



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



MATHEUS SILVA CLEMENTE

**REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE EM
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR:
RELATO DE CASO**

UBERLÂNDIA

2019

MATHEUS SILVA CLEMENTE

**REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE EM
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR:
RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado a Faculdade de
Odontologia da UFU, como requisito
parcial para obtenção do título de
Graduado em Odontologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Andréa Gomes
de Oliveira

UBERLÂNDIA

2019



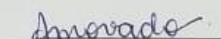
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

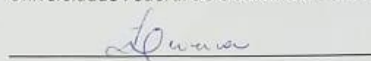
ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Matheus Silva Clemente** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

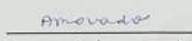
No dia **30 de maio de 2019**, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo(a) aluno(a) **Matheus Silva Clemente**, COM O TÍTULO: **"REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: RELATO DE CASO"**. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo se encontra em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

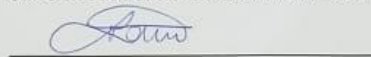
Uberlândia, 30 de maio de 2019.


Profª. Drª. Andréa Gomes de Oliveira
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

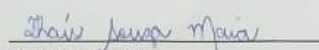

Aprovado/Reprovado

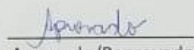

Profª. Drª. Fabiana Sodré de Oliveira
Universidade Federal de Uberlândia – UFU


Aprovado/Reprovado


Profª. Drª. Karla Zancopé
Universidade Federal de Uberlândia – UFU


Aprovado/Reprovado


Thaís Souza Maia
Aluno(a) de doutorado – PPGO/UFU


Aprovado/Reprovado

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, por sua benção e proteção;

Aos meus pais por serem minha base e minhas maiores referências;

A todos meus amigos, em especial aos da turma 80;

Aos professores pelos conhecimentos transmitidos;

A minha orientadora pela sua constante colaboração, dedicação e valiosa instrução neste trabalho.

A Faculdade de Odontologia da Universidade federal de Uberlândia (FOUFU), ao Laboratório de prótese do Hospital Odontológico da UFU, aos professores tutores e as equipes multiprofissionais envolvidas no programa.

“Algo só é impossível até que alguém
duvide e resolva provar ao contrário.”

Albert Einstein

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	9
INTRODUÇÃO	10
RELATO DE CASO	12
DISCUSSÃO	16
CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS	20

REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: RELATO DE CASO

ORAL REHABILITATION OF PATIENT IN HOME CARE SERVICE: CASE REPORT

Matheus Silva CLEMENTE¹; Andréa Gomes de OLIVEIRA²

1 – Graduando em Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia.

2 – Profª. Associada da Área de Prótese Removível e Materiais Odontológicos da Faculdade de Odontologia – UFU. Doutora em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP;

RESUMO

Os programas que visam o atendimento domiciliar surgiram com a intenção de desospitalizar pacientes com doenças crônicas oferecendo-lhes a oportunidade de serem tratados em suas residências além de disponibilizarem os leitos hospitalares. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia possui o Serviço de Assistência Domiciliar, através do qual, equipes multiprofissionais trabalham juntas para proporcionarem o melhor atendimento em domicílio. A Faculdade de Odontologia desta Universidade integra-se ao programa e conta com o envolvimento de docentes, residentes e discentes do curso para proporcionar tratamentos nas áreas preventiva, curativa e reabilitadora. Este trabalho tem como objetivo reabilitar uma paciente em ambiente domiciliar. Um relato de caso é apresentado, mostrando que a paciente portadora de doença de Chagas, doença pulmonar obstrutiva crônica e dependente de oxigenoterapia se encontrava impossibilitada de comparecer às consultas no

Hospital Odontológico. A existência do programa possibilitou uma reabilitação oral eficaz e integral em ambiente domiciliar.

Palavras chave: Visita domiciliar; Doença de Chagas; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Oxigenoterapia; Reabilitação.

ABSTRACT

The programs that aim at home care came with the intention of de-hospitalizing patients with chronic diseases offering them the opportunity to be treated in their residences besides making the hospital beds available. The Clinical Hospital of the Federal University of Uberlândia has the Home Care Service, through which multiprofessional teams work together to provide the best care at home. The Faculty of Dentistry of this University integrates with the program and counts on the involvement of teachers, residents and students of the course to provide treatments in the areas of preventive, curative and rehabilitation. This study aims to rehabilitate a patient in a home environment. A case report is presented, showing that the patient with Chagas' disease, chronic obstructive pulmonary disease and dependent on oxygen therapy, was unable to attend consultations at the Odontological Hospital. The existence of the program enabled an effective and complete oral rehabilitation in the home environment.

Keywords: House Calls; Chagas Disease; Pulmonary Disease; Oxygen Inhalation Therapy; Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

Os programas que visam o atendimento domiciliar surgiram com a intenção de desospitalizar pacientes com doenças crônicas oferecendo-lhes a oportunidade de serem tratados em suas residências, além de aumentar o número de leitos disponíveis em hospitais. Estes serviços surgiram na década de 1960 e se expandiram a partir da década de 1990¹.

O Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) conta com o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD), criado em 1996, através do qual, equipes multiprofissionais trabalham para proporcionarem o melhor atendimento em domicílio. A Faculdade de Odontologia aderiu ao programa em 2006. Docentes, residentes e discentes do curso de Odontologia atuam no programa para proporcionarem tratamentos nas áreas preventiva, curativa e reabilitadora. A partir de 2013, o serviço passou a integrar o Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde visando também proporcionar a desospitalização hospitalar e favorecer o atendimento domiciliar².

O Programa Melhor em Casa estrutura a assistência domiciliar em três níveis:

- Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1): Pacientes crônicos de baixa complexidade, que deveriam ser acompanhados uma vez ao mês por profissionais das unidades básicas da RAB, Rede de Atenção Básica³.
- Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2): Pacientes de média complexidade, necessitando acompanhamento semanal do SAD³.
- Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3): Pacientes de maior complexidade e necessidades, recebendo assistência do SAD com maior frequência³.

No ano de 2018, o SAD-HCU-UFU atendeu cerca de 120 pacientes domiciliares e 220 pacientes usuários de oxigênio com atendimento domiciliar e ambulatorial. O serviço funciona diariamente sem interrupção².

O atendimento a domicílio traz inúmeras vantagens tanto ao hospital, por liberar novos leitos e reduzir gastos com a hotelaria hospitalar, como para o paciente, fazendo com que ele fique mais próximo dos seus familiares, o que interfere diretamente no seu bem estar emocional e também diminui os riscos de infecções hospitalares⁴.

As visitas domiciliares realizadas pelo SAD buscam avaliar o grau de dependência do paciente e a competência do responsável para o cuidado necessário, condições preliminares para a admissão no programa, bem como a atribuição de acompanhar a pessoa dependente de cuidados, até alcançar a saída do programa, seja por cura, internação hospitalar ou por morte³. O aspecto psicológico do paciente deve ser levado em consideração em todas as visitas, inclusive na odontológica, portanto, o profissional da odontologia deve estar sempre disposto a ouvir e acolher seu paciente em um ambiente domiciliar. O objetivo deste trabalho é apresentar a reabilitação oral de uma paciente em ambiente doméstico, demonstrando a eficiência do processo reabilitador.

RELATO DE CASO

Paciente de sexo feminino, leucoderma, 79 anos de idade, com doença de Chagas e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), dependente integral de oxigenoterapia e edêntula total, necessitava de próteses totais removíveis bimaxilares, possuindo rebordos favoráveis para sua confecção (Figura 1 e 2).



FIG. 1: Rebordo Maxilar – Fonte: Autor



FIG. 2: Rebordo Mandibular – Fonte: Autor

A grande dependência da oxigenoterapia impossibilitava a paciente de comparecer aos atendimentos na clínica odontológica da UFU, justificando a necessidade do tratamento

domiciliar. Foram realizadas visitas quinzenais, com a participação do docente tutor e dois discentes. Todos os materiais foram fornecidos pelo Hospital Odontológico e transportados em maletas de fácil manuseio (Figura 3). O transporte foi disponibilizado pela Faculdade de Odontologia-UFU.



FIG. 3: Maletas utilizadas nas visitas – Fonte: Autor

Foram realizadas oito visitas domiciliares, sendo a primeira em 22 de setembro de 2017 na qual se realizou a anamnese e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi assinado pela responsável da paciente (Anexo 2).

Realizados os exames prévios (anamnese, clínico), seguiu-se o planejamento convencional para próteses totais removíveis: moldagem de estudo superior e inferior, com moldeiras de estoque HDR para pacientes desdentados, cera utilidade (ASFER Indústria Química Ltda., São Caetano do Sul, SP, Brasil) e alginato (Algi-gel Tipo II – Maquira Indústria de Produtos Odontológicos S.A., Maringá, PR, Brasil). A partir dos modelos anatômicos as moldeiras individuais foram confeccionadas com resina acrílica autopolimerizável (Clássico® - Artigos Odontológicos Clássico Ltda., São Paulo, SP, Brasil). Procedeu-se a moldagem funcional com pasta zincoenólica (Lysanda® - Lysanda Prod. Odontológicos Ltda., São Paulo, SP, Brasil). Os modelos funcionais foram obtidos e, a partir

destes confeccionadas as bases de prova com seus respectivos planos de orientação e roletes de cera.

As bases de prova foram levadas a boca da paciente e os planos de cera foram ajustados examinando o plano de oclusão, altura e suporte labial, corredor bucal, as curvas de Spee e de Wilson e foram registradas as relações intermaxilares (Dimensão Vertical de Oclusão e Relação de Oclusão Cêntrica) solicitando que a paciente ocluisse sem manipulação mandibular. As linhas do sorriso, linha média e de caninos foram registradas e os dentes foram selecionados, sendo estes de cor 69 e formato 3P (VipDent Plus ®).



FIG. 4: Determinação da Dimensão Vertical de Oclusão – Fonte: Autor

Concluída a montagem dos dentes pelo laboratório de prótese da Universidade Federal de Uberlândia, efetuou-se a avaliação funcional dos dentes. No dia 15 de junho de 2018 realizou-se a instalação das próteses removíveis totais (Figura 5). Foi realizado acabamentos

na base removendo arestas cortantes, com o cuidado para que as bordas das próteses ficassem confortáveis aos tecidos orais. As orientações necessárias quanto ao uso e cuidados com as mesmas foram passadas à paciente e sua filha, responsável pelos cuidados diários com a mãe. Foram realizadas duas sessões posteriores para controle protético e, após estas, a paciente recebeu alta definitiva.



FIG. 5: Instalação das próteses totais superior e inferior – Fonte: Autor

DISCUSSÃO

A DPOC representa um importante problema de saúde. Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), esta doença ocupa o quinto lugar dentre as principais causas de morte no Brasil. É caracterizada por limitação persistente do fluxo aéreo associada à resposta inflamatória crônica das vias aéreas e destruição do parênquima pulmonar. Cerca de 290 mil pacientes são internados anualmente e infelizmente, a história da doença é progressiva e irreversível depois que ocorrerem lesões no parênquima pulmonar^{5,6}.

O presente caso traz uma paciente vítima desta doença, fato que torna sua qualidade de vida prejudicada com a diminuição da tolerância a exercícios físicos e perda de força dos músculos respiratórios, uma vez que causa um processo inflamatório na musculatura esquelética, hipertrofiando a fibra e causando intolerância aos exercícios físicos. A cessação do tabagismo é o melhor caminho na busca pela melhoria da qualidade de vida do doente. Existe uma gama de medicamentos utilizados no tratamento e nas crises de agudização, dentre eles corticóides e broncodilatadores. São ainda utilizados antibióticos nas complicações infecciosas e oxigenioterapia, incluindo máscaras de O₂, método terapêutico utilizado pela paciente em questão⁶. A paciente relatou ter sido fumante de cigarro de palha por 65 anos e no início do tratamento reabilitador havia deixado de fumar há 1 ano e 5 meses.

A paciente em questão nasceu e cresceu na zona rural de uma pequena cidade, possuía grande dificuldade financeira e não detinha fácil acesso às informações de saúde, fatores que contribuíram para seu desconhecimento quanto aos males que o cigarro provoca. Além disso, as condições precárias de moradia, na maior parte de seu tempo de vida, favoreceram a presença do *Triatoma infestans*, popularmente conhecido como barbeiro, hospedeiro que transmite a doença de Chagas, da qual ela também possui. A doença de Chagas representa

uma condição infecciosa (com fase aguda ou crônica) classificada como enfermidade negligenciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). É resultante da pobreza humana e apresenta elevada carga de morbimortalidade em países endêmicos, incluindo o Brasil. A OMS estima em aproximadamente 6 a 7 milhões o número de pessoas infectadas em todo o mundo, sendo a maioria na América Latina⁷.

A sintomatologia de fase aguda apresentada após a infecção é caracterizada por cefaléia, edema de face e febre prolongada. Devido a essa sintomatologia pouco específica, o diagnóstico precoce torna-se difícil, sendo a doença comumente confundida com outras disfunções. Em sua fase crônica, o paciente pode apresentar: megacólon, cardiomegalia e megaesôfago⁸.

A Doença de Chagas não possui cura. O tratamento consiste na administração de fármacos que não conseguem eliminar a infecção pelo *Trypanosoma cruzi* e promover a cura definitiva da moléstia, apresentando apenas efeitos supressivos⁸.

A paciente deste caso também sofria com o edentulismo. No Brasil, infelizmente, este grande problema de saúde pública ainda é aceito como fenômeno natural do envelhecimento pela população. A perda dentária é o reflexo da falta de prevenção, de informação e, conseqüentemente, de cuidados com a higiene bucal, que deveriam ser destinados à população adulta, possibilitando a manutenção dos dentes naturais até idades mais avançadas, de forma funcional e saudável⁹.

Por meio das visitas observando a realidade da paciente, foi reconhecido seus problemas e suas necessidades de saúde. Sua qualidade de vida se encontrava comprometida devido às alterações sistêmicas crônicas, e por não utilizar próteses, fator que a privava na alimentação, psicologicamente e socialmente. A reabilitação oral por meio de próteses pode ter um efeito positivo na autoimagem e no comportamento dos pacientes, pois ao restabelecer

de maneira adequada a estética e a função mastigatória, contribui para uma melhora na interação social¹.

Mesmo com as limitações acarretadas por suas alterações sistêmicas, a paciente realizava suas atividades diárias, facilitando seu atendimento, uma vez que detinha controle motor para auxiliar nas consultas. No atendimento odontológico domiciliar ocorre a adaptação ao ambiente disponibilizado pelo paciente. É necessário ajustar-se criativamente ao espaço e ao mobiliário presente. Em todas as etapas a paciente permanecia sentada em seu sofá, algo que não prejudicou a execução dos procedimentos. Durante a avaliação funcional dos dentes artificiais se mostrava otimista em relação às futuras próteses. No dia da instalação do aparelho reabilitador, se encontrava satisfeita e feliz com o resultado obtido.

Segundo Paskulin et al⁴, o atendimento domiciliar pode conceder um contato mais estreito dos profissionais com o paciente e seus familiares, podendo este momento ser útil para avaliação das condições que o cercam, por vezes, de grande importância para o sucesso do acompanhamento. Esta aproximação trouxe vantagens ao nosso caso clínico, pois a paciente encontrava-se a vontade e com menos receio do tratamento. Sempre se apresentava muito receptiva e sorridente alegando gostar das “visitas dos dentistas”, pois assim, “teria com quem conversar”, já que seus familiares permaneciam ausentes por longos períodos do dia.

Logo, as visitas além de proporcionarem a reabilitação oral, também serviram como momentos de descontração para a paciente, reafirmando o quão importante é a necessidade do aumento nos números de atendimentos odontológicos a domicílio. A disseminação deste serviço pelo país pode promover tratamento e bem-estar aos pacientes, sendo de extrema importância que as equipes de atendimento domiciliar sejam atenciosas procurando conhecer a realidade do paciente, oferecendo-lhe uma atenção direcionada às suas necessidades individuais.

CONCLUSÃO

O atendimento domiciliar possibilitou a reabilitação oral protética eficaz e integral à paciente, com alterações sistêmicas que a impediam de comparecer às consultas no Hospital Odontológico. Logo, as próteses totais melhoraram sua qualidade de vida uma vez que restabeleceram função mastigatória, estética e fonética acarretando sua reintegração social.

REFERÊNCIAS

- ¹Silva KL, Roseni RS, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública* 2010; 44 (1): 166-76.
- ²Alvarenga C. Serviço de atenção domiciliar do HC-UFU recebe prêmio nacional. Comunica UFU, 2015. Disponível em:<<http://www.comunica.ufu.br/noticia/2015/11/servico-de-atencao-domiciliar-do-hcu-ufu-recebe-premio-nacional>>.
- ³Pozzoli SML, Cecílio LCO. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. *Rev Saúde em debate* 2017; 41 (115): 1116-1129.
- ⁴Lacerda M.R, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Rev Saúde e sociedade* 2006; 15 (2): 88-95.
- ⁵Betolaza S, Correa S, González M, Spiess C, Perera P, Algorta S, Gramajo A, Ortega C, Goni M. Estudio descriptivo de una población de pacientes EPOC asistidos en el Hospital Pasteur: severidad e impacto en la vida diaria. *Rev Urug Med interna* 2018; 2 (3): 13-21.
- ⁶Laizo A. Doença pulmonar obstrutiva crônica. *Rev Port de Pneumol* 2009; 15 (6): 1157-66.
- ⁷Dias JCP et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas. *Epidemiol Serv Saúde* 2016; 25 (3): 7-86.
- ⁸Monteiro ACB, Dorigatti DH, Rodrigues AG, Silva JBM. Doença de Chagas: uma enfermidade descoberta por um brasileiro. *Rev Saúde em Foco* 2015; 7 (1): 65-76.
- ⁹Agostinho ACMG, Campos ML, Silveira JLGC. Edentualismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev Odontol* 2015; 44 (1): 74-79.