



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE (UNI E
MULTIPROFISSIONAL) – PRAPS/FAMED/UFU
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – COREMU/UFU
ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

ISADORA MORAES MUNDIM PRADO

**ATUAÇÃO DA EQUIPE ODONTOLÓGICA NO SERVIÇO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

UBERLÂNDIA

2019

ISADORA MORAES MUNDIM PRADO

**ATUAÇÃO DA EQUIPE ODONTOLÓGICA NO SERVIÇO DE ATENÇÃO
DOMICILAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho apresentado à Comissão de Trabalho de Conclusão de Residência da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional e para obtenção do título de Especialista em Atenção Integral ao Paciente com Necessidades Especiais.

Orientador: Prof. Dr. João Henrique Ferreira Lima
Co-orientadores: Prof. Dra. Alessandra Castro Maia
Prof. Dra. Juliana Bisinotto Lima

UBERLÂNDIA

2019
SUMÁRIO

Introdução	06
Objetivo	08
Revisão da Literatura	08
Relato de Experiência	10
Discussão	21
Conclusão	24
Referências Bibliográficas	25

RESUMO

O Atendimento Domiciliar é caracterizado por um conjunto de ações multidisciplinares de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação realizadas em domicílio através dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). A Atenção Domiciliar voltada à Saúde Bucal valoriza a promoção da saúde bucal e a prevenção de doenças da cavidade oral, enfatizando as principais alterações sistêmicas e possíveis repercussões na cavidade bucal, propiciando melhorias consideráveis na qualidade de vida do paciente. Este trabalho tem como objetivo abordar os principais aspectos relacionados ao atendimento odontológico domiciliar além de um relato de experiência vivenciado durante a Residência multiprofissional vinculado ao Hospital de Clínicas de Uberlândia. A prática odontológica domicílio requer alguns cuidados e um minucioso planejamento das ações que serão executadas, atentos às necessidades de materiais e instrumentais a serem utilizados, além de conhecer as principais alterações sistêmicas e possíveis repercussões na cavidade bucal, a necessidade de participação efetiva do cirurgião-dentista e orientações de promoção de saúde bucal que possam auxiliar nas condutas dos familiares, cuidadores e profissionais envolvidos com o atendimento. Através da experiência vivenciada, observou-se a necessidade da atuação constante do cirurgião-dentista no ambiente domiciliar, junto a equipe multiprofissional atuante no SAD. Portanto, o cirurgião-dentista deve ter uma participação efetiva em visitas domiciliares, assumindo um importante papel de facilitador para o bem-estar físico e social dos pacientes assistidos pelo Serviço de Atendimento Domiciliar.

Palavras-chave: Visita Domiciliar, Assistência Domiciliar, Saúde Bucal

ABSTRACT

The Home Care is characterized by a set of multidisciplinary actions of health promotion, prevention, treatment of diseases and rehabilitation carried out at home through the Home Care Services (SAD). Home Care aimed at Oral Health values the promotion of oral health and the prevention of diseases of the oral cavity, emphasizing the main systemic changes and possible repercussions in the oral cavity, leading to considerable improvements in the quality of life of the patient. This study aims to address the main aspects related to home dental care as well as an experience report during the Multiprofessional Residency linked to the Hospital de Clínicas de Uberlândia. The home dental practice requires some care and a careful planning of the actions that will be performed, attentive to the material and instrumental needs to be used, besides knowing the main systemic alterations and possible repercussions in the oral cavity, the need for effective participation of the surgeon- dentist and oral health promotion guidelines that can assist in the conduct of family members, caregivers and professionals involved in care. Through the lived experience, it was observed the need of the constant performance of the dental surgeon in the home environment, together with the multiprofessional team working in the SAD. Therefore, the dental surgeon must have an effective participation in home visits, assuming an important role of facilitator for the physical and social well-being of the patients assisted by the Home Care Service.

Keywords: House Calls, Home Nursing, Oral Health

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹ a expectativa de vida dos brasileiros aumenta a cada ano, do ano de 1940 a 2016, aumentou mais de 30 anos, e hoje é de 75,8 anos. Vários foram os fatores que propiciaram essa ascensão, dentre muitos, a incorporação dos avanços na medicina e as políticas públicas, campanhas de vacinação, o crescimento econômico do país, acesso à água tratada e esgoto, entre outros.

O aumento da expectativa e qualidade de vida da população, conseqüentemente contribui para o surgimento de doenças específicas da velhice² e há uma preocupação em entender melhor as mudanças que ocorrem no organismo com o avanço da idade, assim como, no aparelho estomatognático. Entretanto, envelhecer por si só não basta, é importante poder almejar uma melhoria na qualidade de vida daqueles que caminha para ou já alcançaram uma idade mais avançada³. A saúde bucal tem um papel relevante neste processo, pois o seu comprometimento pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental e diminuir o prazer de uma vida socialmente ativa⁴.

Não somente nos idosos, há uma preocupação também em relação aos pacientes portadores de doenças crônicas, sindrômicos ou com a saúde comprometida, independentemente da idade, que superlotam leitos em hospitais. Há diversos casos de internações prolongadas que além de gerar mais gastos financeiros, correm o risco de adquirir outras doenças e infecções, que poderiam ser evitados e tratados em seu domicílio com o auxílio de uma equipe multiprofissional, dispondo da transição de cuidados, a desospitalização desses pacientes, diminuindo assim, o tempo de permanência nos hospitais, além de obter rotatividade dos leitos.

A Atenção Domiciliar é definida como uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação realizadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde através dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD)⁵⁻⁸. A Atenção Domiciliar foi instituída pela portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011 substituída pela portaria 825 de 25 de Abril de 2016, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹⁻¹⁵.

O atendimento na atenção domiciliar tem como objetivo promover a integração com os demais níveis de atenção e garantir a integralidade por meio da aplicação de modalidades que atendam às necessidades dessa população, a partir de condutas multidisciplinares, sempre que possível¹²⁻¹⁵.

O atendimento domiciliar constitui um conjunto de ações direcionadas ao atendimento individual, familiar e da comunidade, sendo considerada uma estratégia educativa, assistencial e principalmente de saúde, com a finalidade de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos vulneráveis ou no planejamento de ações coletivas¹³. É caracterizado ainda pelo atendimento do profissional da saúde em domicílio, sendo considerado um método para o estabelecimento de um plano assistencial voltado à promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde, principalmente no caso de pessoas dependentes¹⁴.

A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado. A diferença entre as EMADs e as equipes de atenção básica está no tipo de atendimento prestado (especializado para pacientes domiciliados) e na composição da equipe profissional, que deverá conter, minimamente: Médicos, enfermeiros, fisioterapeuta e/ou assistente social, de acordo com as variações de carga horária¹⁵. A Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), deverá oferecer apoio à EMAD, bem como às equipes de atenção básica. Sua composição mínima é de três profissionais de nível superior, escolhidos entre oito diferentes ocupações: Assistente social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, Farmacêutico, e Terapeuta ocupacional, com especificações de somatório de cargas horárias semanais previsto pelo Ministério da Saúde¹⁵. Sendo assim, a participação do Odontólogo na AD, é regulamentada, porém de caráter complementar, e não obrigatório.

A Atenção Domiciliar voltada à Saúde Bucal propicia a valorização da promoção da saúde bucal e a prevenção de doenças da cavidade oral, além de proporcionar a possibilidade da realização de procedimentos odontológicos na residência do paciente, promovendo um cuidado capaz de ampliar a capacidade da autonomia e da corresponsabilidade do cuidado através da integração paciente-cuidador¹⁶⁻¹⁸.

O atendimento odontológico em nível domiciliar é considerado efetivo, pois devolve bem-estar e qualidade de vida ao paciente, e tem como objetivo estabelecer uma

melhora da saúde geral do paciente¹⁹⁻²¹. Uma boa saúde bucal é capaz de diminuir o número de infecções, tanto oral quanto geral, diminui os custos quando se previne essas infecções, diminui a mortalidade e a comorbidade, uma vez que a cavidade bucal é porta de entrada de diversos microrganismos. O tratamento odontológico no domicílio proporciona um atendimento humanizado ao paciente dependente (idoso, portador de doença crônica, pessoa com deficiência, entre outros) impossibilitado de ir a um consultório odontológico, e assim, o cirurgião-dentista que se desloca ao encontro do paciente^{22,23}.

Considerando que a saúde bucal é indissociável da saúde como um todo, é de fundamental importância os manter os cuidados com o sistema estomatognático, e alguns problemas e doenças podem ser diagnosticados e devem ser tratados em tempo hábil para não evoluírem para uma infecção maior, além do que a prevenção, é essencial e de baixo custo comparado a procedimentos que serão evitados.

A partir desse contexto, surge a necessidade efetiva da participação da Odontologia no Atendimento Domiciliar. Porém, mesmo diante dessa emergente prática odontológica, faltam estudos específicos e relatos clínicos multidisciplinares na literatura.

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo abordar os principais aspectos relacionados ao atendimento odontológico domiciliar além de um relato de experiência vivenciado durante a Residência multiprofissional vinculado ao Hospital de Clínicas de Uberlândia.

REVISÃO DE LITERATURA

O atendimento domiciliar vem se tornando uma tendência mundial, e surge como uma das alternativas para melhorar a qualidade de vida de pessoas dependentes que estão com doenças crônicas, idosos, pessoas com deficiência, entre outros, que estejam incapacitados ou com grande dificuldade de sair de seus domicílios. A utilização dos recursos do Atendimento Domiciliar em saúde objetiva a promoção e manutenção da doença ou a melhora o nível de independência, contribuindo na diminuição dos efeitos da incapacidade ou da atividade da doença²⁴.

Segundo Barbosa & Araújo, 2006²⁵, o atendimento odontológico domiciliar proporciona ao paciente maior conforto psicológico e confiança profissional, além de tornar o tratamento mais humanizado, com intuito de restabelecer o melhor caminho para melhor qualidade de vida do paciente.

Levando em consideração que o atendimento e tratamento não é realizado em ambiente hospitalar ou consultório odontológico, e sim em domicílio, o trabalho deve ser planejado e executado em equipe, devendo sempre buscar a terapêutica curativa, onde seja possível tratar o paciente até promover a cura, ou de forma paliativa, que trata e cuida visando oferecer ao paciente melhor qualidade de vida dentro de suas limitações, além ainda da assistência preventiva, a ideal, que busca evitar o agravamento da doença, sempre adaptando a cada caso^{20,24}.

Segundo estudo de Ribeiro et al., 2006²⁶, os doentes terminais apresentam com muita frequência patologias na cavidade bucal que justificam a atuação de um profissional da área odontológica nas equipes de cuidados paliativos. Desta forma, proporcionar o atendimento a essa população, em nível domiciliar, com a assistência necessária, de forma eficiente e segura, torna-se um desafio e uma responsabilidade a serem assumidos pela classe odontológica.

As áreas de atuação do cirurgião-dentista em atenção domiciliar são referentes à prevenção de doenças bucais, promoção e proteção da saúde bucal, reabilitação com próteses, periodontia, estomatologia, e em casos específicos, exodontias para remoção de focos de infecção, processos inflamatórios e de sintomatologia dolorosa, a partir de um planejamento multidisciplinar^{27,28}.

No estudo de Vieira et al. 2016²⁹, foi feita uma pesquisa transversal dos pacientes atendidos pelo Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar do Hospital Naval e objetivo foi relatar qual a proporção de pacientes assistidos apresentam a necessidade de tratamento endodôntico. A pesquisa resultou que 51% dos pacientes apresentavam necessidade de algum tipo de intervenção, sendo que 64% estavam indicados a exodontia, 25% de endodontia, e 11% de extração e endodontia em elementos dentários diferentes. Assim, o autor conclui que o tratamento odontológico é um dos aspectos a ser considerado no atendimento domiciliar.

Entretanto, no estudo de Maciel JAC et al., 2016³⁰, os autores relataram a experiência de visitas domiciliares realizadas por estudantes do curso de Odontologia da

Universidade Federal do Ceará, que originou na formulação de um protocolo de Atenção Domiciliar à Saúde Bucal. A experiência aconteceu durante o Estágio em Atenção Primária à Saúde, e as visitas tiveram como foco a educação e promoção de saúde, a motivação para o autocuidado e a estratificação de risco para a intervenção da Equipe de Saúde Bucal (ESB). O protocolo engloba informações de saúde geral, desde dados pessoais, e aspectos referentes à saúde bucal, ações de educação em saúde para o paciente e/ou cuidador, e indicação da necessidade de intervenção em domicílio e/ou na unidade de saúde pela ESB e de encaminhamento para o serviço de atenção secundária. Os autores concluíram que a experiência possibilita qualificar a atenção domiciliar à saúde bucal e contribuir para melhoria da saúde do paciente, demonstrando a importância da vivência dos estudantes e do cirurgião dentista na Atenção Domiciliar.

Tedeschi-Oliveira & Melani, 2007³¹ descrevem sobre as considerações éticas no Atendimento Odontológico Domiciliar, onde consideram que o atendimento no domicílio permite que a relação paciente/equipe/família seja bastante íntima, o que se contrapõe à realidade da assistência hospitalar ou em outras instituições. No domicílio, a tendência é que pacientes e familiares participem mais ativamente de todo o tratamento, e que os profissionais atuem dentro de um envolvimento mais pessoal, afetivamente mais próximo.

Bizerril et al. 2015³², relataram a experiência de cirurgiões-dentistas que realizam visitas domiciliares como uma forma de garantir o acesso à saúde bucal a pessoas incapacitadas de chegar à Unidade de Atenção Primária à Saúde. As ações e atividades identificadas foram categorizadas nos níveis básicos de atenção à saúde, realizando ações de promoção, prevenção, investigação de lesões de tecidos moles e limitações de danos. Os autores concluíram e ressaltaram que a presença do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares assume um importante papel de facilitador para o bem-estar físico e social dos usuários impossibilitados de ir até uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Segundo a Portaria nº 825¹², atualmente no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), são oferecidos aos pacientes atendimento médico, cuidados de enfermagem, técnicos em enfermagem, fisioterapia, psicologia, assistência social, acompanhamento

com nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e cirurgião-dentista, formando uma equipe multiprofissional, fundamental para o tratamento dos pacientes.

Na cidade de Uberlândia-MG o SAD é composto por 07 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e 03 Equipes Multiprofissionais de Apoio, onde há uma cobertura de 100% que atendem toda demanda pré e pós hospitalar, com elegibilidade para atendimento domiciliar, oriunda da rede de atenção à saúde. A partir das admissões, as equipes elaboram o Projeto Terapêutico Singular que estabelece as metas biopsicossociais a curto, médio e longo prazos a serem atingidas e a frequência de visitas dos profissionais que varia de acordo com a necessidade e complexidade de cada caso. As visitas domiciliares ocorrem pelo menos uma vez na semana, dependendo de cada caso e necessidade, podendo ser até mais de uma vez ao dia em casos de usuários em uso de medicações parenterais, de cuidados paliativos em fase final e dos casos mais complexos e recém-admitidos no programa.

São assistidos pelo SAD pacientes vinculados ao Hospital de Clínicas de Uberlândia, alta complexidade, um total de 120 pacientes domiciliares, e 240 pacientes a nível ambulatorial, a maioria com doenças pulmonares avançadas, dependentes de oxigenoterapia domiciliar prolongada, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, e pacientes pediátricos. Nas demais EMAD são assistidos mais de 300 pacientes, tendo uma prevalência no tratamento de doenças neurológicas.

A assistência odontológica atualmente é prestada pela parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, por meio de um projeto de extensão, e da participação de Residentes Multiprofissionais em Saúde, vinculados a Faculdade de Medicina.

Inicialmente é realizada uma triagem pela equipe odontológica, onde é possível estabelecer prioridades nos atendimentos e realizar um planejamento adequado para o tratamento integral do paciente. Assim, é feita a anamnese, exame clínico, e um detalhado planejamento e plano de tratamento, sempre em conjunto a equipe multiprofissional. Os tratamentos e procedimentos mais realizados são: exame clínico, profilaxia, adequação do meio bucal, exodontias, confecção e instalação de próteses removíveis totais e parciais, tratamento gengivite e periodontite com raspagem supra e subgengival com auxílio de ultrassom portátil, restaurações em resina composta,

ionômero de vidro, selantes, diagnóstico e tratamento de lesões bucais comuns em pacientes debilitados, como a candidíase, mucosite, queilite angular e hiperplasia fibrosa.

A anamnese deve ser minuciosa para obter todos os dados sobre a identificação e histórico do paciente, como idade, peso, antecedentes pessoais e familiares, presença de doenças sistêmicas, medicação em uso contínuo, história da doença atual, qual o motivo de estar no atendimento domiciliar, quais suas limitações, se tem algum tipo de alergia, além do histórico da saúde bucal e quais experiências desagradáveis em tratamentos odontológicos anteriores. É importante também a aferição dos sinais vitais antes de cada sessão de atendimento, e um exame físico minucioso intra e extra bucal. Todo indivíduo deve ser atendido como um ser biopsicossocial, tratado de forma integral e integrada, e a presença de uma equipe multiprofissional é fundamental para um tratamento completo do paciente.

Medidas preventivas e de promoção de saúde bucal são continuamente enfatizadas pelo dentista para a população, em geral. Em domicílio, o enfoque maior é voltado aos cuidadores e familiares, que geralmente são os principais responsáveis pela execução das medidas de higienização bucal dos pacientes. São realizadas medidas preventivas como a remoção mecânica da placa bacteriana com escovação dentária, profilaxia, e uso do ultrassom, além da higienização das próteses e eliminação de saburra lingual com o uso de limpadores de língua, além do uso de antissépticos como o digluconato de clorexidina a 0,12% que contribuem para a adequação do meio bucal dos pacientes.

O tratamento odontológico a nível domiciliar só é possível e viável pois dispõe-se de consultório móvel, composto por micromotor, alta rotação portáteis, sugador portátil, seringa tríplice, fotopolimerizador, equipamento de ultra som para remoção de cálculo. O refletor normalmente é substituído por foco de luz de lanternas comuns, lanternas de cabeça ou até provenientes de celulares. Para completar, disponibiliza-se itens básicos necessários, os instrumentais já esterilizados e materiais de consumo comuns de um consultório odontológico, que são levados em maletas apropriadas. Os motores elétricos substituem as peças de mão que necessitam de ar comprimido, tornando desnecessário o transporte de compressores e cilindros de ar.

Como o atendimento será realizado fora do consultório odontológico, é primordial e indispensável que se tenha um excelente planejamento do tratamento a ser

realizado, para programar minuciosamente quais materiais serão necessários para levar ao domicílio, e além disso, ter sempre um segundo e terceiro planos, caso o planejamento inicial falhe. Deve ser feita uma lista de instrumentais e materiais de consumo, organizada previamente, e deve-se checar item a item para que não falte nada durante o atendimento. É prudente ainda levar materiais a mais, caso aconteça algo fora do planejamento, como algum instrumental cair no chão, ou contaminar. Todo o material deve ser transportado em recipientes apropriados para preservar suas características originais e evitar a exposição dos mesmos ao calor excessivo, luz solar, poeira e contaminação. Deve-se ter uma cautela especial com materiais líquidos e inflamáveis como soluções de hipoclorito, álcool, entre outros.

Antes da visita domiciliar devem ser feitas algumas recomendações aos familiares para eles prepararem o ambiente para o atendimento. É recomendado a remoção de tapetes e de pequenos móveis para facilitar o transporte e a instalação do equipamento. É necessário um ambiente com boa iluminação, arejado, energia elétrica e água e privacidade. Medidas de precaução devem ser adotadas para o controle de infecção cruzada, como forma eficaz de redução do risco ocupacional e de transmissão de agentes infecciosos. É orientado ainda que crianças e animais domésticos sejam retirados do local, quando possível. Todos os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) devem ser utilizados, assim como todos requisitos para biossegurança. Todo lixo contaminado produzido no local do atendimento deve ser transportado para o Hospital Odontológico em saco plástico branco leitoso, onde será recolhido pelo serviço de coleta especial da localidade. Em nenhuma hipótese (independentemente do tipo do resíduo, comum ou contaminado) deve ficar no domicílio.

Entre as limitações do atendimento odontológico domiciliar está a dificuldade do posicionamento do profissional e também do paciente, onde não há ergonomia, o que pode acarretar a fadiga do cirurgião-dentista durante procedimentos demorados, provocando problemas posturais. Outra limitação é a barreira legal imposta ao uso de equipamentos de raio X, pois emitem radiação ionizante. O exame radiográfico é uma importante ferramenta diagnóstica e de planejamento na odontologia, e a sua restrição no ambiente domiciliar é um prejuízo no atendimento.

Conhecendo então o cenário do atendimento domiciliar, faremos o relato de um caso clínico vivenciado no SAD de Uberlândia/MG. Paciente J.F.M, 58 anos, sexo masculino, vítima de TCE (Traumatismo Crânio Encefálico) grave após um assalto, e foi

admitido no Hospital de Clínicas de Uberlândia, ficando hospitalizado por 18 meses. Durante a internação, passou por UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e enfermaria, foi traqueostomizado e gastrostomizado, e mesmo após melhora do quadro clínico, sofria infecções recorrentes, com febre intermitente, assim foram realizados vários tratamentos com antibióticos diferentes, mas a febre não cessava.

Além da febre, o paciente apresentava uma lesão em lábio inferior, e segundo análise feita em seu prontuário, foi prescrito uso tópico de Nistatina e um pedido de parecer clínico para a Dermatologia, que manteve a conduta do uso tópico do antifúngico. Durante toda internação, nenhum cirurgião-dentista avaliou o paciente, e nenhum pedido de parecer clínico para a Odontologia foi solicitado pela equipe médica para realizar essa avaliação. Devido ao longo período de internação e as infecções recorrentes, além dos exames de rotina, foi solicitado um exame complementar de cultura específica para direcionar o tratamento para um diagnóstico preciso, e no resultado, foi apontado a presença da bactéria *Staphylococcus aureus*.

Após a desospitalização do paciente, o mesmo foi admitido pelo SAD, e no terceiro dia no serviço, foi recebido a visita da equipe multiprofissional com a presença dos residentes da Odontologia (Figura 1). Na avaliação, anamnese e exame clínico, foi observada extensa lesão em lábio inferior, provocada por trauma do Canino superior, além de dentes em péssimo estado, com muita placa dental (biofilme), cáries e periodontite avançada. (Figura 2). Na mesma sessão, realizou-se higiene bucal com hidratação labial com gaze e cloreto de sódio 0,9% para remoção de crostas provenientes de ressecamento, e higiene da cavidade oral com gaze, escova de dentes e clorexidina aquosa 0,12% (Figura 3), além da orientação de higiene bucal para os cuidadores.



Figura 1. Primeira visita domiciliar, realizada anamnese, exame clínico e higiene bucal.



Figura 2. Aspecto bucal na primeira consulta, antes da higiene oral.



Figura 3. Aspecto bucal na primeira consulta, após higiene bucal.

Foi realizado então um plano de tratamento, com indicação de exodontia total, e um pedido de parecer médico para realização do procedimento odontológico em domicílio. Todo planejamento foi discutido multiprofissionalmente com a equipe do SAD (enfermeiros, médicos, dentistas, fisioterapeutas, nutricionista e técnicos de enfermagem). A cirurgia para exodontia foi realizada em domicílio, na mesma semana da primeira consulta, por duas cirurgiãs-dentistas residentes do programa de residência multiprofissional, acompanhadas por alunos da graduação em Odontologia vinculados ao projeto de extensão, e membros da equipe multiprofissional do SAD (Figura 4).

A mesa clínica foi montada em uma cama do lado do leito do paciente, sempre com o cuidado de manter todo material sem contaminação (Figura 5). Para auxílio no procedimento, foi utilizado afastador de lábio de borracha, abridor de boca e lanterna de celular. Realizada então a exodontia dos dentes 15, 14, 13, 12, 23, 24, 27 e raízes residuais 21 e 22. (Figura 7), e sutura (Figura 8). O procedimento foi realizado sem intercorrências, dentro do planejado, e seguindo todas as normas de biossegurança, com uso de capotes estéreis e materiais de qualidade. Em seguida, foi dada todas as recomendações pós-operatórias e de higiene bucal para os cuidadores do paciente, e prescrição de antibióticoterapia e analgésico.



Figura 4. Equipe durante o tratamento odontológico no domicílio do paciente



Figura 5. Mesa clínica montada sob a cama do lado do leito do paciente.



Figura 6. Exodontia dos dentes 15, 14, 13, 12, 23, 24, 27 e raízes residuais 21 e 22.



Figura 7. Fotografia ao final da exodontia total, e o uso do afastador.

Após 7 dias do procedimento cirúrgico, foi realizada nova visita do cirurgião-dentista para remoção de sutura, avaliação pós-operatória, constatando boa cicatrização gengival e do lábio inferior, e boa evolução clínica do paciente, que não apresentou mais febre (Figura 8). A equipe multiprofissional continuou as visitas domiciliares, e eventualmente era acompanhada por um cirurgião-dentista, para observar a regressão da lesão no lábio, que foi curada (Figura 9).

Segundo prontuário médico, após o tratamento odontológico houve uma melhora significativa da saúde geral do paciente, com cessar da febre recorrente desde o período que estava internado no hospital. Posteriormente a melhora do quadro, o paciente foi transferido do SAD para o programa Melhor em Casa, admitido e acompanhado pela Prefeitura Municipal de Uberlândia, e segue em bom estado geral.

Além da melhora do estado geral de saúde do paciente, da sua saúde bucal e sua qualidade de vida, há outro impacto significativo: o resultado econômico, do que foi gasto em sua internação no HC UFU e o custo atual na AD. De acordo com informações contidas no sistema de faturamento no prontuário médico, no período em que o paciente ficou internado no HC, foi gasto um total de R\$36.144,09, incluso diárias em UTI, enfermarias, medicações, assistência fisioterapêutica, exames, cirurgias, procedimentos e

assistência de nutrição enteral. Nos últimos dois meses de internação, quando ainda apresentava febres recorrentes, foram administrados antibióticos de alto custo, como Meropenem, que em média custa R\$400,00 por dia de tratamento. Atualmente na AD, o custo mensal é em média de R\$30,00.

Portanto, a presença do cirurgião-dentista no serviço de atendimento domiciliar se mostra fundamental para a saúde geral e oral dos pacientes. A resolução e o sucesso deste caso clínico se devem principalmente pela interação de uma equipe multiprofissional completa, que tem o intuito de promover saúde, bem-estar, qualidade de vida, autoestima dos pacientes, cuidadores e familiares assistidos pelo SAD, e com uma atuação em conjunto a Odontologia, oferece prevenção e promoção à saúde bucal.



Figura 8. Sete dias de pós-operatório, após remoção de sutura, evidenciando rebordo em boa evolução e com o lábio em cicatrização, e lesão diminuída.



Figura 9. Fotografia final, com o lábio cicatrizado, sem lesão.

DISCUSSÃO

Todo ser humano necessita de cuidados com a saúde, independentemente da idade ou condição. O paciente que está sob cuidados especiais, sobretudo, dentro da atenção domiciliar, precisa de cuidados redobrados devido ao seu estado de saúde, e, além disso, uma área importante que necessita de prevenção e tratamento frequente é a saúde bucal, uma vez que a cavidade oral é uma porta de entrada de microrganismos e bactérias, podendo provocar ou potencializar infecções. A odontologia além de realizar tratamentos restauradores e reabilitadores com restaurações e próteses, também atua na prevenção de doenças, com orientações de higiene bucal e escovação supervisionada, além de realizar procedimentos de urgência para alívio da dor.

A maior parte dos pacientes assistidos pelo SAD são dependentes, possuem limitações, e têm dificuldade de locomoção, o que torna extremamente difícil os cuidados com higiene bucal, sempre necessitando do auxílio de um membro da família ou cuidador. Outra dificuldade encontrada é em relação a consulta e o tratamento odontológico, pois há uma falta de especialistas que atendam essa demanda, uma vez que há poucos Odontogeriatras e especialistas em Pacientes com Necessidades Especiais. No estudo de

Vieira et al. 2016²⁹ revelou que 51% dos pacientes assistidos pelo Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar do Hospital Naval apresentavam necessidade de algum tipo de intervenção odontológica, assim, o autor conclui que o tratamento odontológico é um dos aspectos a ser considerado no atendimento domiciliar.

Considerando essas dificuldades, uma alternativa é a incorporação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional da assistência domiciliar. Assim como acontece nas consultas médicas, fisioterapia, atendimento nutricional e procedimentos de enfermagem, o odontólogo também pode atender os pacientes em domicílio, pois além de facilitar a logística, otimiza-se a saúde do paciente, evitando que ele saia de casa, previne as possíveis quedas, e contaminação com alguma bactéria ou infecção³³.

Levando em consideração o tratamento do paciente de forma integral, é importante a presença de uma equipe multiprofissional completa e, fundamentalmente, a presença do cirurgião-dentista junto a essa equipe de atendimento domiciliar, o que não acontece na maioria dos programas³⁴.

Segundo Shinkai, 2000²⁴, a ausência de um odontólogo pode provocar consequências ruins ao paciente e também a família, pois tem-se o risco de desenvolver doenças bucais tais como a cárie, doença periodontal (gingivite e periodontite), abscessos, candidíase, mucosite, aftas, e outras infecções, podendo provocar uma piora da saúde geral do indivíduo. Como exemplo o relato do caso clínico desse estudo, a atuação do cirurgião-dentista foi essencial para a melhora no quadro de saúde do paciente, que já havia passado por diversos tratamentos médicos, mas sem resultados expressivos. Somente após o tratamento odontológico o paciente recuperou-se da infecção, curou a lesão do lábio e ficou em bom estado geral de saúde. Portanto, tendo em vista a sobrevivência dos pacientes, a presença do Cirurgião-dentista é fundamental.

De acordo com Carli, 2006³⁵, o atendimento odontológico em domicílio é uma alternativa viável do ponto de vista técnico e legal e tem se mostrado de grande utilidade no atendimento aos pacientes com necessidades especiais. A inserção do dentista na equipe multiprofissional é possível e necessária, tendo em vista a importância da saúde bucal para o bem-estar geral do paciente assistido em seu domicílio. Ainda segundo Carli, existe o anseio de uma maior atuação da Odontologia no atendimento domiciliar em função de fatores que têm gerado um aumento do número de indivíduos que necessitam desse serviço.

Para um atendimento adequado e obter sucesso no tratamento a nível domiciliar, o cirurgião-dentista precisa estar proficiente e preparado para possíveis situações em que o paciente possa se encontrar, porque uma percepção dos sinais e sintomas de doenças na cavidade bucal devem ser diagnosticados pelo dentista, com o objetivo de realizar o tratamento de forma competente e menos traumática possível para o paciente.³⁶ Durante a avaliação, anamnese e plano de tratamento odontológico, são importantes não só os fatores bucais, mas, principalmente os fatores sistêmicos do paciente.

Segundo Bizerril et al. 2015³², é evidente que a presença do cirurgião-dentista na visita domiciliar ainda não está completamente inserida junto às atividades da equipe de saúde bucal da estratégia de saúde da família, no entanto, revela que toda a equipe de saúde bucal deve inserir a sua rotina a implantação de um vínculo mais efetivo entre a equipe e a comunidade assistida, tendo como resultado uma maior humanização da atenção e do cuidado em saúde bucal, considerando que a visita domiciliar proporciona o princípio de equidade a uma parte da população distanciada da odontologia tradicional, identificando e admitindo suas diferenças.

Há relatos na literatura que uma saúde bucal insatisfatória é um grande fator de risco para contaminações, pois pode haver a aspiração de bactérias presentes na cavidade bucal alojadas no biofilme dental, associadas à dificuldade de deglutição, promovendo a contaminação do trato respiratório inferior, e provocando pneumonias aspirativas³⁷. Miranda 2010 e Almeida 2006 também relatam a frequência de aspiração de bactérias presentes na cavidade oral, como biofilme e saburra lingual, em direção à orofaringe^{38,39}. Em idosos que utilizam próteses, essa condição sistêmica é bastante comum, por não conseguirem realizar uma correta higienização das próteses, consequentemente contribui para a maior acúmulo e formação do biofilme nas próteses, que acaba sendo aspirado⁴⁰.

Desta maneira, é de fundamental importância a manutenção da saúde bucal desses pacientes, com o intuito de diminuir ou eliminar essas colônias microbianas presentes na cavidade oral e relacionados com os agentes etiológicos da pneumonia. Portanto, há necessidade de políticas preventivas e de orientações em saúde e higienização bucal, lingual e das próteses para os familiares e cuidadores desses pacientes³⁸. No caso clínico exposto neste trabalho, fica evidente que a bactéria causadora da infecção é a *Staphylococcus aureus*, detectada a partir do exame de culturas realizado

durante sua internação no Hospital, e a melhora do quando clínico só acontece após a intervenção do Cirurgião-dentista. Em relação ao seu custo-efetividade, é evidente a importância do profissional em todas as equipes, pois a ausência dele pode trazer consequências ruins aos pacientes e familiares. Equipes que não contam com a participação do dentista estão expostas a riscos, dificuldades de diagnóstico, e tratamento incompleto dos pacientes.

Portanto, é indispensável a participação do profissional de Odontologia no serviço de atendimento domiciliar, não só no acompanhamento e gerenciamento da higiene bucal como também no tratamento nas áreas preventivas, restauradoras e reabilitadoras^{39,41}.

CONCLUSÃO

Através da experiência vivenciada, observou-se a necessidade da atuação constante do cirurgião-dentista no ambiente domiciliar, inserido na equipe multiprofissional atuante no SAD. Foi possível vivenciar a interdisciplinaridade do cuidado no domicílio, a partir da atuação de diferentes profissões, ressaltando a importância do cirurgião-dentista, e as dificuldades e obstáculos encontrados ao realizar um atendimento fora do ambiente hospitalar ou de um consultório odontológico.

As visitas possibilitaram ainda, visualizar a importância de o profissional ir ao encontro do paciente, o oposto que acontece nas consultas tradicionais, onde o paciente procura o consultório odontológico. Pode-se compreender ainda, a relevância das orientações de higiene e cuidados básicos, o incentivo ao autocuidado de pacientes e cuidadores, humanização da atenção e fortalecimento do vínculo profissional/família, promovendo qualidade de vida para os envolvidos.

Além disso, para que se obtenha sucesso no atendimento domiciliar, o cirurgião-dentista deve estar cientificamente preparado e tecnicamente qualificado para o atendimento, a ser realizado após um minucioso planejamento. Há necessidade de realizar estudos e pesquisas relacionadas as principais enfermidades presentes nos pacientes, para que o plano de tratamento seja executado de maneira individualizada e multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>.
2. Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP, Baldisserotto J. Suporte social, promoção da saúde e saúde bucal na população idosa do Brasil. *Interface* 2006;10(19):203-16.
3. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*. 1987; v.21, n.3, p.200-10.
4. Wener, CW, Saunder MJ, Paunovich E. Odontologia geriátrica. *Rev. Fac Odont Lins*. 1998; v.11, n.1, p.62-70.
5. Rocha DA, Franco MA. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(1):181-9.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003;3(1):113-25.
7. Velasco E, Machuca G, Martinez-Sahuquillo A, Rios V, Lacalle J, Bullon P. Dental health among institutionalized psychiatric patients in Spain. *Spec Care Dentist*. 1997;17(6):203-6.
8. Whyman RA, Treasure ET, Brown RH, MacFadyen EE. The oral health of long-term residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill. *N Z Dent J* 1995;91(404):49-56.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 2 v.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.*
11. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(3):180-8.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União, Brasília, DF. 26 de Abril de 2016. Seção 1. p. 33.*
13. Barros GB, Cruz JPP, Santos AM, Rodrigues AAAO, Bastos KF. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. *Rev Saúde Com* 2006;2(1):127-34.

14. Braga EC, Sinatra LS, Carvalho DR, Cruvinel VR, Miranda AF, Montenegro FLB. Intervenção odontológica domiciliar em paciente idoso cego institucionalizado: relato de caso. *Rev Paul Odontol* 2011;33(2):17-22.
15. Departamento de Atenção Básica (DAB). Ministério da Saúde. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_emap.php> acessado em 10/01/2019.
16. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 2010.
17. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(1):166-76.
18. Matos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):373-82.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica; 2007. 192 p.
20. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):861-6.
21. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saúde Pública* 2008;24(9):2131-40.
22. Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad Saúde Pública* 2006;22(8):1629-38.
23. Mesas AE, Trelha CS, Azevedo MJ. Saúde bucal de idosos restritos ao domicílio: estudo descritivo de uma demanda interdisciplinar. *Physis* 2008;18(1):61-75.
24. Shinkai RSA, Del Bel Cury AA. O Papel da Odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad Saúde Pública* 2000;16(4):1099-109.
25. Barbosa ACAS, Araújo TCCF. Pré-consulta e consulta na prática assistencial hospitalar. *Mudanças* 2006;14(2):205-14.
26. Ribeiro MTF et al. A participação do dentista nos cuidados paliativos de pacientes terminais: *Correio ABO- Janeiro-2006*, p 20-1.
27. Rocha DA, Miranda AF. Atendimento Odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade a prática multidisciplinar. *Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2013; 16(1).
28. Tedeschi-Oliveira SV, Melani RFH. Atendimento odontológico domiciliar: considerações Éticas. *Rev Uningá* 2007; 14:117-28.

29. VIEIRA, Roberta C. Fuster et al. Atendimento odontológico domiciliar ao idoso e a necessidade de tratamento endodôntico. Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 73, n. 1, p. 9-13, jan./mar. 2016.
30. Maciel JAC, Almeida AS, Menezes AKA, Oliveira Filho IL, Teixeira AKM, Castro-Silva II et al. Quando a saúde bucal bate à porta: protocolo para a atenção domiciliar em odontologia. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 29(4): 614-620, out./dez., 2016.
31. Tedeschi-Oliveira, SV; Melani, RFH. Atendimento Odontológico Domiciliar: considerações éticas. Revista UNINGÁ, Maringá – PR, n.14, p.117-128, out./dez. 2007
32. Bizerril DO, Saldanha KGH, Silva JP, Almeida JRS, Almeida MEL. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2015 Out-Dez; 10(37):1-8.
33. Miranda, AF; Rocha DA. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. Rev. BRas. GeRiatR. GeRontol., Rio de Janeiro, 2013; 16(1):181-189.
34. Mendes VLF, Molini-Avejonas DR, Ribeiro A, Souza LAP. A construção coletiva de um guia para cuidadores de pacientes acamados: relato de experiência. J Soc Bras Fonoaudiol. 2011;23(3):281-7.
35. Carli, JV. Atendimento domiciliário em Odontogeriatrics. Monografia apresentada a UNICAMP/FOP Piracicaba, 2006.
36. Arcuri PM, Ramos NB, Scabar LF. Pacientes geriátricos do Brasil. Rev Inst. Ciênc Saúde 2006;24(1):43-5.
37. Doro GM, Fialho LM, Losekann M, Pfeiff DN. Projeto “Odontologia Hospitalar”. Rev ABENO 2001;6(1):49-53.
38. Miranda AF, Miranda MPAF, Lia EM, Leal SC. Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. RGO 2010;58(1):1-9.
39. Almeida RF, Pinho MM, Lima C, Faria I, Santos P, Bordalo C. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. Rev Port Clin Geral 2006;22:379-90.
40. Oliveira AG; Reis SMAS; Paula AR, Carvalho TA. A integração odontologia no programa de assistência domiciliar (PAD): uma retrospectiva. Em extensão,2010; 9(1): 154-162.
41. Miranda AF, Montenegro FLB. O cirurgião dentista como parte integrante da equipe multidisciplinar direcionada a população idosa dependente no ambiente domiciliar.Rev Paul Odonto , 2009;8(4):15-19.

