



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

**MARIA VITÓRIA TRIGUEIRO SANTOS**

**IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA “MELHOR EM CASA” PARA A  
HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

**CAMPINA GRANDE  
2024**

MARIA VITÓRIA TRIGUEIRO SANTOS

IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA “MELHOR EM CASA” PARA A HUMANIZAÇÃO  
DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)  
apresentado ao Departamento do Curso de  
Odontologia da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial à obtenção  
do título de Cirurgiã-Dentista.

**Área de concentração:** Saúde

**Orientador:** Prof. Dr. José Eraldo Viana Ferreira

CAMPINA GRANDE  
2024

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S237i Santos, Maria Vitoria Trigueiro.

A importância do programa "melhor em casa" para a humanização do atendimento odontológico [manuscrito] : relato de experiência. / Maria Vitoria Trigueiro Santos. - 2024.

24 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2024.

"Orientação : Prof. Dra. Carmen Lucia Soares Gomes de Medeiros, Departamento de Odontologia - CCBS".

1. Odontologia - atendimento Domiciliar. 2. Programa melhor em Casa. 3. Odontologia Domiciliar. 4. Saúde Bucal. 5. Atendimento humanizado. I. Título

21. ed. CDD 617.6

MARIA VITÓRIA TRIGUEIRO SANTOS

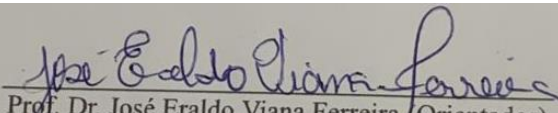
IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA “MELHOR EM CASA” PARA A HUMANIZAÇÃO  
DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)  
apresentado ao Departamento do Curso de  
Odontologia da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial à obtenção  
do título de Cirurgiã-Dentista..

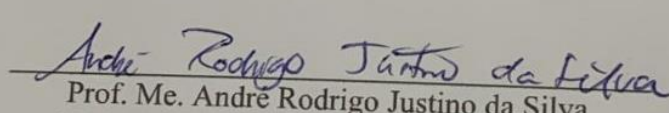
Área de concentração: Saúde.

Aprovada em: 31/10/2024.

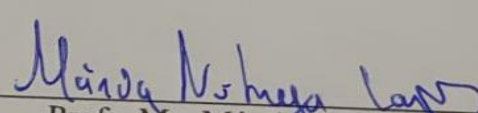
**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dr. José Eraldo Viana Ferreira (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. André Rodrigo Justino da Silva  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Márcia Nóbrega Lopes  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais que em meio a espinhos  
fizeram a minha rosa florescer.

“É justo o que muito custe o que muito vale.”  
Santa Teresa D’Ávila.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Imagem do tratamento odontológico prévio para paciente que iniciaria o protocolo de quimioterapia e radioterapia.....	15
Figura 2-	.. Imagem do atendimento domiciliar odontológico na casa do paciente.....	16
Figura 3-	.. Imagem do preenchimento do odontograma através do exame clínico.....	17
Figuras 4-	Imagens da entrega de kit de higiene.....	17
Figuras 5-	- Imagem antes e depois do tratamento restaurador feito através do atendimento domiciliar de odontologia.....	18
Figura 6 -	Imagem acompanhamento pós cirúrgico.....	18
Figuras 7 -	Imagens da presença de supuração em região alveolar em paciente em tratamento de quimioterapia.....	19
Figuras 8-	Imagem tratamento à laser em ATM em paciente com traumatismo crâniofacial.....	19
Figura 9-	Imagem de moldagem funcional para confecção de placa estabilizadora oclusal.....	20

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atendimento Domiciliar
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Apoio
PMEC	Programa Melhor em Casa
PNE	Pessoa com Necessidade Especial
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SUS	Serviço de Atendimento Domiciliar



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	09
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	10
<b>2.1</b>	<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO</b>	10
<b>2.2</b>	<b>PROGRAMA MELHOR EM CASA</b>	11
<b>2.3</b>	<b>ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO</b>	12
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	12
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	14
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	18
	<b>REFERÊNCIAS</b>	18

**A IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA “MELHOR EM CASA” PARA A  
HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: RELATO DE  
EXPERIÊNCIA.**

**THE IMPORTANCE OF THE “MELHOR EM CASA” PROGRAM FOR THE  
HUMANIZATION OF DENTAL CARE: EXPERIENCE REPORT.**

Maria Vitória Trigueiro Santos<sup>1\*</sup>

**RESUMO**

A presente transição demográfica em que o Brasil se encontra contribui para mudanças no panorama sanitário do país, principalmente na alteração das patologias que atingem a população. O Programa Melhor em Casa desempenha um papel fundamental na sociedade ao oferecer assistência domiciliar para indivíduos com doenças crônicas, possibilitando que recebam tratamento de saúde, de modo interdisciplinar, no aconchego de seus lares. Por se tratar de um serviço multidisciplinar, a odontologia domiciliar desempenha com a atuação ativa do cirurgião-dentista, cuja participação não se deve limitar à saúde bucal, mas envolver o indivíduo como um todo. O objetivo deste estudo é demonstrar, através de um relato de experiência, a importância do Programa Melhor em Casa para a vivência humanizada no atendimento odontológico. O Programa Melhor em Casa contribui para um atendimento humanizado e eficiente, refletindo compromisso com a qualidade e a dignidade na saúde, vez que traz acessibilidade, cuidado individualizado, conforto dentro da casa do paciente, multidisciplinaridade, educação em saúde e a continuidade do cuidado.

**Palavras-chave:** atendimento domiciliar; melhor em casa; odontologia domiciliar; saúde bucal.

**ABSTRACT**

The current demographic transition in which Brazil finds itself contributes to changes in the country's health panorama mainly in the change in pathologies that affect the population. The Melhor em Casa Program plays a fundamental role in society by offering home care to individuals with chronic illnesses, enabling them to receive health treatment, in an interdisciplinary way, in the comfort of their homes. As it is a multidisciplinary service, home dentistry involves the active role of the dentist, whose participation should not be limited to oral health, but involve the individual as a whole. The objective of this study is to demonstrate, through an experience report, the importance of the Melhor em Casa Program for a humanized experience in dental care. The Better at Home Program contributes to humanized and efficient care, reflecting a commitment to quality and dignity in healthcare, as it brings accessibility, individualized care, comfort within the patient's home, multidisciplinary approach, health education and continuity of care.

**Keywords:** home care; melhor em casa; home dentistry; oral health.

---

<sup>1\*</sup> Graduanda em Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba

## 1 INTRODUÇÃO

A busca por aperfeiçoamento na qualidade do atendimento e por cuidados holísticos de saúde, acompanhado com o aumento da idade da população em conjunto com as mudanças no perfil epidemiológico que estão em curso no Brasil, têm contribuído para fortalecer novas práticas inovadoras, abordagens e ferramentas na área da saúde (Silva *et al.*, 2020).

Atualmente, no Brasil, é observado uma tendência de descentralização dos serviços de saúde. O serviço que antes concentrava seu interesse apenas na cura do paciente e unicamente no ambiente hospitalar, mostrava-se obsoleta para a população, divergindo do processo saúde-doença em que o indivíduo está inserido. Somado a isso, a consequente descentralização traz consigo melhorias ascendentes nos tratamentos clínicos, tendo em vista o apoio do cerne familiar e do tratamento humanizado das equipes de saúde (Sachett; Montenegro, 2019).

É nesse contexto familiar e humanizado que o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) surgiu em meados do século XX no continente europeu e no norte americano a fim de auxiliar na reabilitação da saúde de pacientes idosos em suas residências (Coelho *et al.*, 2023). No Brasil, o seu melhor desempenho iniciou-se a partir dos anos de 1990, em virtude da transição demográfica e o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) entre a população brasileira, sendo caracterizada por um conjunto de atividades de promoção à saúde, prevenção e tratamento da doença e a reabilitação ofertadas em suas residências asseguradas do tratamento contínuo anexada às redes de atenção primárias de saúde (Duncan *et al.*, 2013; Cavalcante *et al.*, 2022).

Considera-se como DCNT um conjunto de patologias de etiologia múltipla, de origem não infecciosas e não reversíveis, e diversos fatores de risco, de evolução prolongada que podem desencadear insuficiências funcionais ao indivíduo e, conseqüentemente, a dependência para com terceiros (Malta, 2019). Isso posto, os pacientes acometidos de DCNT demandam atenção contínua, de Políticas Públicas efetivas e da atividade expressiva de equipes multidisciplinares (Figueiredo *et al.*, 2021).

Em virtude de melhorar o desempenho do atendimento domiciliar ampliando os cuidados ao paciente com DCNT, o Programa Melhor em Casa (PMEC) foi lançado em 2011, sendo introduzido à Rede de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a Portaria n 1.208 de 18 de junho de 2013. Essa abordagem consiste em fornecer cuidados médicos diretamente nas casas dos pacientes que necessitam de reabilitação física, idosos, portadores de doenças crônicas em estabilidade ou em fase pós-operatória, além dos cuidados ao paciente paliativo, prevenindo hospitalizações desnecessárias e descongestionando os serviços de urgência e emergência, além de promover uma assistência mais humanizada por estar dentro do conforto do seu lar e enriquecer a confiança entre o paciente e sua família, assegurando a continuidade dos cuidados e sua integração efetiva às redes de atenção à saúde (Gabardo *et al.*, 2022; Cavalcante *et al.*, 2022).

Por se tratar de um programa multidisciplinar, o PMEC conta com atendimentos de nutrição, de farmácia, de fisioterapia, de enfermagem, de terapia ocupacional, de psicologia, de fonoaudiologia e de odontologia para a promoção da qualidade de vida do paciente, levando o atendimento de forma preventiva, paliativa ou curativa (Santos, 2020). De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), é dever do cirurgião dentista levar condições adequadas de saúde bucal para os pacientes, de modo a não ficar restrito apenas

ao aspecto biológico ou ao trabalho técnico-odontológico, considerando a interação com outros profissionais, além de analisar todo o contexto em que o indivíduo está inserido (Pucca Junior *et al.*, 2020).

Diante essa realidade, emerge um grande desafio na formação humanizada de profissionais da saúde, sobretudo cirurgiões-dentistas, capazes de atender às novas demandas geradas pelo envelhecimento populacional, o aumento das DCNT, as crescentes inovações tecnológicas e os avanços dos estudos científicos, somados com grandes expectativas dos usuários dos serviços de saúde (Malta, 2019), o presente trabalho visa demonstrar, através de um relato de experiência, a importância do programa Melhor em Casa para a vivência humanizada no atendimento odontológico.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Com a alteração no padrão demográfico da população, que reflete nas oscilações da taxa de natalidade e mortalidade e nos fluxos migratórios, ocorre uma mudança na distribuição dos diferentes grupos etários, resultando em um aumento da população idosa ou jovem. A situação atual no Brasil mostra uma diminuição no número de crianças, devido à significativa queda na taxa de natalidade, e um aumento progressivo no número de idosos, impulsionado pelo aumento da expectativa de vida, resultado da melhoria nas condições sociais e econômicas (Oliveira, 2019; De Lima, 2020; Nunes, 2021).

A diminuição da fertilidade está ligada, sobretudo, à queda nos índices de mortalidade, que inicialmente se concentra nas faixas etárias mais jovens, contribuindo para que um maior número de indivíduos alcance a terceira idade. Dessa forma, observa-se um aumento na proporção de pessoas com mais de 60 anos na população, ao passo que o grupo infantil diminui, o que resulta no envelhecimento da sociedade (Mrejen *et al.*, 2023)

O perfil epidemiológico no Brasil tem fatores intrinsecamente ligados ao envelhecimento da população, bem como a transição demográfica presente no país. A união desses dois aspectos condiciona a Transição Epidemiológica, visto que há uma mudança no perfil de mortalidade, o que antes envolvia doenças infecciosas e parasitárias como causas principais de morte devido ao baixo nível de condições socioeconômicas, agora, as doenças da velhice, tal como as DCNT, ocupam colocações mais altas ao passe do desenvolvimento social (Castellani; Magni, 2021).

São consideradas quatro Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) de maior relevância na saúde da população mundial que são as doenças do trato circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônica que estão ligadas, sobretudo, ao uso do tabaco, a falta de alimentação saudável, a falta de práticas de exercícios físicos e o consumo elevado de bebidas alcoólicas. Em sua maioria, essas condições são responsáveis pela elevada incidência de sobrepeso, obesidade, hipertensão e colesterol alto (Figueiredo *et al.*, 2021; Coelho *et al.*, 2023).

Com o envelhecimento da população brasileira e, conseqüentemente, a mudança no panorama das doenças presentes na sociedade, o sistema de saúde também é influenciado a renovar seus ideais, voltando seus princípios não somente para o curativo, mas para práticas de prevenção, palição e acompanhamento constante do paciente (Oliveira, 2015; Oliveira, 2019).

## 2.2 PROGRAMA MELHOR EM CASA

O aumento na demanda de ações voltadas para melhorar a saúde, prevenção, tratamento de doenças, oferecimento de cuidados paliativos e reabilitação de condições de saúde, somado ao aumento da expectativa de vida da população e conseqüentemente a transição demográfica em curso no Brasil, determinou a busca por práticas inovadoras para o cuidado em saúde, como o serviço de atendimento domiciliar terapêutico para pacientes com HIV/AIDS e a própria Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2013; Gabardo *et al.*, 2022).

O Programa SOS Emergências da na Rede de Atenção às Urgências para o SUS anexou o Programa Melhor em Casa por intermédio da Portaria n 1.208 de 18 de junho de 2013 (Martins *et al.*, 2020). A essa portaria, o atendimento domiciliar se constitui como uma forma inovadora de cuidados de saúde, que pode substituir ou complementar os métodos já existentes. Essa abordagem consiste em um conjunto de práticas voltadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como a reabilitação, todas fornecidas diretamente no domicílio do paciente (Oliveira Neto, 2016).

O Programa Melhor em Casa trata-se de uma ação que propicia assistência médica em domicílio aos pacientes que requerem cuidados constantes, prevenindo internações prolongadas e promovendo o bem-estar e a recuperação no seio familiar (Oliveira, 2017). Destinado àqueles que estão enfrentando um agravamento da sua condição de saúde e que, seja por limitações temporárias ou permanentes, não podem se locomover até uma unidade de saúde. Sem essa alternativa de suporte domiciliar, essas pessoas poderiam necessitar de hospitalizações. Adicionalmente, o programa facilita a alta hospitalar dos pacientes, permitindo que continuem o tratamento em casa, sempre que possível (Almondes *et al.*, 2020; Pinheiro *et al.*, 2020).

O Atendimento Domiciliar (AD) é organizado em três modalidades distintas de mesmo objetivo em comum sendo elas AD1, AD2 e AD3 divididas de acordo com a necessidade do paciente e os cuidados realizados para o mesmo (Oliveira Neto, 2016).

Caracteriza-se a modalidade AD1 todo paciente assistido pela unidade básica de saúde que detém seus problemas de saúde de forma controlada e/ou compensada, mas que não consegue dirigir-se à sede da unidade por problemas motores, a essas pessoas, a visita domiciliar deve acontecer uma vez na semana por parte das equipes de atenção básica, englobando as equipes de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Castro *et al.*, 2018; Silva, 2024).

Consiste a modalidade AD2, o mesmo público alvo da AD1, o seu diferencial é a frequência de visitas, tendo em vista que necessitam de mais cuidados, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, sendo auxiliado da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) (Castro *et al.*, 2018; Silva, 2024).

A modalidade AD3 conta com o mesmo público alvo da AD2 e as equipes de auxílio e responsabilidade, mas exige, além do suporte multidisciplinar, a presença de equipamentos eletro-eletrônicos (Castro *et al.*, 2018; Silva, 2024).

Durante o processo de cadastro, é necessário informar a identidade de um cuidador, que pode ser alguém dentro ou fora da família. Este cuidador será o ponto de contato da família com as equipes do Programa Melhor em Casa. A presença de um familiar ou cuidador viabiliza novas abordagens no cuidado e nas interações com os profissionais de saúde (Castro *et al.*, 2018). Além disso, surgem conflitos ao se alinhar os planos de cuidado com a equipe, entretanto, esses embates também contribuem para a melhoria do cuidado, pois o cuidador também possui conhecimentos valiosos (Santos, 2020).

## 2.3 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

O Programa Melhor em Casa e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) têm como objetivo oferecer atendimento domiciliar a pacientes das categorias AD2 e AD3. O atendimento acontece de forma multidisciplinar, se dividindo em duas equipes: a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD), composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, e a Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP), a qual está presente os profissionais das áreas de fonoaudiologia, farmácia, fisioterapia, psicologia, nutrição, terapia ocupacional e odontologia (Lima, 2020).

A odontologia domiciliar desempenha com a atuação ativa do cirurgião-dentista, cuja participação não deve-se limitar à saúde bucal, mas envolver o indivíduo como um todo, além de unir-se às outras áreas das equipes multidisciplinares (Miranda; Rodrigues; Franco, 2018). O cirurgião-dentista precisa estar bem informado e preparado para lidar com a situação do paciente, pois é fundamental que ele identifique os sinais e sintomas de doenças bucais. Essa habilidade é essencial para uma prática clínica bem executada e menos traumática para o paciente. Na avaliação odontológica do paciente, é importante considerar não apenas os aspectos bucais, mas também os fatores sistêmicos que podem influenciar sua saúde (Rocha; Miranda, 2013).

É dever da equipe como um todo promover tratamentos que auxiliem a chegada da cura, sendo denominado como cuidado curativo, ao paciente que necessita de tratamento e cuidado para disponibilizar de melhor qualidade de vida, intitula-se como terapêutica paliativa e, por fim, para evitar o agravamento de doenças, designa-se a assistência preventiva (Miranda *et al.*, 2024).

A assistência odontológica, mediante medidas preventivas e curativas, proporciona informações sobre cuidados com a higiene bucal, reabilitação com próteses, procedimentos de dentística, de endodontia, de periodontia e de cirurgia, voltados para eliminação de focos infecciosos, de processos inflamatórios e de dores, além da estomatologia através da identificação precoce de lesões que podem ou não ser cancerígenas e aplicação de laserterapia. É importante destacar que eventuais atrasos no tratamento de tumores na região da cabeça e pescoço, frequentemente localizados na maxila e mandíbula, têm efeitos prejudiciais ao paciente (Prado, 2019; Melo *et al.*, 2020).

## 3 METODOLOGIA

O relato do presente estudo foi realizado no município de Queimadas, no interior da Paraíba, datado entre os meses de fevereiro e setembro do ano de 2024, durante as terças-feiras, quintas-feiras e sextas-feiras em horários alternados.

Surgido em 2012, a infraestrutura do Serviço de Atenção Domiciliar, condecorada com o nome de José Ferreira Calafange, localiza-se a margem da BR 104 e constitui o suporte físico necessário para acomodar os insumos utilizados para os atendimentos e a manutenção de aparelhos, além de servir como base para as equipes de saúde se reunirem e iniciar os trabalhos prestados.

As equipes presentes no MEC são divididas em duas, as quais contam com a equipe médica formada por um médico, uma enfermeira e quatro técnicos de enfermagem. A equipe

multidisciplinar é composta por três fisioterapeutas, um nutricionista, uma cirurgiã-dentista e uma psicóloga. Somado a isso, cada equipe possui seu transporte físico e seu motorista condutor. Por fim, a coordenação do programa é de uma assistente social e uma auxiliar de serviços gerais.

Diariamente, as rotas das equipes são planejadas para que todos os pacientes sejam atendidos de forma igualitária. Além disso, um profissional da enfermagem permanece na sede do PMEC sendo plantonista para atender as demandas urgentes e repassar o aviso ao restante das outras equipes.

Figura 1: tratamento odontológico prévio para paciente que iniciaria o protocolo de quimioterapia e radioterapia



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024

A rotina de ambas as equipes acontecem de segunda a sexta-feira, das 07:30 até 12:00 e das 13:30 até as 17:00 e, no intervalo entre os horários da manhã e da tarde, as equipes param para a alimentação, descanso e reposição de materiais para os atendimentos posteriores. Durante os sábados e os domingos, todos os profissionais ficam sobre aviso para os casos de urgência que possam ocorrer. Em média, são atendidos de 8 a 12 pacientes por dia.

Para admitir um paciente ao PMEC, é necessário que o mesmo apresente características para o atendimento domiciliar, como a dificuldade de locomoção e o uso de equipamentos eletroeletrônicos, por exemplo. A depender do caso, o próprio serviço de saúde onde o paciente se encontra pode encaminhar a documentação para a coordenação do programa para que haja a resolução das burocracias avaliativas. Após a checagem da equipe médica, a equipe multidisciplinar é acionada para dar suporte com os tratamentos necessários e individualizados.

A ficha do paciente deve conter as informações pessoais, condições sócio-econômicas, sua principal condição patológica, doenças crônicas sistêmicas, presença ou ausência de sondas, medicações e tratamentos. O prontuário é compartilhado com todos os profissionais para que possam analisar criticamente e planejar a melhor prática terapêutica multidisciplinar. É importante ressaltar que a maioria dos pacientes cadastrados no PMEC são portadores de neoplasias malignas e doenças degenerativas como o Alzheimer.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Figura 2: atendimento domiciliar odontológico na casa do paciente



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024

A odontologia do PMEC é de responsabilidade da cirurgiã-dentista Dra. Paula Karolayne e conta com o suporte de materiais de um consultório portátil para que haja o melhor atendimento ao paciente. Após passar pela triagem do programa, o papel da odontologia é verificar as condições bucais daquele paciente e sua higiene oral para que não haja focos de infecções e, posteriormente, problemas de saúde.

De início, acontece a anamnese que pode ocorrer tanto com o próprio paciente, se o mesmo tiver condições de fala, como com os seus cuidadores que detenham conhecimentos sobre a vida daquele indivíduo. É questionado sobre a patologia sistêmica, como o paciente conduzia a higiene da cavidade oral antes de ser acometido pela doença e como está acontecendo nas atuais condições e se era ou continua sendo usuário de próteses dentárias. Essas informações são anexadas ao prontuário do paciente, de forma a complementar seus dados.

Na análise clínica, é realizado o exame clínico através da montagem do odontograma, checagem do periodonto, das mucosas e das estruturas da cavidade oral, da oclusão e da funcionalidade das articulações temporomandibulares. Por fim, é sempre orientado sobre a higiene bucal, de como deve ocorrer a escovação para os pacientes



dentados e a limpeza para os paciente edêntulos, os materiais que devem ser usados e, caso a família não tenha condições, a equipe de saúde bucal fornece materiais como kit de higiene composto por um creme dental, uma escova macia, um fio dental e um limpador de língua.

Figura 3: preenchimento do odontograma através do exame clínico



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024

Figuras 4: entrega de kit de higiene



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024

Em estágios iniciais de câncer, na qual o paciente ainda não iniciou o tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia, faz-se necessário a adequação do meio bucal para eliminar todos os focos infecciosos para que não haja prejuízos futuros quando os protocolos forem iniciados. Para isso, o PMEC disponibiliza suporte técnico de um consultório odontológico móvel que é montado dentro da casa do paciente para realizar todos os procedimentos referentes à área de saúde bucal, como as raspagens, extrações, acessos endodônticos e restaurações.

Figura 5: antes e depois do tratamento restaurador feito através do atendimento domiciliar de odontologia



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024

Em alguns casos, houve o encaminhamento para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para atendimento com o profissional especialista em atendimento de Pessoas com Necessidades Especiais (PNE) para alguns pacientes portadores de síndromes, de radiografias e de próteses dentárias, bem como alas hospitalares de competências para bucomaxilos e odontologia hospitalar para melhor assistência.

Figura 6: acompanhamento pós cirúrgico



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024

Em pacientes em tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia é comum a inflamação da mucosa oral, denominada mucosite oral. Para essa realidade, foi realizado protocolos de laserterapia através do Laser Duo portátil MMO disponibilizado pelo município. Além disso, o laser foi essencial na recuperação das sintomatologias dolorosas presentes em articulações temporomandibulares de pacientes com trismo, bruxismo e apertamento, assim como de outras lesões bucais. Foram realizados vários procedimentos à laser de alta e baixa potência, sempre na orientação e supervisão da cirurgiã-dentista.

Figura 7: presença de supuração em região alveolar em paciente em tratamento de quimioterapia



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024

Com o avanço do prognóstico dos usuários do PMEC na parte de odontologia, também foi possível a realização de próteses dentárias e placas estabilizadoras oclusais, através do serviço prestado pelo CEO em conjunto com as práticas realizadas durante o serviço domiciliar. Todavia, muitos tratamentos protéticos não foram concluídos devido ao rebaixamento dos pacientes e, conseqüentemente, a mortes repentinas dos mesmos.

Figura 8: tratamento à laser em ATM em paciente com traumatismo crâniofacial



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024

Figura 9: moldagem funcional para confeccionar placa estabilizadora oclusal



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024

Por fim, todos os pacientes eram visitados ao menos uma vez por semana como protocolo da atenção domiciliar, acompanhando suas evoluções e compartilhando as vivências diárias. A experiência do Melhor em Casa traz consigo a humanização do atendimento odontológico e a integralidade do paciente no conjunto multidisciplinar, mesmo encontrando desafios nos cuidados domiciliares, faz-se necessário reconhecer a importância do mesmo para a qualidade de vida de todos que precisam do programa.

## 5 CONCLUSÃO

O Programa Melhor em Casa dispõe um papel importante na humanização do atendimento odontológico, especialmente na Atenção Domiciliar, posto que traz acessibilidade, cuidado individualizado, conforto dentro da casa do paciente, multidisciplinaridade, educação em saúde e a continuidade do cuidado. Dessa forma, o PMEC contribui para um atendimento humanizado e eficiente, refletindo compromisso com a qualidade e a dignidade na saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMONDES, F. de M. E.; ZILLMER, J. G. V.; PORTO, A. R.; SOARES, E. R.; HERZER, D. M.; RAMOS, B. R. Perfil sociodemográfico-clínico e de lesões cutâneas de internados no programa melhor em casa / Sociodemographic-clinical profile and cutaneous injuries of internally in the best at home program. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 10, p. 80049–80064, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n10-434. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/18544>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo do melhor em casa**. Brasília – DF, 2013.

CASTELLANI, L. J.; MAGNI, C. Perfil dos usuários do Programa Melhor em Casa em um município do centro-oeste do Paraná. **Multitemas**, p. 161 - 176, 2021. Disponível em: <https://multitemas.ucdb.br/multitemas/article/view/3223>.

CASTRO, E. A. B. de., LEONE, D. R. R., SANTOS, C. M. dos., Neta, F. das C. C. G., GONÇALVES, J. R. L., CONTIM, D., & SILVA, K. L.. (2018). Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista Gaúcha De Enfermagem**, 39, e2016-0002. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>

CAVALCANTE, M. E. P. L., SANTOS, M. M., TOSO, B. R. G. de O., Vaz, E. M. C., LIMA, P. M. V. de M., & COLLET, N.. (2022). Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. **Escola Anna Nery**, 26, e20220001. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0001pt>

COELHO, A. C. R., LEITE, M. V., CARNEIRO, K. F. P., MENDONÇA, J. R. B., MESQUITA, L. K. M., & VASCONCELOS, T. B. de .. (2023). Os principais desafios das políticas públicas de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis em municípios do Nordeste brasileiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, 31(2), e31020095. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020095>

DE LIMA, A. V.; KONRAD, J. A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL E O IMPACTO NA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Boletim Economia Empírica**, [S. l.], v. 1, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/bee/article/view/4112>.

DUNCAN, B. B., CHOR, D., AQUINO, E. M. L., BENSENOR, I. M., MILL, J. G., SCHMIDT, M. I., LOTUFO, P. A., VIGO, Á., & BARRETO, S. M.. (2012). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista De Saúde Pública**, 46, 126–134. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>

FERREIRA, E. I. de C.; RODRIGUES, J. da S. . **Diagnóstico das lesões potencialmente malignas orais: revisão de literatura**. 2023. 25f. Artigo (Graduação em Odontologia). - Centro Universitário Unifametro, Fortaleza, 2023.

FIGUEIREDO, A. E. B., CECCON, R. F., & FIGUEIREDO, J. H. C.. (2021). Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(1), 77–88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>

GABARDO, J. M. B. .; CASTILHO, M. J. C. de; BERNARDINELI, A. J. .; SCHUROFF, H. P.; PUJALS, C.; CARVALHO, M. D. de B.; PELLOSO, S. M. .; PEDROSO, R. B. . SUS Homecare in Brazil, the impact of the “Best at Home” program. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 6, p. e36711629177, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i6.29177. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29177>.

LIMA, A. C. B. . **Análise da implantação do Serviço de Atendimento Domiciliar na óptica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde**. 2020. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Santa Catarina, 2020.

MALTA, D. C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2019, v. 22 [Acessado 15 Outubro 2024], e190030. Disponível em:



<<https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>>. Epub 01 Abr 2019. ISSN 1980-5497.  
<https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>.

MARTINS, I. P. R.; SILVA, A. P. M.; BARBOSA, E. F.. CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM LAJEADO - TOCANTINS. **Revista Multidebates**, Palmas, TO, v. 4, ed. 6, 2020.

MELO, R. B. de, TAVARES, N. T. & DUARTE, R. . COVID-19 and the Invisible Damage. 2020. **Acta Médica Portuguesa**. Lisbon, Portugal, 33(5), pp. 293–294. doi: 10.20344/amp.13911.

MIRANDA, A. F.; RODRIGUES, J. dos S.; FRANCO, E. J. . A Necessidade da Odontologia Domiciliar e Cuidados Buciais em Idosos Dependentes: Revisão de literatura. **Revista Ciências e Odontologia, Brasília**, v. 2, ed. 2, 2018. Disponível em: <https://revistas.icesp.br/index.php/RCO/index>.

MIRANDA, A. V.; REDIVO, A. C.; PINTO, I. F. M.; RESENDE, I. L.; GUEDES, D. D.; MALHEIROS, A. B. A.; FELIPE, A. gabriel borges. A importância da integração da medicina preventiva às práticas de promoção da saúde. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 7, n. 14, p. e14992, 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i14.992. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/992>.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. (2023) Envelhecimento Populacional Saúde Dos Idosos: O Brasil está preparado?. Estudo Institucional n.10. São Paulo: **Instituto Estudos para Políticas de Saúde**.

NUNES, J. de P.. **Transição demográfica e transição epidemiológica no Brasil: uma análise sobre os perfis de estrutura etária e de mortalidade nas unidades federativas no País em 2015**. 2021. 100 f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal de Alfenas, Varginha, MG, 2021.

OLIVEIRA, A. S.. **Envelhecimento Populacional e o surgimento de novas demandas de políticas públicas em Viana/ES**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Geografia, Universidade Federal do Espírito Santo, 2015.

OLIVEIRA, A. S. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 15, n. 32, p.

OLIVEIRA NETO, A. V. de.. **Análise do Programa Melhor em Casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2016. 160 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L.. BETTER OFF AT HOME: SAFETY DEVICE. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. e2660015, 2017.

PINHEIRO, D. dos S.; SANTO, F. H. do E.; SANTANA, R. F.; RODRIGUES, M. A.; BITENCOURT, G. R. Profile of users, caregivers and nursing actions in SUS home care: a descriptive study. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 8, p. e01985294,

2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i8.5294. Disponível em:  
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5294>.

PRADO, I. M. M. . **Atuação da equipe Odontológica no Serviço de Atenção Domiciliar: relato de experiência**. 2019. 28 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Multiprofissional em saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, 2019.

PUCCA JUNIOR, G. A., GABRIEL, M., ALMEIDA CARRER, F. C. de, PALUDETTO JUNIOR, M., LUCENA, E. H. G. de, & MELO, N. S. de. (2020). ACESSO E COBERTURA POPULACIONAL À SAÚDE BUCAL APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL “BRASIL SORRIDENTE”. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, 14(1), Pág. 29–43. <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2629>

ROCHA, D. A., & MIRANDA, A. F.. (2013). Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. **Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia**, 16(1), 181–189. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100018>

SACHETT, J. A. G., MONTENEGRO, C. S. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo programa Melhor em Casa. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.**, 17: e2019. [https://doi.org/10.30886/estima.v17.737\\_PT](https://doi.org/10.30886/estima.v17.737_PT)

SANTOS, G. R.. **Influência das doenças crônicas na qualidade de vida de pacientes atendidos pelo programa melhor em casa do município de Cuité-PB. 2020**. 48 fl. (Trabalho de Conclusão de Curso – Monografia), Curso de Bacharelado em Nutrição, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – Paraíba – Brasil, 2020.

SILVA, A. T. C.; SENA, R. M. C.; NASCIMENTO, E. G. C. PERFIL DE MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER EM IDOSOS NO TERRITÓRIO NACIONAL BRASILEIRO. **EDITORIAL BIUS**, 2020, v. 21, ed. 15, 2020.

SILVA, W. A.. **Saúde dos profissionais de enfermagem que atuam no Programa de Assistência Domiciliar Melhor em Casa: análise dos riscos ergonômicos físicos e condições de trabalho**. 2024, 84 f. Dissertação (Mestrado em Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2024. DOI <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.399>

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, a Jesus Cristo, a Nossa Senhora de Guadalupe e a São Miguel Arcanjo por todas as forças espirituais que, através da oração diária, constituem o meu mover para a realização desse sonho.

Aos meus pais, Paulo e Gerlane, que com todo o sacrifício do mundo se dedicaram exclusivamente a mim para que, juntos, pudéssemos trilhar esse caminho tão almejado, desde o pré-escolar até os dias atuais do meu ensino superior.

Aos meus familiares, vovô Juvenal Trigueiro e vovó Luiza Trigueiro, aos meus tios Germana Trigueiro, Maria Trigueiro, Genailson Trigueiro, Gerailton Trigueiro, Giliarde Barreto e Gilmar Félix, aos meus primos Lucas Trigueiro, Bruna Trigueiro, Heloisa Trigueiro, João Bernardo, Bruno Silva, Vivian Vieira, Geane Cavalcante e Sabrina Cavalcante, aos meus sobrinhos Guilherme, João Victor e Maria Cecília que juntos foram minha força diária para construir essa realidade.

Ao meu professor e orientador Eraldo Viana que depositou toda sua confiança em meu trabalho e sempre me motivou a continuar por tudo o que acredito, bem como a minha banca avaliadora, André Justino e Márcia Lopes.

A Pe. Tobias que guia-me em fé e é um exemplo de resiliência e paz.

Aos meus grandes amigos Eutália Antonino, Maryana Camila e Carlos Lira que tornaram meus dias extremamente mais leves durante esses 5 anos de caminhada juntos.

A minha dupla João Vitor Carvalho que, por meio de risadas e conhecimentos, partilhamos dias incríveis de aprendizado.

A todos que fazem parte do Programa Melhor em Casa de Queimadas, Doutor Damião Calafange, Gercina Queiroga, Eduarda Cristiane, Emanuely Bezerra, Heliomar Trindade, Rita Martins, Eduardo Peres, Taynar Lima Thays Miranda, Audanne Pires, Renata Prado, Ninha, Sandro, Nailma Aragão e Márcia. Em especial a Dra. Paula Karolayne, amiga, companheira de profissão e conselheira, meu eterno obrigada por me deixarem fazer parte dessa equipe.

Aos meus companheiros da turma 88, Alis Carolina, Ana Karolina, Ana Luiza, Andreza Batista, Antony Melquiades, Camila Paiva, Carlos Lira, Eutália Antonino, Gabriel Abdon, João Vitor, Laura Gomes, Eduarda Marinho, Maryana Camila, Niely Catão, Paulo Ricardo e Thaynna Agra, meu muito obrigada por compartilhar momentos especiais durante esses 5 anos.

A todos os amigos feitos nos corredores do departamento de Odontologia da UEPB.

Aos meus professores, coordenação e funcionários do departamento de Odontologia, bem como todo corpo docente da Universidade Estadual da Paraíba.

Em memória do meu saudoso tio Genildo dos Santos.





