipe de saúde. A construção de ambientes mais saudáveis para a pessoa em tratamento envolve, além da tecnologia odontológica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade.

3.4 A RELAÇÃO DENTISTA – FAMÍLIA

Segundo Lopes e Oliveira (2008), a participação ativa das pessoas, familiares e profissionais envolvidos no atendimento domiciliar é um aspecto fundamental para a implementação de uma assistência domiciliar que tem como base a integralidade, universalidade e equidade de suas ações.

Segundo Araújo et al (2006), o cirurgião dentista deve atuar como um agente de integração na sociedade na medida em que mantém a saúde bucal do idoso, possibilitando a este uma aparência agradável, melhora na auto-estima, maior capacidade de fonação, além de contribuir para a integração do idoso ao meio social.

Para Barros et al (2006), o atendimento domiciliar engloba muito mais do que o simples fornecimento de um tratamento. É um método que amplia a dimensão do assistir, tendo seu enfoque não somente na doença, mas também na promoção, manutenção e recuperação da saúde bucal do paciente na perspectiva de sua família; além da busca da participação do paciente e seus familiares no processo do cuidado.

A visita domiciliar e todos os fatores nela envolvidos são, sem dúvida, um desafio. Embora seja uma prática dos profissionais do PSF, é necessário que mecanismos sejam criados no sentido de resgatar a autonomia, a independência e a liberdade dos indivíduos envolvidos, contemplando assim, as especificidades de cada família.

As relações interpessoais dos profissionais, paciente e família se fortalecem cada vez mais; e nisso criam-se vínculos que fazem com que os familiares adquiram maior segurança e confiança no profissional. Permitem ainda maior aceitação da família em relação às responsabilidades de tratamento e de cuidado do dentista o que é, sem dúvida, fator positivo na recuperação da saúde bucal do paciente.

No momento da visita, o profissional deve desprender-se de seus preconceitos, analisar criticamente suas concepções, valores e atitudes, buscando sempre a compreensão do outro.

Segundo Giacomozzi e Lacerda (2006) o profissional ao adentrar o espaço domiciliar insere-se de forma a desenvolver suas ações e interações com a família evitando considerar somente os problemas do paciente; deverá, assim, observar também os fatores sociais, econômicos, espirituais e culturais; os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e segurança e o grau de esclarecimento da família. Assim, cabe ao profissional, atentar para todas estas questões e atuar com vista à integralidade de suas ações.

A Odontologia no contexto domiciliar deve considerar tais pressupostos e, fundamentalmente, trabalhar com o fato de que o profissional deve, portanto, ficar atento para cuidar sem invadir ou, cuidar sem possuir, observando os princípios norteadores das ações especificadas nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, como os princípios da ética da saúde, o acesso universal para a assistência e o acolhimento e a criação de vínculo entre os profissionais da Odontologia e os usuários.

Para Barros et al (2006) os problemas devem ser atraídos de forma progressiva, devendo-se sempre proporcionar às pessoas assistidas esclarecimentos e orientações claras, garantindo respostas resolutivas aos problemas do paciente.

Para que se consiga uma melhor relação com a família, a espontaneidade do cirurgião-dentista deve ser uma marca na visita domiciliar, compreendendo-se que este é um momento delicado por entrar na intimidade do lar.

Caminhando no ritmo de cada família, respeitando sua diversidade cultural, suas prioridades e a relação socioeconômica com os aspectos biológicos que determinam seu cotidiano, o profissional da Odontologia saberá inserir neste contexto o seu objetivo, que é a promoção de saúde bucal.

3.5 VANTAGENS E DESVANTAGENS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

Segundo Coelho Filho e Ramos (1999), a VD (visita domiciliar) tem como vantagens: despertar na população a preocupação para as questões de sua saúde; orientar na articulação com outros serviços para a resolução de seus problemas e fornecer subsídios educativos para torná-la independente.

Além disso, Barros et al (2006) acrescentam outras vantagens, como: presença do profissional na residência realizando educação em saúde para o paciente e sua família; visualização, pelo odontólogo, das condições peculiares de habitação, higiene e hábitos de vida; maior envolvimento do paciente e de sua família com o planejamento e a execução dos cuidados necessários à promoção de saúde bucal; divisão mais equitativa de responsabilidades para a busca da saúde e/ou manutenção desta; melhor relacionamento da família com o profissional da Odontologia por ser o ambiente sigiloso e menos formal; e maior liberdade do paciente e da família para expor problemas, já que o tempo disponível na visita é maior do que o da consulta realizada no posto de saúde.

Em relação às desvantagens, o autor supracitado ainda cita algumas:

- O precário acesso dos profissionais às residências, devido à falta de fornecimento de transporte para o local;



- A falta de segurança existente em determinados locais, por se tratarem de ambientes com alta marginalidade;
- A necessidade de um tempo maior para o atendimento, seja pela locomoção ou pela execução da visita em si;

3.6 FREQUÊNCIA DO ATENDIMENTO

Segundo Giacomozzi e Lacerda (2006), a sistematização da assistência domiciliar ocorre pela sua realização periódica semanal, após uma reunião de equipe e discussão dos casos. Isso facilita a integração da equipe bem como a sistematização da assistência domiciliar de saúde aos pacientes, especificamente. Os profissionais realizam visitas domiciliares semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente; de acordo com as necessidades de cada paciente e de sua família.

3.7 VIABILIDADES PARA A REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR

Antes de apresentar um protocolo de atendimento seria prudente falarmos da viabilidade para a realização deste tipo de atendimento. Devem-se deixar claras quais as modalidades de procedimentos que o cirurgião dentista poderia executar no domicílio, quais os materiais necessários para que o dentista possa realizar o tratamento e o custo para que isso seja possível.

3.7.1 Os Procedimentos

Os procedimentos odontológicos que poderiam ser realizados no domicílio do paciente seriam:

- Restaurações em resina composta (Dentística);
- Raspagem dentária simples (Periodontia);
- Conserto simples de prótese;
- Confeção de próteses removíveis;
- Exodontias simples (Cirurgia);
- Tratamento de canais (Endodontia);
- Aplicações tópicas de flúor; e
- Colocação e manutenção de aparelho (Ortodontia).

Esses procedimentos supracitados, é claro, dependeriam das condições/cooperação do paciente, visto que determinadas condições o impediriam de permanecer com a boca aberta por muito tempo ou então em situações em que não possamos contar com a cooperação voluntária do paciente.

3.7.2 Materiais Necessários Para a Execução do Tratamento

Os materiais necessários para a execução do tratamento incluem desde a locomoção do Cirurgião dentista até os instrumentais que serão utilizados.

Em pesquisa a sites que oferecem materiais para atendimento odontológico domiciliar, entramos em contato com a Dra. Fanny Jitomirski, Cirurgiã Dentista formada há mais de 20 anos na Universidade Federal do Paraná - UFPR, especialista em Odontogeriatría, com vasta experiência em atendimento odontológico domiciliar e hospitalar. A Dra Fanny contribuiu na indicação de sites que vendem equipamentos indicados para o atendimento odontológico domiciliar conforme figuras do anexo I.

Segue abaixo uma média de preços dos materiais necessários para a realização do atendimento odontológico domiciliar:

DESCRIÇÃO DO PRODUTO	PREÇO EM REAL
EQUIPAMENTO PORTÁTIL	R\$ 11.500,00
CANETA DE ALTA ROTAÇÃO	R\$ 430,00
CANETA DE BAIXA ROTAÇÃO	R\$ 500,00
PEÇA RETA	R\$ 490,00
MICROMOTOR	R\$ 610,00
TOTAL	R\$ 13.530,00

TABELA 1 - Estimativa de preços dos materiais para o atendimento odontológico domiciliar.

Quanto à locomoção, o cirurgião dentista necessitará uma viatura que o conduza ao domicílio do paciente. Quanto aos instrumentais odontológicos de cada especialidade, medicamentos e material de consumo (gaze, luva, gorro, máscara, sugador, etc.) estes já fazem parte dos kits que cada especialidade utiliza no ambulatório, e que são comprados em licitação junto ao material destinado à odontologia.

Contabilizando tudo isso, em média, a Organização Militar de Saúde teria um gasto inicial de aproximadamente R\$ 13.500,00 com a compra dos materiais do quadro acima.

Quanto à cobrança do paciente pelo FUSEX, fica a cargo do órgão que regula os valores dos procedimentos fixar um preço sobre o serviço prestado no domicílio visto que o atendimento domiciliar é um atendimento diferenciado, onde o profissional necessita um tempo maior para o atendimento quando comparado ao atendimento ambulatorial afinal, além do tempo de atendimento em si, existe ainda o tempo de deslocamento ao domicílio do paciente, a montagem/desmontagem do equipamento e seu retorno à OMS.

3.8 PROPOSTA DE PADRONIZAÇÃO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

3.8.1 Solicitação de Atendimento

O processo se inicia com uma solicitação de pedido de assistência domiciliar.

Essa solicitação pode ser feita por iniciativa ou necessidade da pessoa enferma, familiares, vizinhos, profissionais da equipe, hospitais, outros profissionais ou serviços do sistema de saúde via telefone ou diretamente na Clínica Odontológica.

3.8.2 Avaliação da Solicitação do Atendimento Domiciliar

Após a solicitação, o chefe da Clínica Odontológica (no caso de ser Hospital Militar de Área, Hospital Geral ou de Guarnição) ou o chefe da Seção de Saúde (no caso de ser uma Organização Militar) envia o cirurgião dentista especialista de acordo com as condições do paciente (se paciente idoso, um especialista em odontogeriatría ou clínica geral; se paciente criança um odontopediatra, etc.).

O profissional responsável deve proceder à avaliação verificando através de anamnese detalhada sobre:

- Idade do paciente;

- Sexo;
- Motivo da solicitação;
- Sinais e sintomas que o paciente apresenta;
- Condições atuais (pode se locomover ou está acamado?);
- Revisar o prontuário (caso já possua);
- Verificar se atualmente está em tratamento médico e se consequentemente faz uso de algum medicamento (qual?);
- Avaliar se há condições de manejar o problema em casa (espaço e condições de higiene); e
- Estabelecer o espaço de tempo em que deverá ser realizada a visita (É urgente? Pode ser agendada?).

Não estando indicado o atendimento domiciliar (no caso de procedimentos extensos que exijam anestesia geral ou por condições de doença que impeçam a cooperação voluntária do paciente) o dentista deverá orientar o solicitante sobre as providências que deverão ser tomadas para resolver a situação (no caso, remoção do paciente para que os procedimentos sejam feitos no hospital, com anestesia geral).

No caso de estar indicada a assistência domiciliar (AD), o dentista deverá realizar uma triagem, anotando no prontuário todos os procedimentos que o paciente irá necessitar. Após isso, em uma agenda exclusiva de atendimento domiciliar, marcará a data e à hora e designará o profissional/especialidade que irá realizar os procedimentos que o paciente necessita.

O dentista deixará o responsável ciente do dia e hora marcados para o atendimento.

Deve ser preenchido um consentimento informado para que haja garantias de que ambas as partes responsáveis pelo atendimento ficarão cientes das suas responsabilidades.

3.8.3 Realização dos Procedimentos

O dentista especialista na área de necessidade do paciente é enviado ao domicílio no dia e hora marcados. Levará consigo

a agenda para marcações futuras e ao retornar à OMS essa mesma agenda ficará guardada na secretaria da Odontologia de forma que esta possa coordenar as consultas domiciliares com a agenda de ambulatório dos dentistas envolvidos.

De posse dos materiais referentes ao tipo de atendimento, o cirurgião dentista realizará sua consulta. Caso necessite auxílio durante o procedimento, poderá solicitá-lo ao cuidador ou a alguém da família que esteja ali presente.

Após o término do procedimento, marcará na agenda os próximos procedimentos caso o paciente necessite.

3.8.4 Registro do Atendimento Domiciliar

Após o atendimento, o registro deve ser feito no prontuário do paciente. Deverá constar o tipo de procedimento e o nome do profissional que o realizou.

Estes registros serão feitos até que o último procedimento seja realizado.

Após a alta, que também deverá ser registrada, serão agendadas as consultas de manutenção periódicas de acordo com as necessidades de cada paciente.

3.9 ORIENTANDO A FAMÍLIA E O PACIENTE

A assistência domiciliar pressupõe a participação ativa dos familiares no processo de cuidar da pessoa assistida. Para tanto, responsabilidades devem ser estabelecidas entre todos os envolvidos para que os objetivos propostos sejam alcançados.

Lopes e Oliveira (1998) recomendam que seja feita uma reunião prévia do profissional que atenderá o paciente com os membros da família envolvidos na assistência domiciliar para o planejamento de ações a serem desenvolvidas no domicílio. Recomendam ainda que estas reuniões devam acontecer periodicamente, para avaliações e replanejamentos, enquanto durar o atendimento domiciliar.

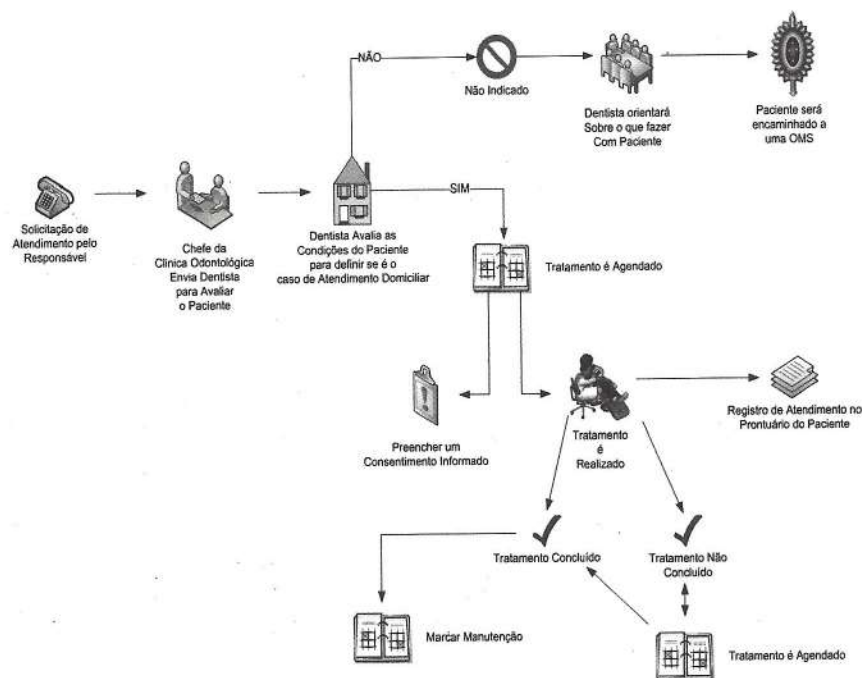


FIGURA 1 – Fluxograma esquematizando a proposta de atendimento.



3.10 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE COMO UM TODO

Para um melhor andamento do atendimento domiciliar seria interessante, como mencionado acima por Lopes e Oliveira (1998), que cada um saiba de suas atribuições para um melhor atendimento ao paciente.

O cirurgião dentista atuará somente nos dias de consulta. Nos outros dias os procedimentos de higienização bucal do paciente serão feitos pelos membros da família ou pelo cuidador.

O Cirurgião Dentista em reunião com a família do paciente poderia deixar claras as atribuições de cada um.

3.10.1 Atribuições do Cirurgião Dentista

Lopes e Oliveira (1998) enfocam as seguintes atribuições do cirurgião dentista: São elas:

- Realizar diagnóstico de saúde bucal, incluindo lesões, alterações de mucosa, gengiva;
- Realizar exodontias em dentes com mobilidade de grau III;
- Realizar suturas na mucosa oral;
- Intervir em situações de urgências como: abscessos, dor, sangramentos, etc.;
- Orientar ao doente e/ou cuidador sobre higiene oral e cuidados com próteses;
- Estabelecer rede de comunicação participativa com a família; e
- Registrar os atendimentos.

3.10.2 Atribuições do cuidador

Os mesmos autores supracitados enfocam que ao cuidador sem formação profissional competem as seguintes atribuições:

- Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene oral e íntima;
- Estimular e ajudar na alimentação;
- Ajudar a sair da cama, mesa/cadeira e voltar;
- Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações);
- Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto;
- Servir de elo entre o doente/família e a equipe de saúde; e
- Administrar medicações conforme prescrição.

Às orientações e prescrições estabelecidas para o doente, limitadas às habilidades e competências atribuídas à sua categoria profissional.

4 CONCLUSÃO

Muitos pacientes com dificuldades de locomoção acabam focando os cuidados com a sua doença/condição principal e deixam em segundo plano as visitas periódicas ao consultório odontológico. Em sua maioria, por falta de orientação, não fazem idéia de que uma boca doente pode se tornar foco de disseminação de bactérias para outras partes do corpo podendo até mesmo piorar uma patologia pré-existente.

Conclui-se, então, que as visitas domiciliares trazem resultados positivos por prestar assistência a uma parcela da população que normalmente não teria acesso aos serviços de saúde prestados pela Odontologia tradicional, devido a sua condição peculiar de acamados ou por terem dificuldade de locomoção. Possibilitam, também, a antecipação do diagnóstico de lesões orais, personalização e humanização do atendimento, além da maior orientação aos pacientes e sua família quanto à manutenção e promoção da saúde bucal, garantindo qualidade de vida a estes pacientes.

A promoção de saúde e saúde bucal na população idosa brasileira deve ser estimulada em todos os ambientes sociais, tanto nos serviços de saúde quanto na família, promovendo a autonomia do paciente impossibilitado.

O atendimento domiciliar odontológico melhorará as condições da higiene bucal destes pacientes. As visitas periódicas do dentista em suas residências, além de proporcionar o tratamento em si, também servirá para orientar e reforçar técnicas de higiene que serão utilizadas pelo responsável do paciente no dia a dia.

Com relação à logística para que as Organizações Militares de Saúde adotem o atendimento domiciliar, os custos são muito baixos comparados aos benefícios finais. O atendimento odontológico domiciliar a este grupo de pacientes evitaria possíveis internações desnecessárias em função do agravamento de uma condição preexistente.

Adotar um protocolo padronizado para a realização do atendimento odontológico domiciliar ajudará na implementação e no controle de um serviço odontológico em qualquer Organização Militar de Saúde.

Ganha o paciente em qualidade de vida; ganha o Exército Brasileiro em redução de custos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTÔNIO, P. R. A. Importância do prontuário em um serviço de Home Care. Revista Prata da Casa 2: escritas do cotidiano de uma equipe que cuida, São Paulo, v.2, 2009, p. 33-35.
- ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada. RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2006.
- ARAÚJO, S. S. C.; FREIRE, D. B. L.; PADILHA, D. M. P.; BALDISSEROTTO, J. Suporte Social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. Interface Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.19, p.203-16, jan/jun 2006.
- BALDANI MH, FADEL CD, POSSAMAI T, QUEIROZ MGS. A inclusão da Odontologia no Programa de saúde da Família no Estado do Paraná. Cad Saúde Púb 2005;21(4):1026-35.
- BARROS, G. B.; CRUZ, J. P. P.; SANTOS, A. M.; RODRIGUES, A. A. O.; BASTOS, K. F. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. Rev. Saúde. Com. v.2, n.2, p.135-142, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.



- 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.
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.3, p.773-81, 2003.
- CATIB, T. A. Inclusão na internação domiciliar: o impacto da desospitalização para o paciente. *Revista Prata da Casa 2: escritas do cotidiano de uma equipe que cuida*, São Paulo, v.2, 2009, p.21-28.
- COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*, v.33, n.5, p. 445-53, 1999.
- COELHO, FLG; SAVASSI, LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Disponível em < <http://www.ufmg.br/busca.html?cx=011496514098557469916%3Av5zp64nw6gm&cof=FORID%3A9&ie=ISO-8859-1&q=visita+domiciliar&sa=Procurar#1109> >. Acesso em 27 jul 2010.
- CONSULTÓRIO PORTÁTIL: banco de dados. Disponível em: < <http://www.consultorioportatil.com.br/shop/> >. Acesso em 27 jul 2010.
- FILHO, A. D. S. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. *Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Programa de Saúde da Família*. Dez. 2002. Disponível em < http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/A_SB_no_PSF.pdf >. Acesso em 13 abr. 2009.
- GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia da saúde da família. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.15, n.4, p.645-653, out/dez 2006.
- HECK, R. M. Cuidado Domiciliar: Proposta de ação da Residência multiprofissional em Saúde da Família – UFPel. *Farm. Saúde Desenvolv.* Curitiba, v.7, n.1, p.51-59, jan. / abr. 2005.
- HIGGS, P. Older people, health care and society. In: SCAMBLER, G. (Ed.) *Sociology as applied to Medicine*. 4.ed. London: WB Saunders, 1997, p.149-158.
- LEE, E. E. J.; THOMAS, C. A.; THUY, V.U. Mobile and portable dentistry: alternative treatment services for the elderly. *Spec. Care Dent.*, v.21, n.4, p.153-5, 2001.
- LOPES, J. M. C.; OLIVEIRA, M. B. H. Assistência domiciliar: uma proposta de organização: momentos e perspectivas em saúde. *Revista Técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição*, v.11, n.1, p.63-69, 1998.
- ODONTOCLÍNICA CENTRAL DO EXÉRCITO. Atendimento Odontológico Domiciliar. Disponível em < <http://www.ocex.eb.mil.br/> >. Acesso em 25 mar 2010.
- ODONTOGERIATRIA: banco de dados. Disponível em: < <http://www.odontogeriatra.com/> >. Acesso em 27 jul 2010.
- ROGÉRIO, V.; KALLAS, M. S.; GOMES, J. S. Os benefícios da higiene oral adequada na diminuição dos riscos de pneumonia. *Revista Prata da Casa 2: escritas do cotidiano de uma equipe que cuida*, São Paulo, v.2, 2009, p.45-49.
- SCHEFFER, J. A. Idosos dependentes de cuidadores na assistência domiciliar. *Revista Prata da Casa 2: escritas do cotidiano de uma equipe que cuida*, São Paulo, v.2, 2009, p.29-32.
- TELAROLLI JÚNIOR, R.; MACHADO, J. C. M. S.; CARVALHO, F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v.30, n.5, p.485-98, 1996.



ANEXOS

ANEXO I – IMAGENS DO CONSULTÓRIO PORTÁTIL, COMPONENTES E DESCRIÇÃO.



Figura 2 - Consultório elétrico portátil visto em ângulos diferentes.



Figura 3 - Cadeira portátil, refletor e banqueta.



Figura 4 - Canetas de alta rotação, baixa rotação, micromotor e peça reta: indispensáveis para o atendimento odontológico.

DESCRIÇÃO DO PRODUTO DA FIGURA 2

Indicada para qualquer procedimento odontológico.

Basta ligar a Maleta na tomada e em 2 segundos todo o equipamento já está funcionando.

Não utiliza compressor.

Vem com todos os equipamentos já fixados na Maleta.

Consultório Odontológico Elétrico composto por:

- 01 mala em material resistente em ABS naval, com rodas, revestido internamente em teflon e com os seguintes equipamentos acoplados:

- 01 Caneta de alta rotação elétrica Kavo com recobrimento plasmatec, corte contínuo e homogêneo, dispensa uso de compressor ou cilindro de ar comprimido devido ao exclusivo sistema de rolamentos ultra speed.

- 01 motor elétrico D-Express com irrigação com sistema leds indicativo da velocidade, com nível máximo de ruído de 50 DB; Funciona em alta e baixa velocidade, controle inteligente do motor com 06 velocidades programáveis através do visor

com 06 led's, duplo controle de velocidade no painel e pedal, possui chave de emergência, dispositivo de regulagem da irrigação, suporte para micromotor, micromotor com encaixe sistema intra, dimensões da caixa metálica 8cm x 25cm x 17cm, dimensões do pedal com controle de irrigação 16cm x 10cm, possui 01 Reservatório transparente para água com capacidade de 350 ml acoplado ao equipo;

- 01 aspirador-sugador elétrico, sistema anti-refluxo; Tensão de operação: 110/220 (VCA) Frequência: 60Hz Consumo: 70W Sistema: Diafragma Vácuo: de 0 a 23" Hg (regulável) Válvula automática de nível Dimensões do sugador: 29x10cm, Dimensões do copo: 18x12cm, Fácil limpeza e higienização devido ao sistema de diâmetro amplo do copo. Portátil, silencioso, econômico e de fácil manuseio. Sem necessidade de manutenção e lubrificantes. Capacidade do recipiente: 1,3 litros. Voltagem: 110/220 VCA.

- 01 Seringa Tríplice Portátil Elétrica D-Express, funciona em 110V e 220V, funciona ligando direto na tomada, dimensões da caixa metálica 11x19x15cm.-01 óleo lubrificante Kavo;

- 01 ponta tetra facetada para remoção de tártaro;

- 01 Remocalk: Ultra som piezo elétrico com potenciômetro de intensidade fraca, média e forte. Acompanham 3 tipos de pontas removedoras de cálculo. Não necessita compressor. Para funcionar basta ligar diretamente na tomada. Voltagem 110V ou 220V.

- 01 Fotopolimerizador Portátil de Led's.

- 01 filtro de linha elétrico com 5 tomadas, medindo 21x04cm;

- 01 extensão com 5 metros;

- 01 banqueta dobrável portátil para C.D. com encosto de metal, assento de courovin odontológico, dimensões: altura 62cm, dimensões do assento: 28x28cm, estrutura metálica cromada.

- 01 refletor portátil retrátil com tripé e haste flexível de 56 cm, haste cromada mede 48cm, altura fechado 1,18 metros, altura aberto chega até 1,67 metros e lâmpada de led's branca fria com duração de 2.000 horas.

- 01 Cadeira Odontológica Portátil para Paciente, com estrutura de aço de tubo chapa 16, espessura da parede de aproximadamente 1,5mm, tubo RD 5/8 chapa 16, regulagem de 5 posições, cobertura estofada removível de courovin odontológico com almofada para cabeça. Dimensões da Cadeira fechada: 01x01mts. Dimensões da Cadeira aberta: altura 1,12mts, largura do assento 0,41mts, altura do encosto 0,52mts, possui apoio para pés e braços. É de fácil transporte.

Medidas da maleta: 83 x 60 x 35 cm.

Peso do Equipamento Completo: 20 kg aproximadamente.



ANEXO 5 – “AMODOM” – HOSPITAL GERAL DE CURITIBA



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 5º RM - 5ª DE
HOSPITAL-GERAL DE CURITIBA

ATENDIMENTO MÉDICO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR – AMODOM**1. OBJETIVO GERAL**

Humanizar e viabilizar meios para a melhor qualidade de vida dos pacientes restritos ao domicílio, através do serviço de apoio e assistência alternativa à saúde.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Favorecer a inclusão social do paciente por meio da orientação social e atendimento a saúde;
- Buscar a melhora clínica do paciente através de programas terapêuticos individualizados;
- Possibilitar atendimento de saúde ambulatorial e internamento domiciliar, reduzindo, assim, os riscos hospitalares proporcionando mais conforto para o paciente e família;
- Orientar e supervisionar cuidadores quanto aos procedimentos a serem realizados na recuperação, reabilitação e assistência ao usuário;

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes restritos ao domicílio, cadastrados no Programa, portadores de patologias crônicas e tratamentos de longa duração.

A inclusão dos pacientes ocorre através da solicitação de um familiar e ou responsável, encaminhamento médico e após alta hospitalar.

Os pacientes assistidos apresentam necessidade de cuidados permanentes e doenças advindas do progressivo envelhecimento da população como: câncer, sequelas de AVC, Alzheimer, esclerose (arteriais, cerebrais, musculares) e outras

 OM: HGE		
LOCAL: SERVIÇO SOCIAL	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 002 DATA DE EMISSÃO: 11/06/10
TAREFA: AMODOM	EXECUTANTE: Assistente Social / Auxiliar	REVISÃO Nº 001 DATA DESTA REVISÃO:
OBJETIVO: - Prestar serviço de atendimento de saúde domiciliar a pacientes restritos ao leito.		
RECURSOS HUMANOS E MATERIAS: - Livro de Registro de visitas domiciliares; - Prontuário médico; - Protocolo de Identificação dos usuários do AMODOM e acompanhamento de saúde; (anexo 1) - Viatura - Motorista e profissionais da equipe do AMODOM; (anexo 2)		
ATIVIDADES: 01 – O Serviço Social realiza cadastro do paciente conforme encaminhamento médico; 02 – Orienta familiar e ou responsáveis sobre a funcionalidade do programa; 03 – Imprime, em folha azul, o protocolo de identificação e acompanhamento de saúde para ser colocado no prontuário do paciente; 04 – Intermedia contatos entre pacientes, família e equipe de saúde; 05 – Coordena, com a Chefia da Marcação de Consultas, o horário das visitas médicas domiciliares; 06 – Agenda as visitas domiciliares da equipe do AMODOM; 07 – Reserva a viatura para a realização das visitas domiciliares; 07 – Realiza levantamento estatístico dos atendimentos mensais e por especialidades;		
CUIDADOS: - Manter o cadastro atualizado dos pacientes; - Informar as limitações do Programa para não gerar expectativas de “home care”; - Orientar sobre o serviço de remoção em situação de emergência – ECCO SALVA; - Buscar atender as particularidades apresentadas pelos usuários do Programa, encaminhando-as para as respectivas especialidades; - Manter os usuários informados sobre as medidas adotadas com relação ao tratamento proposto.		
AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE: - Rever procedimentos executados; - Substituir o elemento encarregado da tarefa caso ocorra falta;		
Preparado por:	Aprovado por:	