

# ODONTOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS: ESTUDO DE CASO

Cariles Silva de Oliveira <sup>1</sup>  
Mestre e Especialista em Gerontologia-Universidade Federal da Paraíba – UFPB  
Especialista em Odontogeriatría, carilessol2008@hotmail.com;  
Cícera Patrícia Daniel Montenegro <sup>2</sup>  
Mestranda do Curso de Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba – UFPB,  
pmontenegro9@gmail.com  
Andrea Márcia da Cunha Lima <sup>3</sup>  
Mestranda do Curso de Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba – UFPB,  
andrealima2006@gmail.com

COMO APRESENTADO NO VI CONGRESSO INTERNACIONAL DO ENVELHECIMENTO HUMANO, JULHO 2019.

## RESUMO

**Introdução:** A presença de patologias incapacitantes tem demandado assistência odontológica para idosos em hospital ou domicílio. Na assistência hospitalar, bem como nas equipes de home care, geralmente a equipe odontológica não está inserida, o que pode trazer complicações da saúde bucal e geral de pacientes dependentes, com risco de vida e prejuízo da qualidade de vida. **Objetivo:** Relatar um caso de assistência odontológica a uma paciente sob cuidados paliativos em ambiente hospitalar. **Método:** Esse artigo descreve um atendimento odontológico a uma idosa portadora de câncer de mama em estado avançado, acamada, sob cuidados paliativos, realizado em um hospital do município de João Pessoa-Paraíba no ano de 2017. A assistência foi prestada à beira do leito, através de equipamentos portáteis e insumos para abertura e estabilização bucal, bem como para realização de procedimentos preventivos e restauradores, visando o adequado manejo da paciente. **Resultado:** A paciente apresentava precário estado de higiene bucal, doença periodontal com presença de infecção e exsudado purulento em toda a gengiva, além de mobilidade dental generalizada. Considerando o quadro sistêmico e a assistência em cuidados paliativos, foram planejadas e realizadas higiene bucal profissional, raspagem supra gengival e esplintagem em ambos os arcos dentais. Todos os recursos equivalentes aos do consultório convencional foram disponibilizados, a fim de prover a assistência de forma segura e eficiente. **Conclusão:** Demandas odontológicas estão presentes em pacientes sob cuidados paliativos. A presença de cirurgiões-dentistas nas equipes interdisciplinares permitirá ações direcionadas à saúde bucal, evitando complicações locais e sistêmicas e queda da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Odontologia geriátrica, Cuidados paliativos, Idoso dependente, Assistência domiciliar.

---

## INTRODUÇÃO

Devido ao acelerado envelhecimento populacional observado no Brasil, com mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico, a velhice se apresenta como fator de risco para várias doenças. Em busca de abordagens terapêuticas pautadas sobretudo na tecnologia, vários idosos tem sido assistidos sob condições inadequadas, permeadas pela despersonalização do indivíduo, instrumentalização das ações e tratamento centrado na doença (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Os cuidados paliativos surgiram como uma abordagem terapêutica centrada no alívio do sofrimento, diante de doenças que ameaçam a vida. Está norteada por princípios em que se busca o alívio impecável da dor, bem como de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Nessa perspectiva, para o enfrentamento da doença, uma equipe interdisciplinar deve estar habilitada para ajudar o paciente e sua família às mudanças impostas pela doença (HERMES; LAMARCA, 2013).

Para Oliva e Miranda (2015), a odontologia deve integrar as equipes de cuidados paliativos, visto que a cavidade bucal pode sediar inúmeros processos patológicos, bem como apresentar efeitos colaterais promovidos por terapêuticas medicamentosas instituídas para o manejo da doença de base. Ademais, a cavidade bucal tem especial importância no bem estar, por estar relacionada à nutrição e à fala, as quais, quando comprometidas levam à queda da qualidade de vida.

A abordagem odontológica em cuidados paliativos visa a manutenção da saúde bucal, através da preservação do periodonto, dentes, restaurações, próteses e implantes, já que a gradativa redução da capacidade funcional, promovida pelo agravamento da doença, pode levar à déficit de autolimpeza pelo idoso. Também deve intervir no alívio da dor quando complicações bucais já estiverem instaladas e instituir ações educacionais junto a cuidadores, familiares e outros profissionais envolvidos com o cuidado bucal.

Esta pesquisa apresenta relevância por contribuir para o aprimoramento da assistência odontológica de idosos, na perspectiva dos cuidados paliativos, cuja área de atuação ainda é pouco difundida entre os profissionais da área. Acredita-se ainda que, ao experienciara aquisição de informações, outros profissionais, originariamente

inseridos nessa filosofia de tratamento, reconhecerão a importância da abordagem odontológica e poderão requisitá-la em prol dos seus assistidos, com vistas à otimização dos cuidados paliativos.

## **METODOLOGIA**

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de avaliação clínica do paciente, revisão do prontuário, estabelecimento de planejamento de tratamento odontológico em acordo com equipe médica, execução dos procedimentos com registro fotográfico e revisão da literatura.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Anamnese**

M.S.O., 79 anos, sexo feminino, estava interna há 20 dias por complicações de uma neoplasia de mama em grau avançado. Era acompanhada por familiares em apartamento, tendo sido solicitada avaliação odontológica devido à percepção de sangramento e mobilidade dental generalizada.

Familiares informaram que a mesma já apresentava metástase em fígado e pulmões, estando sob cuidados paliativos. Usava poli fármacos para controle da dor esonda nasoenteral, via exclusiva para dieta e medicações. A paciente era acompanhada por equipe hospitalar multiprofissional: médica, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista e equipe de enfermagem. Não havia acompanhamento odontológico durante a internação.

Durante a avaliação inicial, observou-se que a paciente estava gemente e desorientada. O quarto exalava odor desagradável de origem indeterminada, estando a paciente com tegumento íntegro, ausente de ferimentos. Foi informado que não era realizada a higiene bucal há cerca de 20 dias.

Foi apresentado pela família vasta documentação de acompanhamento com oncologista, em que constava uso pregresso de bifosfonatos e recomendação expressa quanto ao risco de osteonecrose dos maxilares, diante de procedimentos cirúrgicos odontológicos.

## **Exame Físico**

Ao exame físico, a paciente promoveu vedamento labial excessivo, com recusa ao acesso à cavidade bucal. Através do afastamento labial ativo e utilização de espátulas como abridor de boca, foi conseguida a abertura necessária, bem como estabilização da mandíbula.



**Figura 1 - Recusa ao exame físico odontológico**

Observaram-se precária higiene bucal, presença de crostas de exsudato purulento, com forte odor local, justificado pela família pela ausência de higiene prolongada, além de doença periodontal avançada, com extensa perda óssea alveolar e mobilidade dental em todos os segmentos. Observou-se ainda lesão óssea necrótica na região de molares superiores esquerdos. Familiares alegaram que a higiene bucal foi suspensa por receio de promover maiores complicações à paciente e que tal atribuição foi repassada à família pela equipe de enfermagem hospitalar, qual só realizava a higiene corporal.

## **Diagnóstico**

- Doença periodontal.
- Osteonecrose na região do dente 28 (terceiro molar superior esquerdo), associado ao uso de bifosfonatos.

## **Conduta**

No ato da consulta foram prescritos materiais e insumos específicos para higiene bucal, a fim de promover a retomada desse hábito de cuidado básico pelos familiares, reduzir a contaminação da cavidade, antes dos procedimentos odontológicos e trazer conforto à paciente já há 20 dias sem o devido cuidado básico.

Diante do estado de saúde bucal encontrado, com presença de inflamação e infecção, foi planejado inicialmente a realização de adequação do meio para redução da contaminação local e realização de possíveis intervenções cirúrgicas, visto a existência de perda óssea generalizada, com conseqüente mobilidade.

A médica assistente foi requisitada a fim de emitir parecer sobre o tratamento odontológico, bem como para estabelecer a terapia com antimicrobianos mais adequada considerando o contexto de saúde geral da paciente. Optou-se por uma associação de Ceftriaxona e Clindamicina, intra venoso por sete dias, devido ao comprometimento hepático já instalado.

Estando a paciente já em uso de cobertura antibiótica, foi realizada a sessão para a execução do tratamento. Foram deslocados à unidade hospitalar todos os equipamentos e insumos necessários à prestação da assistência odontológica à beira do leito Fig. 2.



**Figura 2 - Visão dos equipamentos montados**

Inicialmente foi realizada higiene bucal com solução à base de Clorexidinao,12%, embebida em gaze estéril. A paciente durante toda a abordagem se mostrou restritiva, gemente e recusando o procedimento Fig. 3.



**Figura 3 - Higiene bucal prévia e recusa da paciente**

O estabelecimento do plano de tratamento odontológico foi norteado pelos princípios do cuidado paliativo já adotado pela equipe interdisciplinar, sendo criteriosamente formulado a fim de promover alívio de dores, possibilitar retorno das atividades de higiene bucal e melhora da condição de saúde bucal.

Embora houvesse indicação de realização de exodontias múltiplas, devido ao avançado grau de doença periodontal e mobilidade em ambos os arcos dentais, optou-se por preservar os elementos dentários, visto o uso anterior de bisfosfonatos injetáveis e presença de lesão ativa de oateronecrose em região de terceiro molar superior esquerdo. Tal condição aumentava o risco de outras lesões necróticas, mediante novas intervenções cirúrgicas odontológicas, o que traria maior sofrimento à paciente.

Desse modo, a proposta de tratamento contemplou a realização de raspagem e profilaxia profissional Fig4, seguida de esplintagem de ambos os arcos com fita de fibra de vidro INTERLIG impregnada de material restaurador. Essa abordagem conservadora promoveria a estabilização dos elementos dentários para uma segura execução da higiene, através de recursos materiais e insumos indicados pela equipe odontológica, bem como através de orientações fornecidas aos familiares cuidadores.



**Figura 4 - Profilaxia e raspagem com ultrassom**

Devido à extensa exposição radicular de vários dentes, havia previsão de sensibilidade ou dor durante o procedimento de raspagem. Assim, optou-se por fazer anestesia local infiltrativa com uso de anestésico Mepivalen® 3%, sem vasoconstrictor em todos os arcos dentais, utilizando-se para isto, cinco tubetes anestésicos, obtendo-se a analgesia esperada. A raspagem foi realizada com ultrassom odontológico, sendo removido todo o conteúdo purulento e biofilme infectado da cavidade. A cavidade bucal durante toda a intervenção era rigorosamente aspirada, a fim de não promover broncoaspiração de conteúdo contaminado. Não houve abordagem terapêutica junto à lesão de osteonecrose, a qual foi programada para outra sessão.

Seguindo o plano de tratamento, foi realizada a espiantagem dos dentes com grau acentuado de mobilidade e que estavam hígidos ou satisfatoriamente restaurados. Foram utilizados para o procedimento, fibra de vidro INTERLIG, sistema adesivo SINGLE BOND UNIVERSAL e resina composta FILTEK Z350. O objetivo era, por meio de uma contenção, promover estabilidade dental para a realização dos cuidados de higiene, bem como minimizar o risco de acidentes por aspiração/ deglutição de algum elemento dental.

Terminada a raspagem e profilaxia para remoção de biofilme secreções, foi iniciado o desgaste dental em forma de pequenas canaletas em cada elemento dental, a fim de abrigar a fibra de vidro. Em seguida foram realizados o condicionamento ácido

do esmalte dentário, irrigação, secagem e aposição de adesivo, fibra de vidro e resina, conforme preconiza a técnica.

Inicialmente a contenção foi realizada no arco superior e depois no inferior, com segmento se estendendo entre os caninos da maxila e da mandíbula Fig. 5 e 6.



**Figura 5 e 6 - Esplintagem (contenção) em ambos os arcos dentais**

Concluída essa etapa, foi repassado aos familiares orientações quanto à utilização de insumos de higiene após a esplintagem. Foi demonstrada a técnica de escovação dental com escova comum, escova dental bitufo e intertufo e técnica de higiene da língua com limpadores linguais. A paciente em seguida foi liberada para realização de medidas de conforto no leito pela equipe de enfermagem.

Após sete dias, durante a reavaliação ainda em ambiente hospitalar, a paciente se mostrava mais ativa, menos gemente e o quarto não apresentava o odor inicial. Constatou-se que a cuidadora retomou as atividades de higiene bucal com sucesso, seguindo as orientações da equipe odontológica.

## **DISCUSSÃO**

Normalmente o envelhecimento não é indicativo de doença, mas o idoso está sujeito a inúmeros fatores que acabam comprometendo o funcionamento de muitos sistemas fisiológicos, a exemplo da existência de doenças crônicas e polifarmácia (FERNANDES; MARGARETH; MARTINS, 2018).



Decorrente da existência de alguma patologia, o idoso pode apresentar comprometimento da autonomia (auto-governo), envolvendo fatores sociais, econômicos, culturais, com prejuízo da capacidade funcional (independência na vida diária). Esta apresenta conceito amplo e complexo, considerando outros conceitos como deficiência, incapacidade, desvantagem e autonomia, estando sua preservação diretamente ligada ao envelhecimento saudável e ao bem-estar da população idosa. A perda da capacidade funcional está relacionada ao aumento da taxa de mortalidade e tem no seu diagnóstico precoce e prevenção, o novo paradigma do idoso (TRINDADE, et al 2013).

Os cuidados paliativos constituem uma abordagem que tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e familiares, diante de uma doença que compromete a continuidade da vida. Tem como princípios, a prevenção e o alívio do sofrimento nos campos físico, psicológico e espiritual, podendo suas atividades serem desenvolvidas em ambiente ambulatorial, hospitalar e domiciliar. Atualmente se apresenta como uma demanda de saúde pública, visto o progressivo crescimento da população idosa e conseqüente aumento de incidência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (SOUZA, et al 2015).

A fim de permitir uma assistência harmônica para o paciente e sua família, os cuidados paliativos devem ser implementados por equipe multidisciplinar, a qual deve estar preocupada no envolvimento de cuidadores e familiares. Desse modo, os profissionais envolvidos na assistência devem estar imbuídos no estabelecimento de vínculo, considerando a inter-relação entre equipe, comunidade e família (SOUZA, et al 2015).

A avaliação da saúde bucal e necessidades de tratamento odontológicos em pacientes sob cuidados paliativos exigem o acompanhamento de um cirurgião-dentista habilitado. Embora essa área de conhecimento ainda seja pouco difundida no meio odontológico, a habilitação em odontologia hospitalar aborda os cuidados de pacientes críticos, seja em regime de internação hospitalar ou domiciliar, aproximando-se do tema.

No presente estudo, ficou evidente a ocorrência de complicações de saúde bucal à paciente idosa que estava interna, em cuidados paliativos, devido à inexistência de adequado acompanhamento por uma equipe odontológica. A delegação

da execução das atividades de higiene bucal pela enfermagem à família, bem como a não percepção de complicações bucais e repercussão desta no quadro geral de saúde por outros profissionais da equipe interdisciplinar, mostra uma lacuna assistencial que precisa ser corrigida.

Salienta-se que as demandas de saúde bucal só foram percebidas pela cuidadora principal, a qual suspendeu os procedimentos de higiene por receio de promover complicações à paciente, a exemplo de deglutição ou aspiração de algum elemento dentário, já que vários apresentavam nítida mobilidade. Ao contrário, a falta desse procedimento por vinte dias trouxe piora do quadro local, com aumento dos processos inflamatório e infeccioso, havendo grande acúmulo de resíduo purulento nas margens gengivais e nos espaços interdentais e de biofilme oriundo do trato digestivo, sobretudo na língua.

A paciente idosa, diante perda da autonomia e do quadro de desorientação, não conseguia mais verbalizar adequadamente os sintomas que apresentava, limitando-se a apontar discretamente para a boca. Essa autonomia, ora prejudicada, promoveu déficit de autopercepção das complicações em curso, conforme relatado por Rocha e Ferreira (2014).

Muitas afecções podem se fazer presentes na cavidade bucal de pacientes críticos, desde o acúmulo de biofilme, por deficiência de higiene, bem como a presença de cáries, doença periodontal, lesões traumáticas, além de outras lesões precursoras de infecções virais e fúngicas sistêmicas (RABELO; QUEIROZ; SANTOS, 2010).

Desse modo, compreende-se que não há como conceber, sem prejuízo da assistência paliativista e de seus princípios, acompanhamento com abordagem interdisciplinar, sem a participação odontológica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os cuidados de saúde bucal ao paciente crítico ainda são um desafio para o sistema de saúde. Diversos fatores contribuem para que essa assistência esteja ausente ou deficiente, principalmente do ambiente hospitalar, onde o cirurgião-dentista ainda é

profissional pouco presente nos seus quadros funcionais. Compreende-se que enquanto essa lacuna assistencial não for devidamente reconhecida e sanada, vários pacientes, ao longo do curso de sua doença, sobretudo na fase terminal, sofrerão complicações de saúde bucal, necessitando de intervenções por vezes mais complexas e dolorosas, indo de encontro aos princípios estabelecidos para os Cuidados paliativos. Do exposto, o presente estudo pode contribuir para estimular a realização de outras pesquisas que abordem o tema, de forma que a odontologia seja visualizada, reconhecida e integralizada como área necessária ao paciente crítico, sob cuidados paliativos.

## REFERÊNCIAS

FERNANDES, C.S.; MARGARETH, A.; MARTINS, M.M. Cuidadores familiares de idosos dependentes: mesmas necessidades, diferentes contextos – uma análise de grupo focal. **Geriatrics. Gerontology and Aging**. v.12, n.1, p. 31-7. 2018.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 18, n.9, p.2577-88, 2013.

OLIVA F, A.; MIRANDA, A. F. Cuidados Paliativos e Odontogeriatrics: Breve comunicação. **Revista Portal de divulgação**, n. 44, ano V, mar/abr/mai, 2015. Disponível em :<http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova>. Acesso em 04 de junho de 2019.

RABELO, G.D.; QUEIROZ, C. I.; SANTOS, P.S.S. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. **Arquivos médicos**. n. 55, v. 2, pg. 67-70, 2010.

ROCHA, A. L.; FERREIRA, E.F. Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião-dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária. **Arquivos de Odontologia**, v.50, n. 4, p.154-160, out-dez, 2014.

SILVA, et al. Abordagem das afecções bucais mais prevalentes em idosos: uma revisão integrativa com foco na atenção primária. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 432-443, 2017.

SILVEIRA, M.H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B.A.O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 17, v.1, p. 7-16, 2014.

SOUZA, Hieda Ludugério de et al . Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 349-359, ago. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-)

80422015000200349&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jun. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232074>.

TRINDADE, et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, n. 26. n.2. p. 281-9. 2013.