



CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

SAÚDE ORAL: QUAIS AS PATOLOGIAS E PROBLEMAS DA CAVIDADE ORAL  
DOS DOENTES PALIATIVOS INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS  
CONTINUADOS E PALIATIVOS?

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por,

Mónica Amante

Lisboa, 2018





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

SAÚDE ORAL: QUAIS AS PATOLOGIAS E PROBLEMAS DA CAVIDADE ORAL  
DOS DOENTES PALIATIVOS INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS  
CONTINUADOS E PALIATIVOS?

ORAL HEALTH: WHAT ARE THE PATHOLOGIES AND PROBLEMS OF THE  
ORAL CAVITY OF THE PALLIATIVE PATIENTS HOSPITALIZED IN  
CONTINUOUS AND PALLIATIVE CARE UNITS?

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por,

Mónica Amante

Sob a orientação do Prof. Doutor Manuel Luís Capelas

Lisboa, 2018



“Cantando a vida, como o cisne a morte”

Bocage



## **Dedicatória**

À minha família.



## Resumo

**Introdução:** A definição das melhores estratégias de adequação do cuidar para haver um melhoramento constante dos serviços e qualidade de vida dos utentes em cuidados paliativos só é possível, através do conhecimento das reais necessidades desta população. A presente investigação tem como objetivo descrever as patologias e problemas da cavidade oral dos doentes paliativos internados em unidades de cuidados continuados e paliativos, o que possibilita aferir se existem necessidades de cuidados orais e dentários.

**Metodologia:** Este estudo foi realizado através de revisão da literatura( consulta de livros técnicos e pesquisa on-line) , observação clínica (protocolo de observação, e uso de instrumentos como o registo CPOD e *Bedside oral exam*), formulário( questões sobre dor na cavidade oral, higiene oral , uso de prótese dentária) e consulta dos registos de enfermagem de uma amostra(não aleatória acidental) de 14 doentes paliativos de uma unidade de cuidados paliativos e continuados sem patologia oncológica da cabeça e pescoço. Obteve-se um grau de concordância interobservador de Kappa=1 e intraobservador de Kappa=1.

**Resultados:** Observa-se que as principais patologias e problemas encontrados na cavidade oral dos doentes paliativos internados em unidades de cuidados continuados e paliativos são referentes a; deficiente higiene oral, alterações na mucosa oral, na deglutição, língua, lábios, gengiva e saliva, mobilidade dentária, elevada prevalência de cárie dentária (índice CPOD=19.6), halitose, próteses mal-adaptadas, edentulação e dor orofacial. Estas alterações são observadas maioritariamente como disfunções moderadas, no entanto, observa-se algumas disfunções ligeiras e severas. Todos os doentes da amostra apresentavam pelo menos uma disfunção. Inexistência de registos de enfermagem com a informação referente a alterações encontradas na cavidade oral, intervenções realizadas ou de avaliações após intervenções.

**Conclusão:** Devido ao reduzido número de doentes avaliados não é possível tirar conclusões generalistas. No entanto, os resultados obtidos sugerem necessidades e carências na área da saúde oral.

**Descritores:** Cuidados à boca, Saúde oral, Odontologia paliativa.



## Abstract

**Introduction:** The definition of the best strategies of adequacy of care to have a constant improvement of services and quality of life of the users in palliative care, is possible only through the knowledge of the real needs of this population. The objective of the present investigation is to describe the pathologies and problems of the oral cavity of the palliative patients hospitalized in continuous and palliative care units, which makes it possible to determine if oral and dental care needs exist.

**Methodology:** This study was conducted through a literature review (consultation of technical books and online research), clinical observation (protocol of observation, and use of instruments such as registry of decayed, missing and filled teeth, and Bedside oral exam), form (questions about orofacial pain, oral hygiene, dental prosthesis use) and consultation of the nursing records of a sample (accidental non-random sample) of 14 palliative patients from a palliative care unit and continued, without head and neck oncology. An interobserver and intraobserver agreement degree of Kappa =1 was obtained.

**Results:** The main pathologies and problems found in the oral cavity of palliative patients admitted to continuous and palliative care units are: poor oral hygiene, changes at oral mucosal, at deglutition, tongue, lips, gingiva and saliva, dental mobility, high prevalence of dental caries (DMFT index = 19.6), halitosis, maladaptive prostheses, edentulation and orofacial pain. These changes are mostly observed as moderate dysfunctions; however, some slight and severe dysfunctions are observed. All patients in the sample had at least one dysfunction. Inexistence of nursing records with information regarding changes found in the oral cavity, interventions performed or evaluations after interventions.

**Conclusion:** Due to the small number of patients evaluated it is not possible to draw general conclusions. However, the results obtained suggest needs and deficiencies in oral health.

**Keywords:** Mouth Care, Oral Health, Palliative Care Dentistry



## Agradecimentos

Agradeço a todos os que tornaram possível este trabalho, com um especial agradecimento aos doentes pela disponibilidade que tiveram.

Ao Prof. Doutor Luís Capelas, sempre um motivador e uma fonte de sabedoria.

À minha família, por todo o apoio e carinho. Com um agradecimento maior ao meu filho Rafael por ter carecido um pouco da minha atenção e colinho.

Aos meus colegas de mestrado, pela amizade, por dividirem as suas experiências e por serem sempre uma fonte de otimismo e motivação.

Um muito obrigado, por todo o carinho e disponibilidade à Dra. Ana Bernardo e Dra. Inês Guerreiro.



## Lista de siglas e acrónimos

AAOS = American Academy of Orthopedic Surgeons

ADA = American Dental Association

AHA = American Heart Association

BOE = Bedside Oral Exam

BFF = Bifosfonatos

Cap = Cápsula

CPOD = Dentes Cariados, Perdidos ou Obturados

CSV = Compostos Sulfurados Voláteis

EI = Infective Endocarditis

EV = Endovenoso

G = Grama

h = Hora

IV = Intravenoso

Mg = miligrama

mg/kg = miligrama por quilograma

ml/min = mililitro por minuto

Naf = Fluoreto de sódio

OMS = Organização Mundial de Saúde

P. O = Per Os (do latim, pela boca)

ppm = partes por milhão

ppmf = partes por milhão de fluor

X/dia = Vezes por dia

< = menor

> = maior

+/- = mais ou menos

½ = metade



# ÍNDICE

<b>RESUMO .....</b>	<b>VII</b>
Introdução: .....	VII
Metodologia .....	VII
Resultados: .....	VII
Conclusão:.....	VII
Descritores:.....	VII
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>IX</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>XI</b>
<b>LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS .....</b>	<b>XIII</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1-REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1-Definição de cuidados paliativos .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2-Saúde oral versus cuidados paliativos .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3-Patologias comuns da cavidade oral dos doentes paliativos .....</b>	<b>5</b>
Candidose .....	5
Cárie dentária .....	11
Doença periodontal .....	12
Infeções virais .....	12
<b>1.4-Problemas da cavidade oral dos doentes paliativos.....</b>	<b>13</b>
Mucosite .....	13
Xerostomia.....	15
Sialorreia .....	17
Mobilidade dentária .....	17
Halitose .....	18
Dor Orofacial.....	19
Edentulação .....	19
Próteses mal-adaptadas .....	20

Higiene oral deficiente.....	20
Osteorradionecrose .....	22
Resumo das interações entre alguns problemas dos doentes em cuidados paliativos.....	24
<b>2- AS PATOLOGIAS E/OU PROBLEMAS DA CAVIDADE ORAL NOS REGISTOS DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>27</b>
<b>3- INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>29</b>
3.1- Problemas em estudo .....	29
3.2- Metodologia .....	29
3.3-Resultados .....	31
Mobilidade dentária: .....	35
3.4- Discussão .....	36
3.5- Sugestões para estudos e ações futuras .....	42
3.6- Considerações finais.....	42
<b>4- CONCLUSÕES .....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE 1-PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO .....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE 2-FORMULÁRIO.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>62</b>

### **Índice Quadros**

Quadro 1 - Classificação das candidoses .....	6
Quadro 2: Terapêutica das infeções bacterianas .....	9
Quadro 3: Situações em que está indicada, ou não, a profilaxia antibiótica .....	9
Quadro 4: Protocolo AHA de profilaxia .....	11
Quadro 5: Tratamento das infeções virais .....	13
Quadro 6: Graus de mucosite .....	14
Quadro 7: fatores de risco de mucosite .....	14
Quadro 8: Tratamento .....	15
Quadro 9: Classificação da xerostomia .....	16
Quadro 10: Causas de halitose .....	18
Quadro 11: Testes para Halitose .....	19
Quadro 12: Produtos para fluoretação .....	22
Quadro 13: Classificação da Osteorradionecrose .....	23
Quadro 14: Tratamento .....	24
Quadro 15: Variáveis género.....	32
Quadro 16: Questão 3 do formulário .....	32
Quadro 17: Questão 4 do formulário .....	33
Quadro 18: Questão 5 do formulário .....	33
Quadro 19: Questão 7 do formulário .....	34
Quadro 20: Observação das condições dentárias dos doentes .....	34
Quadro 21: Índice CPOD dos doentes .....	34
Quadro 22- Resultados da observação com o instrumento bedside oral exam .....	36

### **Índice Figuras**

Figura 1- Resumo das interações entre alguns problemas dos doentes em cuidados paliativos <sup>10</sup> .....	25
Figura 2: distribuição da idade em intervalos .....	31



## INTRODUÇÃO

Existe uma área nos cuidados paliativos que carece de investigação e atenção, que é a saúde oral e também existe uma lacuna na saúde oral em relação aos cuidados paliativos que urge preencher.

A realização de projetos e ações específicas na estomatologia paliativa devem ser dirigidos às reais necessidades desta população, e para a avaliação destas necessidades a investigação é fundamental.

Por isto, surge uma pergunta elementar, mas que está na base de tudo o que pode ser alterado, melhorado, adequado ou investigado a nível da saúde oral dos doentes paliativos, especialmente nos que estão internados em unidades de cuidados continuados e paliativos: **quais as patologias e problemas das suas cavidades orais?**

Este trabalho de investigação tem como objetivo, descrever as patologias e problemas da cavidade oral dos doentes paliativos internados em unidades de cuidados continuados e paliativos, através de um estudo observacional. De que forma este estudo é importante em cuidados paliativos? Este estudo é importante, pela preocupação com a qualidade de vida, que é afetada pelo impacto que as patologias e problemas de saúde oral têm no bem-estar físico, psicológico e social. Estas patologias e problemas têm especial significado nos doentes paliativos em que a sua débil situação de saúde pode ser potenciada pela má nutrição, infeções sistémicas e/ou locais, por falta de autoestima e isolamento social. Pela preocupação com a qualidade dos cuidados, que na sua génese resulta da boa adequação dos mesmos às necessidades reais e das percecionadas pelos doentes e sua família, onde a saúde oral tem um importante lugar e conseqüente geração de poupança na utilização dos recursos e custos envolvidos. E pelo direito dos doentes à saúde oral em todas as fases da sua vida e nesta fase em particular, em que existem necessidades específicas.

A estrutura deste trabalho está dividida em duas fases, uma fase contextual realizada através de uma revisão da literatura muito sucinta, devido à abrangência do tema e à falta de literatura e investigação na área da saúde oral em cuidados paliativos, e outra fase, de investigação científica.

Este trabalho foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico e segue a norma de referência bibliográfica de Vancouver.

# 1-Revisão Da Literatura

## *1.1-Definição de cuidados paliativos*

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os cuidados paliativos como sendo “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”<sup>1</sup>. Neto<sup>2</sup>, ressalta alguns aspetos que clarificam este conceito:

- Os cuidados paliativos não têm como objetivo provocar ou atrasar a morte através de medidas de obstinação terapêutica ou de eutanásia aceitando a morte como um processo natural;
- Os objetivos principais dos cuidados paliativos são a preservação e otimização do bem-estar e da qualidade de vida do doente pelo que se devem disponibilizar tudo o que possa permitir esse objetivo;
- Estes cuidados promovem uma abordagem holística e global do sofrimento destes doentes, sendo fundamental formação nestas 4 vertentes que constituem o indivíduo (física, psicológica, social e espiritual) e uma prestação de cuidados inter e multidisciplinar sempre de acordo com as necessidades do doente e do binómio doente-família;
- Como os cuidados paliativos são oferecidos com base nestas necessidades, podem e devem ser prestados em todas as fases da doença, mesmo na mais inicial e em paralelo com outras terapêuticas;
- O binómio doente-família (doente-cuidador) é sempre a entidade a cuidar e este cuidado estende-se ao período do luto, quando este binómio é quebrado;
- Os cuidados paliativos fazem parte integrante do sistema nacional de saúde, beneficiando-o com as suas ferramentas científicas e intervenção rigorosa, não devendo existir à margem dele. <sup>2</sup>

## *1.2-Saúde oral versus cuidados paliativos*

A ideia da saúde oral integrada na saúde geral deixou de ser uma filosofia exclusiva dos profissionais de saúde oral, para ser um conceito assaz comprovado pela evidência científica. A OMS reforça a necessidade de tanto os decisores políticos como todos os profissionais de saúde compreenderem esta realidade que há muito vem sendo negligenciada<sup>3</sup>. As inter-relações entre patologias da cavidade oral e doenças sistémicas estão cada vez mais comprovadas cientificamente. A saúde oral terá projetos e ações específicas, mas na sua generalidade deve estar inserida num contexto de estratégia global da saúde, onde existirão pontos convergentes com todos os projetos existentes para as diferentes fases da vida. A saúde oral deve ser encarada numa perspetiva de transversalidade, onde são importantes as intervenções em áreas distintas como os cuidados de saúde primários, os cuidados de saúde continuados, a oncologia, os cuidados paliativos, a prevenção e tratamento em idosos, os cuidados hospitalares, os cidadãos com incapacidades, entre outras. Esses desígnios só podem ser atingidos através de projetos bem fundamentados e dirigidos às reais necessidades da população<sup>3-5</sup>.

A noção de cuidados paliativos ainda é olhada de uma forma preconceituosa e desinformada, gerando a sensação de falta de atendimento médico ou odontológico<sup>6</sup>.

As unidades de cuidados paliativos devem ter implementado um método de avaliação sistemático de alterações orais bem com um protocolo de recomendações para cuidados orais específicos e individualizados<sup>7</sup>. No entanto, existem algumas barreiras que podem ser um obstáculo importante, como a inconsistência ou ausência de avaliação oral, a existência de variados regimes e práticas de cuidados orais, a falta de sistematização, os problemas administrativos e clínicos, a falta de colaboração interdisciplinar, a falta de conhecimento e a falta de inovação<sup>8</sup>. Estas barreiras só conseguem ser ultrapassadas através do reconhecimento que a saúde oral é um direito e uma necessidade dos doentes paliativos, que as equipas de cuidados paliativos devem ser transdisciplinares e que os cuidados orais nos doentes paliativos devem ser apoiados e baseados na evidência científica.

### 1.3-Patologias comuns da cavidade oral dos doentes paliativos

Os doentes paliativos estão, muitas vezes, debilitados, imunodeprimidos, com *deficit* nutricional e a fazerem uso de diversos fármacos, o que os torna suscetíveis de serem infetados por fungos, bactérias ou vírus. As patologias mais comuns da cavidade oral em doentes paliativos estão resumidas de forma sucinta no texto abaixo.

#### **Candidose**

A candidose ou candidíase consiste numa extensa variedade de síndromes clínicas causadas por um fungo do género *Candida* e é a infeção fúngica mais comum nos doentes paliativos<sup>9</sup>. A *Candida albicans* é a espécie que causa mais infeções no ser humano<sup>10</sup>. Outras espécies também podem ser infecciosas, porém com menor frequência como a *Candida glabrata*, *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, *Candida lusitaniae* e *Candida guilliermondii*.

A forma habitual de infeção por *Candida* é o deslocamento do seu nicho normal para a corrente sanguínea ou outros tecidos. Esta infeção pode ter origem endógena, quando oriunda da microbiota, ou exógena, como uma doença sexualmente transmissível<sup>11</sup>.

As várias espécies de *Candida* são colonizadoras da microbiota normal da pele, do trato gastrointestinal e geniturinário e só provocam infeções fúngicas invasivas e graves, quando existe um desequilíbrio imunológico ou fatores de risco associados como sucede em doentes imunodeprimidos, com patologias hematológicas<sup>12</sup>, nos usuários prévios de agentes citotóxicos e corticosteroides, pacientes internados nas unidades de cuidados intensivos que sejam usuários de antimicrobianos de amplo espectro, doentes com cateteres intravenosos e cateteres intravenosos ureterais, pacientes sujeitos a procedimentos cirúrgicos prévios, com insuficiência renal e doentes a fazerem nutrição parenteral.

Como referido anteriormente, a candidose pode ter várias localizações conforme a área afetada. Sendo a localização orofaríngea, designada de candidose oral, a que se vai referir no âmbito deste trabalho de investigação.

A candidose oral pode-se classificar em primária e secundária (descrita no quadro 1) e o seu tratamento é realizado através do uso de agentes antifúngicos poliénicos (nistatina e amphotericinaB), agentes antifúngicos azólicos (clotrimazol, miconazol, ketoconazol e itraconazol) e DNA análogos como o 5-fluconazol<sup>13</sup>.

Quadro 1 - Classificação das candidoses

Candidose oral primária	Candidose oral secundária
Forma aguda: -Pseudomembranosa -Eritematosa	Manifestações orais da candidíase Mucocutânea sistémica
Forma crónica ou atrófica: -Pseudomembranosa -Eritematosa -Em placa -Nodular	
Lesões associadas: -Estomatite protética -Queilite angular -Glossite romboide mediana	
Lesões queratinizadas com superinfecções por <i>Candida</i> : -Líquen plano -Lúpus eritematoso -Leucoplasia	

Adaptado de Sherman et al (2002) por Scalercio, Valente, <sup>14</sup>al (2007)

### **Candidose pseudomembranosa**

Conhecida como “sapinho”, é a forma mais comum, apresentando uma mucosa eritematosa e não ulcerada sob placas ou nódulos brancos amarelados, de consistência mole a gelatinosa, na mucosa oral, no palato, na orofaringe ou na língua, que são facilmente destacáveis. Geralmente estas lesões são assintomáticas, a não ser nos casos mais graves onde os pacientes se queixam de sensibilidade, ardor e disfagia<sup>11</sup>.

### **Candidose eritematosa**

De ocorrência simultânea ou independente à forma pseudomembranosa. A sua localização preferencial é o dorso da língua.

Pode ser sintomática (devido a numerosas lesões dispersas pela mucosa e à inflamação presente), ou assintomática (só com ardência ou desconforto durante a ingestão de alimentos ácidos ou quentes)<sup>11</sup>.

### **Estomatite Protética**

A estomatite protética quando associada à *Candida denomina-se* Candidose atrófica crónica ou candidose eritematosa<sup>14</sup>, ocorre frequentemente em pessoas que usam próteses mal-adaptadas, com deficiente higiene oral e /ou por longos períodos de tempo<sup>13</sup>. Clinicamente, a mucosa por baixo da prótese apresenta-se edematosa com uma superfície vermelha viva, de aveludada a granulosa, de forma circunscrita ou difusa, ulcerada ou não. Pode apresentar pontos brancos que representam acumulação de hifas de *Candida* ou de restos alimentares. Geralmente é assintomática, mas pode apresentar: sensação de queimadura, dor, irritação e distúrbios da salivação<sup>14,15</sup>.

A estomatite protética é uma lesão benigna, circunscrita aos maxilares superiores e só raramente, ocorre na superfície mucosa da mandíbula<sup>15</sup>, de etiologia multifatorial pode estar associada à alergia ao monómero residual, placa microbiana, trauma, deficiente higiene oral, uso contínuo da prótese, Hipossalivação e infeção pela *Candida albicans*<sup>14</sup>.

O seu tratamento efetua-se através da remoção dos fatores causais, melhoria da adaptação protética, boa higiene oral e uso de antifúngicos quando a infeção por *Candida* está presente (nistatina em gel e clotrimazol são os mais utilizados)<sup>15</sup>. Deve ter-se em consideração que as espécies *Candida Glabrata* e a *Candida Krusei* apresentam resistência ao antifúngico Fluconazol ,provavelmente devido ao seu uso em hospitais<sup>11</sup>.

### **Queilite angular**

A Queilite angular (boqueira) é uma dermatose comum, caracterizada por inflamação, fissuras e maceração das comissuras labiais. De etiologia multifatorial, pode surgir pela diminuição da dimensão vertical (devido a edentulação ou próteses mal confeccionadas ou desadaptadas) que provocam a acumulação de saliva ou da ação irritante de medicamentos e dentífricos de próteses dentárias. A formação destas fissuras são um nicho ideal para a instalação de infeções por *Candida albicans* ou bacterianas (*Streptococos*, *Estafilococos*). Doenças dermatológicas (dermatite atópica e dermatite seborreica), deficiências nutricionais (riboflavina, ferro, ácido fólico), Imunodeficiência

(HIV, *diabetes mellitus*, neoplasias, transplante) ou a hipersalivação, podem potencializar ou estar na origem desta dermatose.<sup>16,17</sup>

O seu tratamento é realizado pela eliminação dos fatores causais, como por exemplo, a adequação da prótese dentária e correção da dimensão vertical, correção dos défices nutricionais, terapia da doença de base, aplicação de antifúngicos e de antibióticos tópicos por tempo prolongado, através do ensino de técnicas de uma correta higiene oral ,incluindo uma escovagem e desinfecção da prótese eficaz, com o uso de soluções desinfetantes, como o digluconato de clorexidina a 0,12% e o hipoclorito de sódio a 5% (imersão da prótese numa solução, com cerca de 5 gotas num copo com água ,durante no mínimo 1 hora por dia).<sup>18</sup>

### **Infeções bacterianas**

O risco de infeções bacterianas é um fator importante em doentes paliativos, devido à fragilidade em que se encontram. Entre 25% a 54% dos casos de septicemia em doentes neutropénicos parecem ter origem em infeções associadas a patologias orais, como patologias periodontais, pulpares, do seio maxilar ou associadas a ulcerações orais.<sup>16</sup> As mais frequentes são por bactérias gram-negativas, como a *Escherichia coli* e as *Pseudomonas*. A *Fusobacterium* é encontrada frequentemente quando existe doença periodontal. Estes dados sugerem que a flora anaeróbia encontra condições favoráveis para o seu desenvolvimento durante a imunodepressão. Das bactérias gram-positivas envolvidas em infeções orais os estafilococos são as mais frequentes.<sup>16</sup>

Os microrganismos com maior prevalência na cavidade oral em indivíduos saudáveis são: *Streptococcus*, *Actinomyces*, *Veillonella*, *Fusobacterium*, *Porphyromonas*, *Prevotella*, *Neisseria*, *Haemophilus*, *Corynebacterium*, *Eubacteria*, *Lactobacterium* , *Capnocytophaga*, *Eikenella*, *Leptotrichia*, *Peptostreptococcus*.<sup>19</sup>

O tratamento das infeções bacterianas está descrito no quadro 2, e pode ser tópico ou sistémico ou uma combinação dos dois, dependendo da gravidade e do tipo de agente envolvido.<sup>16</sup>

Para prevenir estas infeções, por vezes, é necessário fazer profilaxia antibiótica.<sup>19</sup> No quadro 3, estão descritos alguns procedimentos clínicos em que esta profilaxia está indicada e em que circunstâncias não é indicada.

*Quadro 2: Terapêutica das infeções bacterianas*

<b>ANTIMICROBIANOS TÓPICOS</b>
Bacitracina – 500 unidades/grama – aplicar 2 a 3 x/dia
Neomicina – 500 unidades/grama – aplicar 2 a 3 x/dia
<b>ANTIBIÓTICOS SISTÉMICOS</b>
Para infeções por bactérias Gram- positivas:
Vancomicina, 500 mg a 1.000 mg e.v. de 6 em 6 horas
Para infeções por bactérias Gram- negativas:
Ciprofloxacina, 250 a 750 mg p.o. de 12 em 12 horas ou 200 a 400 mg e.v. de 12 em 12 horas (Em simultâneo com a Ciclosporina aumenta o risco de nefrotoxicidade).
Trimetoprim/sulfametoxazol, 800 mg+160 mg p.o. ou e.v. de 12 em 12 horas

Adaptado de Palmela P, Salvado F. Guidelines para cuidados de saúde oral em doentes oncológicos. 2010.

*Quadro 3: Situações em que está indicada, ou não, a profilaxia antibiótica*

Situação clínica	Regime profilático
Pacientes saudáveis que serão sujeitos a intervenção com odontosecção	Em pacientes saudáveis os procedimentos de odontosecção não têm indicação para profilaxia antibiótica.
Pacientes saudáveis que serão sujeitos a intervenção com osteotomia	Não é recomendada a profilaxia antibiótica, exceto em situações em que sejam necessárias osteotomias extensas ou longas durações nos procedimentos cirúrgicos.
Pacientes saudáveis previamente a destararizações quando se prevê hemorragia	Não tem indicação de profilaxia antibiótica, tratando-se de pacientes saudáveis e sendo um procedimento de baixo risco.
Pacientes saudáveis que serão sujeitos a cirurgia periodontal	Não há evidência científica que comprove a necessidade de profilaxia antibiótica e que os benefícios superem os riscos.
Pacientes com doença valvular cardíaca, previamente a tratamentos invasivos	Atualmente, a maioria das situações de patologia valvular não têm indicação de profilaxia antibiótica tanto para a EI (segundo a AHA) como para a prevenção da infeção local, tendo em conta que não estão geralmente associadas à imunossupressão
Pacientes que usam pacemakers e desfibriladores, previamente a tratamentos invasivos	Segundo a AHA, não está indicada a realização de profilaxia antibiótica. As recomendações adotadas pela Ordem dos Médicos Dentistas, não recomenda também.
Pacientes com cardiopatia congénita, previamente a tratamento invasivos	A AHA indica a realização de profilaxia antibiótica. As recomendações adotadas pela Ordem dos Médicos Dentistas, referem o mesmo.
Pacientes com sopro cardíaco, previamente a tratamentos invasivos	Segundo a AHA, não está indicada a realização de profilaxia antibiótica. As recomendações adotadas pela Ordem dos Médicos Dentistas, não recomenda também.
Pacientes em tratamento quimioterápico, sem comorbidades cardíacas, previamente a tratamentos invasivos	Está indicada profilaxia antibiótica, por se tratar de pacientes imunodeprimidos

Pacientes diabéticos insulino-dependentes, sem comorbidades cardíacas, previamente a tratamentos invasivos	Está indicada a realização de profilaxia antibiótica, tratando-se de pacientes com possibilidade de imunossupressão.
Pacientes hipertensos, previamente a tratamentos invasivos	Não está indicada a profilaxia antibiótica
Pacientes em tratamento Hipo coagulante, previamente a tratamentos invasivos	Não está indicada a profilaxia antibiótica
Pacientes com doença hepática, previamente a tratamentos invasivos	Exceto em situações de insuficiência hepática com possibilidade de imunossupressão, não está indicada a profilaxia antibiótica
Pacientes esplenectomizados, previamente a tratamentos invasivos	Está indicada a profilaxia antibiótica, por se tratar de pacientes imunodeprimidos.
Pacientes com insuficiência renal crônica, com shunt arterio-venoso, previamente a tratamentos invasivos	Está indicada a profilaxia antibiótica, por se tratar de pacientes imunodeprimidos.
Pacientes com próteses ortopédicas há menos de 2 anos, previamente a tratamentos invasivos	Está indicada a profilaxia antibiótica, segundo as <i>guidelines</i> da AAOS, adotadas também pela ADA.
Pacientes com próteses ortopédicas há mais de 2 anos, previamente a tratamentos invasivos	Não está indicada a profilaxia antibiótica, segundo as <i>guidelines</i> da AAOS.
Pacientes com história de endocardite infecciosa, previamente a tratamentos invasivos	A AHA, indica a realização de profilaxia antibiótica. As recomendações adotadas pela Ordem dos Médicos Dentistas, referem o mesmo.
Pacientes submetidos a transplante cardíaco e com problemas valvulares, previamente a tratamentos invasivos	A AHA, indica a realização de profilaxia antibiótica. As recomendações adotadas pela Ordem dos Médicos Dentistas, referem o mesmo.
Pacientes submetidos a transplante cardíaco e sem problemas valvulares, previamente a tratamentos invasivos	Está indicada a realização de profilaxia antibiótica, por se tratar de pacientes imunodeprimidos.

Adaptado de W. W, K.A. T, M. G, P.B. L, L.M. B, M. L, et al. Prevention of infective endocarditis: Guidelines from the American Heart Association. J Am Dent Assoc [Internet]. 2008;139(1 SUPPL.):3S-4S. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10&NEWS=N&AN=351211981>

A AHA preconiza o uso dos fármacos indicados no quadro 4, segundo o regime posológico recomendado para a realização de profilaxia antibiótica.<sup>20,21</sup>

*Quadro 4: Protocolo AHA de profilaxia*

Via de administração	Fármaco	Dose única, 30 a 60 minutos antes do procedimento	
		Adultos	Crianças
Oral Impossibilidade de administração oral	Amoxicilina de Ampicilina ou Cefazolina ou Ceftriaxona	2g 2g IM ou EV 1g IM ou EV	50 mg/kg 50mg IM ou EV
Oral em doentes alérgicos à penicilina	Clindamicina ou Azitromicina ou Claritromicina	600mg 500mg	20mg/kg 15mg/kg
Impossibilidade de administração oral em alérgicos à penicilina	Clindamicina	600mg IM ou EV	20 g/kg

Adaptado de W. W, K.A. T, M. G, P.B. L, L.M. B, M. L, et al. Prevention of infective endocarditis: Guidelines from the American Heart Association. J Am Dent Assoc [Internet]. 2008;139(1 SUPPL.):3S–4S. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10&NEWS=N&AN=351211981>

### **Cárie dentária**

A cárie dentária é uma doença infectocontagiosa, multifatorial, provavelmente a doença infecciosa mais prevalente nas sociedades modernas o que faz dela um problema de saúde pública. Dos múltiplos fatores que influenciam o curso da doença destaca-se a dieta e a capacidade do sistema imunitário em montar uma defensiva eficaz. Este equilíbrio frágil entre os microrganismos patogénicos e o sistema imunitário do hospedeiro é afetado por fatores externos e internos que condicionam a instalação e progressão da doença. O sistema imunitário diminuído dos doentes paliativos (devido a debilidade física e psicológica) e as alterações salivares decorrentes de medicação ou doença criam condições propícias à existência de cáries extensas e de evolução rápida se não houver um programa de fluoretação adequado e uma boa higiene oral.<sup>16</sup>

O tratamento desta doença é principalmente invasivo, através da remoção mecânica dos tecidos dentários atingidos pela lesão de cárie e restauração das suas estruturas, podendo ser menos invasivo nas lesões menos profundas, através de agentes químicos ou utilização de laser. A prevenção, como a principal arma de defesa contra a cárie dentária, pode ser realizada através de uma dieta saudável (com poucos açúcares),

técnicas e hábitos de higiene oral corretos e eficazes e através da investigação científica. Nos últimos anos, tem-se assistido à investigação de numerosas vacinas, a maioria delas ainda nas fases de experimentação laboratorial ou de investigação clínica perspetivando um avanço na prevenção da cárie dentária<sup>22</sup>.

### **Doença periodontal**

Esta patologia é, a seguir à cárie dentária, aquela que maior prevalência tem na cavidade oral. É uma doença infecciosa, crónica, que afeta a gengiva e os restantes tecidos de suporte dentário e que em estado avançado provoca a perda dos dentes. Pode ser localizada ou generalizada e traduz-se, numa primeira fase, por sinais e sintomas clínicos «surdos», sem qualquer tipo de dor e que por isso passa despercebido ao paciente. A gengivite é um dos primeiros sintomas.<sup>23</sup> O diagnóstico precoce permite tratar estes doentes e evitar o agravamento da situação com a consequente perda dentária. Parecem existir relações entre a doença periodontal e várias patologias sistémicas, como a Diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, infeções respiratórias, artrite reumatoide e a ocorrência de partos prematuros. Apesar de inúmeros estudos sugerirem uma associação entre a doença periodontal e as patologias sistémicas anteriormente mencionadas, existem outros que não corroboram essa relação, pelo que há necessidade de mais estudos nesta área e incentivo à prevenção desta doença.<sup>23</sup>

### **Infeções virais**

As infeções virais mais frequentes são por *Herpes simplex*, sobretudo, por reativação do *Herpes simplex* tipo 1 (HSV-1). Na leucemia e no transplante de medula, entre 50% a 80% dos doentes portadores do HSV registam estas reativações.<sup>16</sup>

As reativações por *Herpes simplex* tipo 1 assumem uma importância superior nos pacientes paliativos quando comparados às pessoas saudáveis por agravarem a mucosite subjacente<sup>16</sup> e terem uma virulência maior. Infeções por outros vírus, como pelos citomegalovírus (CMV), vírus Varicela Zoster (VZV), vírus Epstein Barr (EBV) ou por outros tipos de Herpes, são mais raras, mas também podem ocorrer. As infeções virais, tal como as infeções fúngicas e bacterianas acima descritas, no contexto do doente paliativo podem ter um impacto e consequências importantes e até mesmo fatais. No

quadro 5 estão descritos, os principais agentes farmacológicos para o tratamento das infeções virais.

*Quadro 5: Tratamento das infeções virais*

ACICLOVIR	ZOVIRAX®, cap de 200 mg	1 cap 5 x/dia, durante 7 dias
ACICLOVIR	ZOVIRAX®, e.v.	5 mg/Kg de 8 em 8h, durante 7 dias
FAMCICLOVIR	FAMVIR®, cap de 500 mg	1 cap 2 x/dia, durante 7 dias
VALACICLOVIR	VALTRES®, cap de 500 mg	1 cap 2 x/dia, durante 7 dias

Adaptado de Palmela P, Salvado F. Guidelines para cuidados de saúde oral em doentes oncológicos. 2010.

#### *1.4-Problemas da cavidade oral dos doentes paliativos*

Os problemas que podem surgir na cavidade oral dos doentes paliativos são diversos e multifatoriais. Destacam-se no texto abaixo, os mais comuns.

##### **Mucosite**

A mucosite, um fator importante de morbidade no doente em cuidados paliativos, é considerada uma resposta biológica da mucosa gastrointestinal, consequência de uma agressão física ou química, que envolve todo o trato. É uma intercorrência frequente e muitas vezes debilitante em pacientes submetidos a tratamentos de radio e quimioterapia<sup>24</sup>.

Muitos doentes em cuidados paliativos sofrem de náuseas e vômitos devido a diferentes causas (por exemplo: efeito secundário de quimioterapia, uso de opioides, pancreatite, reações emocionais, distúrbios eletrolíticos, obstrução intestinal).As náuseas e os vômitos são fatores que aumentam a morbidade da mucosite, pelo efeito cáustico nos tecidos que o vômito tem e pela dificuldade ou impedimento na ingestão de nutrientes essenciais para a reparação tecidual, atrasando a cicatrização<sup>9</sup>.

A mucosite apresenta 4 fases de evolução temporal: fase inflamatória ou vascular, fase epitelial, fase ulcerativa ou bacteriana e a fase de cura.<sup>25</sup>

A classificação da mucosite não é consensual, geralmente, é classificada de acordo com o seu grau de toxicidade, através da avaliação de escalas. As escalas mais utilizadas por diversos autores são, a escala definida pela Organização Mundial de Saúde e a do Grupo

de Radioterapia Oncológica.<sup>26</sup> Usando estas duas escalas pode-se resumir os graus de mucosite em 0, 1, 2, 3 e 4, conforme descrito no quadro 6.<sup>27</sup>

*Quadro 6: Graus de mucosite*

Grau de mucosite	Apresentação clínica
0	Sem sinais ou sintomas
1	Dor ligeira. +/-eritema, sem ulceração, disfagia ligeira (conseguem dieta sólida)
2	<½ mucosa afetada, dor moderada, Eritema, Úlceras, doentes, disfagia moderada (conseguem fazer dieta sólida, mas mole)
3	>½ da mucosa afetada, dor severa, úlceras, eritema extenso, disfagia severa (apenas dieta líquida)
4	Hemorragia e necrose, dor e disfagia severa. Dieta entérica ou parentérica

Adaptado de Benito A. Mucosite. In: Barbosa A, Neto I, editors. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª. Lisboa: Centro de Bioética-Faculdade de Medicina de Lisboa; 2016. p.443.

*Existem diversos fatores de risco (diretos ou indiretos) que podem contribuir para o surgimento, ou para o agravamento, da mucosite orofaríngea.<sup>25</sup> O quadro 7, faz um resumo destes fatores.<sup>25</sup>*

*Quadro 7: fatores de risco de mucosite*

Fatores diretos	Fatores indiretos
Agente quimioterapêutico (dose e frequência) como antraciclina, agentes alquilantes, taxanos, vinca alcaloides, anti metabolitos e antibióticos anti tumor.	Imunossupressão
Dose total e número de dias de radioterapia	Mielosupressão
Doença oral prévia e/ou próteses mal-adaptadas	Redução da Iga secretora
Disfunção das glândulas salivares	Infeções bacterianas, fúngicas ou virais

O tratamento da mucosite é realizado conforme a sua severidade. O quadro 8, faz a compilação de algumas formas de tratamento da mucosite.<sup>25,27,28</sup>

*Quadro 8: Tratamento*

Mucosite grau 1 e 2	Mucosite grau 3 e 4
Higiene oral adequada, considerar aumentar bochechos de solução salina e remoção de próteses mal-adaptadas	Em adição aos tratamentos prescritos para os graus anteriores:
Monitorizar status nutricional e referenciar para nutricionista se afetado	Usar escala terapêutica no controlo da dor por mucosite
Usar escala terapêutica no controlo da dor por mucosite	No entanto, se não for suficiente fazer uso de analgésicos mais potentes
Considerar bochechos com benzidamina solução oral a 0,15% (bochegar com cerca de 10ml e cuspir), pode ser diluído com água, no entanto pode ser mal tolerado por doentes sujeitos a radioterapia de cabeça e pescoço	Medicação laxativa deve ser prescrita para prevenir obstipação e conseqüente náusea e vômito
Considerar o aumento de ácido fólico na mucosite induzida por Metotrexato	Aplicar hidratação e alimentação intravenosa e/ou entérica de acordo com o nutricionista
Pesquisar presença de infeções orais e em caso afirmativo proceder às terapias preconizadas	Considerar caphosol® (4-10 xs/dia) para prevenir o aumento da severidade
Considerar caphosol® (4-10 xs/dia) para prevenir o aumento da severidade	Considerar aplicar um protetor da mucosa, o produto deve percorrer toda a mucosa para formar uma camada protetora em toda a zona dolorosa. Fazer a aplicação 1 h antes de comer (gelclair®, mugard®, episil®)

### **Xerostomia**

É importante estabelecer a diferença entre xerostomia e hipossalialia. xerostomia é a sensação de boca seca devida a uma diminuição quantitativa apenas do fluxo salivar em repouso (FSR) quando este baixa para menos de 50% ou de uma alteração da composição da saliva com perda de mucina e conseqüente diminuição da capacidade de lubrificação, sem diminuição do fluxo. Hipossalialia é uma xerostomia em que há diminuição objetiva quantificável do FSR e do fluxo salivar estimulado (FSE) e só se observa no caso de marcada lesão dos ácinos glandulares<sup>29</sup>.

É frequente em doentes em cuidados paliativos e a sua prevalência é referida como de 60 a 88% na doença oncológica progressiva e avançada e tem conseqüências físicas, mas, também, psicológicas e sociais.<sup>30</sup> A saliva desempenha um papel importante na manutenção das condições fisiológicas normais dos tecidos da boca. Para além de

humidificar os tecidos da cavidade oral, a propriedade lubrificante da saliva auxilia a formação e deglutição do bolo alimentar, facilita a fonética, previne danos dos tecidos causados, quer por agentes mecânicos, quer por microrganismos nocivos e auxilia a estabilidade e adaptação das próteses dentárias.<sup>25,30</sup>

A xerostomia classifica-se em três graus: I, II e III (quadro 9).<sup>30</sup>

*Quadro 9: Classificação da xerostomia*

GRAU I
Sintomático (saliva espessa ou escassa)
sem alterações dietéticas significativas
Produção de saliva não-estimulada >0,2 ml/min (normal !4 ml)
GRAU II
Sintomático com alterações significativas na ingestão oral
(toma copiosa de água ou uso de outros lubrificantes,
dieta limitada a alimentos moles e húmidos
Produção de saliva não-estimulada 0,1 a 0,2 ml/min
GRAU III
Incapacidade de se alimentar oralmente
Necessidade de fluidos endovenosos e alimentação parentérica
Produção de saliva não-estimulada <0,1 ml/min

Adaptado de Feio M, Sapeta P. Xerostomia em cuidados paliativos. [Internet]. Vol. 18, Acta Médica Portuguesa. 2005. p. 459–65. Available from: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1064>

A xerostomia é, frequentemente, multicausal e são vários os fatores que estão na sua origem, nomeadamente, fatores que afetam o centro salivar, fatores que alteram a estimulação autonómica e fatores de alterações das funções das próprias glândulas.<sup>31</sup>

O diagnóstico é fundamentalmente clínico. Deve-se avaliar pormenorizadamente o estado da boca e a situação funcional real podendo empregar-se métodos quantitativos para determinar a secreção salivar em repouso ou por estimulação, quando a situação o justificar.<sup>30</sup>

Apesar, de não haver um tratamento decisivo para a xerostomia, deve ser orientado pelo conhecimento da etiologia e repercussões que a secura da boca tem na perda de conforto e qualidade de vida do doente.<sup>31</sup> Assim, devemos controlar o uso de medicamentos xerogénicos, tratar a doença de base (se estiver na origem da xerostomia e for possível), promover a hidratação, tomar medidas para o controlo sintomático, realizar ações de promoção da saúde oral, aconselhar-se uma dieta mole (devendo evitar-se alimentos muito duros e secos) e eliminar o uso de tabaco e de bebidas

alcoólicas .Devendo o tratamento sintomático dividir-se em três áreas de atuação: estimulação mecânica (por exemplo, com gomas ou pastilhas de mascar sem açúcar),estimulação gustativa (por exemplo, chupar pastilhas de vitamina c) e estimulação farmacológica (pilocarpina outros sialagogos).

É, portanto, importante que os técnicos de saúde ensinem aos doentes com xerostomia a melhor maneira de obter alívio e as medidas a tomar para prevenir as complicações que poderão vir a comprometer seriamente a sua qualidade de vida<sup>30</sup>.

### **Sialorreia**

A sialorreia é o aumento na produção da saliva, ou dificuldade na sua eliminação. Este problema, traz ao paciente uma grande limitação social, afeta a sua aparência, fala e conduz ao isolamento e à perda da autoestima, por isso, este tema deve ser abordado e esclarecido sempre que existir queixa, nunca devendo ser negligenciado.<sup>6</sup>

A sialorreia surge associada a diferentes patologias e problemas como; esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, doença de Parkinson, paralisia cerebral, síndrome de Down, demência, epilepsia, ressecção radical da mandíbula, cancro oral recorrente, irritantes locais, dores orais devido a úlceras, fármacos (lítio, inibidores da colinesterase, agonistas colinérgicos).<sup>8,32</sup>

O tratamento da sialorreia pode ser farmacológico com hioscina oral ou transdérmica, atropina em gotas, glicopirrolato ou amitriptilina, por irradiação das glândulas salivares (quando o tratamento farmacológico falhar) ou com injeções de toxina botulínica nas glândulas parótidas.<sup>32</sup> O tratamento cirúrgico das glândulas não é recomendado. Sempre que se justifique, deve ser disponibilizado um aspirador de secreções doméstico<sup>33</sup>.

### **Mobilidade dentária**

A mobilidade dentária pode ter várias causas como; traumatismo, infeção, ser decorrente da presença de um tumor, ou por reabsorção óssea devido a doença periodontal (periodontite).A mobilidade dentária é determinada através da utilização de dois instrumentos rígidos colocados nas faces livres do dente em questão e classificada em graus, consoante a forma como estes dois instrumentos se deslocam. Assim, a classificação da mobilidade é definida em 3 graus: grau 1 (mobilidade maior

que a fisiológica), grau 2 ( mobilidade de 1mm em qualquer direção no sentido horizontal)e grau 3 ( mobilidade no movimento de intrusão do elemento dentário).<sup>34</sup>

### **Halitose**

A halitose não é considerada uma doença, mas, uma condição anormal do hálito, que indica um desequilíbrio local ou sistêmico. Um dos pioneiros na pesquisa sobre halitose foi o Dr. Joe Tonzetich (1924-2000), que estudou os Compostos Sulfurados Voláteis (CSV)e descreveu os vários fatos clínicos relacionados com o mau odor oral.<sup>35</sup>

A flora bacteriana oral tem um papel importante na halitose, como produtora de compostos sensíveis ao odor humano, bem como também, a saliva e suas várias funções, as doenças periodontais, os hábitos alimentares, de higiene, fatores físicos, patologias associadas, terapêuticas medicamentosas, hábitos de vida e fatores psicológicos<sup>36</sup>. No quadro 10, estão descritas algumas das causas de halitose.

*Quadro 10: Causas de halitose*

<b>Localização</b>	<b>Frequência</b>	<b>Doenças</b>
Cavidade oral	90%	Cárie dentária, doença periodontal, saburra lingual, polpa dentária exposta, feridas em cicatrização, impactação alimentar, próteses e restaurações mal-adaptadas, ulcerações, fístulas, lesões neoplásicas
Doenças otorrinolaringológicas e respiratórias	8%	faringite, tonsilite, sinusite, corpo estranho na cavidade nasal ou sinusal, bronquite, neoplasias.
Doenças do sistema digestivo	1%	síndromes de má absorção, doença do refluxo gastroesofágico, esofagite, hérnia do hiato, infecção por <i>Helicobacter pylori</i> .
Outras	1%	insuficiência renal, halitofobia, trimetilaminúria, diabetes.

Adaptado de Cristina A, Dal C, Danielli EM, Roberto A, Teixeira F. Halitose: proposta de um protocolo de avaliação. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007;73(6):835-42.

A halitose é multidisciplinar e multifatorial, por isso, um diagnóstico bem fundamentado e atento é muito importante para identificar as causas e orientar o tratamento. Existem diversos testes para avaliação e diagnóstico da halitose, com as suas vantagens e com os problemas inerentes. Os principais testes estão enumerados no quadro 11.

Quadro 11: Testes para Halitose

Testes	Vantagens	Problemas
Organolético	avaliação subjetiva	não tem precisão quantitativa; depende da acurácia da olfação do examinador.
CSV-Halímetro (aparelho que deteta compostos sulfurados voláteis)	permite obtenção de dados objetivos,	deteta os principais odor vetores não deteta todos os odor vetores presentes no ar expirado.
Teste de BANA® (método enzimático benzol-arginina-naphtylamida)	teste complementar	necessita de mais testes complementares.

Adaptado de Cristina A, Dal C, Danielli EM, Roberto A, Teixeira F. Halitose: proposta de um protocolo de avaliação. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007;73(6):835-42.

O tratamento da halitose relaciona-se com a eliminação da causa.<sup>36</sup>

### Dor Orofacial

A dor orofacial é a dor percebida no rosto e/ou cavidade oral e é causada por doenças ou distúrbios de estruturas regionais, por uma disfunção do sistema nervoso, ou dor referida a partir de fontes distantes. O correto diagnóstico e a individualização são a chave para uma estratégia terapêutica eficaz e adequada na dor orofacial<sup>37,38</sup>. As principais fontes de dor orofacial são problemas odontogênicos, cefaleias, patologias neurogênicas, dores musculoesqueléticas, dores psicogênicas, neoplasias, infecções, fenómenos autoimunes, trauma tecidual, processos inflamatórios (sinusites, parotidites), dores neuropáticas contínuas ou intermitentes e disfunções temporomandibulares<sup>39</sup>. Esta multiplicidade de causas para as dores orofaciais e a enorme prevalência de dores orais mostram a necessidade de serviços interdisciplinares para diagnóstico e tratamento de pacientes com dor facial crônica<sup>38</sup>.

### Edentulação

A boca, que é o ponto inicial do sistema digestivo, pela ação prioritária das mucopolissacaridases e protéases presentes na saliva, é a responsável pela correta formatação do bolo alimentar, que é a base de uma condição orgânica, funcional e nutricional adequada. No indivíduo total ou parcialmente edentado, há uma dificuldade intrínseca no trabalho do bolo alimentar, o que o obriga a procurar outros alimentos

mais adequados à eficiência mastigatória agora existente. Estes alimentos, no entanto, nem sempre são os mais adequados podendo levar a *deficit* nutricional.<sup>40</sup> A perda de dentes causa também uma diminuição da qualidade de vida dos indivíduos, especialmente quando afeta o seu bem-estar, aparência (devido a perda óssea, diminuição da dimensão vertical da face, entre outros fatores) e alterações da fonética. Estudos demonstram que estes doentes apresentam muitas vezes bocas dolorosas e um desconforto ao comerem qualquer tipo de alimento, o que lhes provoca perda de apetite e desinteresse pela comida. Sofrem também de baixa autoestima, diminuição da sua capacidade de comunicação, isolamento social e vergonha em sorrir<sup>40,41</sup>.

### **Próteses mal-adaptadas**

A literatura revela-nos uma variada gama de lesões da mucosa bucal que podem aparecer associadas a próteses removíveis mal-adaptadas, sendo as hiperplasias, as estomatites, as úlceras traumáticas, as lesões periodontais e as candidoses as mais frequentes<sup>42</sup>.

Quando ocorre hipossalivação e xerostomia a retenção e tolerância às próteses removíveis diminui, sendo aconselhável nestas situações, o uso de cremes adesivos que aumentam a retenção e diminuem o traumatismo das mucosas e/ou a realização de próteses implanto-suportadas, sempre que possível<sup>41</sup>.

A sialorreia também é um fator que interfere na diminuição da estabilidade e adaptação das próteses dentárias, sendo necessário o seu tratamento.<sup>25</sup>

### **Higiene oral deficiente**

Apesar de se reconhecer a importância de uma boa higiene oral na prevenção e no controlo das infeções, da mucosite e como alicerce para a existência de saúde oral, existem alguns estudos que nos dizem, que existe uma higiene oral deficiente e em que a cavidade oral é geralmente negligenciada, em populações suscetíveis como os portadores de doença avançada, crónica, incurável e nos quais a cavidade oral se encontra comprometida, seja pela própria doença, seja pelo seu tratamento<sup>43,44</sup>. Esta negligência aos cuidados orais verifica-se também em doentes hospitalizados e é um fator de risco para o desenvolvimento das pneumonias nosocomiais<sup>45</sup>.

Existe um deficiente grau de higiene numa grande percentagem dos portadores de próteses removíveis, quer por dificuldade de as manterem limpas, quer pelo desconhecimento de como as higienizar<sup>46</sup>.

Para melhorar esta realidade, devem ser aplicados protocolos de higiene oral eficazes, tendo sempre em consideração, o estado de debilidade do doente ajustando a higiene oral às suas condições e necessidades. Palmela e Salvado <sup>16</sup>preconizam que, o doente deve utilizar uma escova suave ou ultra suave 2 a 3 vezes por dia. Utilizar a pasta dentífrica da sua preferência, desde de que contenha flúor e deve evitar pastas designadas para branqueamento dentário ou com sabor intenso. Escovar os dentes e passar o fio dentário, fazer fluoretação (colocar a goteira pouco cheia de gel sobre os dentes durante 4 minutos, a quantidade de gel aplicada não deve escorrer pela goteira, remover a goteira e cuspir o excesso). Não bochechar nem deglutir. Lavar a goteira em água corrente. Após fazer a fluoretação, não deve comer ou beber durante 30 minutos. As pastilhas elásticas com flúor são particularmente indicadas nos casos de xerostomia, pois estimulam a remanescente secreção salivar, aumentando a capacidade tampão. Recentemente desenvolveram-se dispositivos intraorais de libertação lenta de flúor. O objetivo destes dispositivos é o de libertar, constantemente, baixos níveis de flúor para a saliva, por um período prolongado. A sua eficácia é indiscutível, mas o seu uso ainda é limitado<sup>16</sup>.

Pode ser necessária ajuda profissional para encontrar técnicas de escovagem eficientes e atraumáticas. Quando a escovagem for de todo impossível, preconiza-se utilizar esponjas ou gazes umedecidas, 3 vezes por dia. O doente deve ser educado e motivado para manter a higiene oral, mesmo após o início dos sintomas e quando as manobras de higiene forem desconfortáveis e até dolorosas<sup>16</sup>.

No quadro 12, estão descritos alguns produtos para fluoretação disponíveis no mercado.

*Quadro 12: Produtos para fluoretação*

Produtos	Alguns exemplos do mercado
Pastilhas elásticas fluoretadas sem açúcar	Trident Fluor®, Happydent White® (0,3 mg de Fluor)
Pastas dentífricas com alto teor de fluor	Duraphat 5000® da Colgate (0,5% - 5.000 ppm F) Fluocaril Bi-Fluoré® (2.500 ppm)
Soluções fluoretadas	Fluoreto fosfatado acidulado (0,044%) Fluoreto de sódio (0,05%) – Fluorigard® (250 ppm) Fluoreto de estanho (0,63%) – Gel-Kan® – 1.000 ppm F
Gel de fluor	Gel Kan® (0,4%) Flugel® (1,23% Na F, 12.300 ppm) Elmex gel® (1,5%, 12.500 ppm F) pH 4,8
Vernizes de fluor	Duraphat® (22.600 ppm) 5% Na F, pH 7,0 Profluorid Varnish Voco® (5% Na F) 17

Adaptado de Palmela P, Salvado F. Guidelines para cuidados de saúde oral em doentes oncológicos. 2010.

### **Osteorradição**

Osteorradição é a incapacidade do osso irradiado em responder aos traumas e agressões. O pré-tratamento dentário é fundamental para eliminar ou reduzir os focos sépticos e outros fatores de agressão que podem ocasionar ou potenciar a ocorrência de osteorradição.<sup>16</sup>

O fator principal na ocorrência de osteorradição é o uso de bifosfonatos (por exemplo, o zoledronato, pamidronato, ibandronato, alendronato e o risedronato). Os fatores de risco, de ocorrer osteonecrose, na terapêutica com bifosfonatos são variados e podem ser relacionados com o fármaco, com o local, com patologias orais concomitantes (a sua existência aumenta sete vezes o risco, como exemplo temos as patologias periodontais e abscessos dentários), traumas orais (por exemplo próteses mal-adaptadas), higiene oral deficiente, fatores demográficos e sistêmicos e outros fatores como terapêutica associada com corticoides, hábitos tabágicos, etanólicos ou quimioterapia associada<sup>16</sup>.

Nos fatores de risco relacionados com o fármaco: temos a potência dos fármacos (por exemplo, o zoledronato é mais potente que o pamidronato), a dose acumulada (e.v. > p.o.) , a biodisponibilidade (quanto mais prolongada, maior a probabilidade de ocorrência de osteorradição), a via de administração (por exemplo a via

endovenosa tem uma prevalência de ocorrência maior do que a via oral) e a duração da terapêutica (quanto maior a duração, maior é a prevalência).<sup>16</sup>

Nos fatores de risco relacionados com o local, pensa-se que a cirurgia oral aumenta o risco em cerca de sete vezes (exodontias, cirurgia periapical, cirurgia periodontal com envolvimento ósseo e implantologia), existe uma percentagem de ocorrência de 65% na mandíbula em relação aos maxilares (26%), sendo a porção posterior da mandíbula a mais afetada, e uma percentagem de 9% em tórus mandibulares e palatinos.<sup>16</sup>

Nos fatores de risco demográficos e sistémicos, temos a idade (mais idade, maior risco), a raça (caucasiana, maior risco), o tipo de neoplasia (mais frequentes no mieloma múltiplo, neoplasia da mama, da próstata, e pulmão), a existência de osteopenia, osteoporose e de diabetes<sup>16</sup>.

A osteorradionecrose classifica-se consoante o seu estadio em I, II e III. Esta classificação está discriminada no quadro 13.

*Quadro 13: Classificação da Osteorradionecrose*

<b>Estadio I</b>	Ulcação superficial e osso cortical exposto
<b>Estadio II</b>	Maior atingimento dos tecidos moles e exposição de osso medular. Pode haver presença de sequestros
<b>Estadio III</b>	Presença de fístula cutânea, fratura patológica, reabsorção do rebordo inferior da mandíbula ou deiscência de sutura de cirurgia anterior

Adaptado de Palmela P, Salvado F. Guidelines para cuidados de saúde oral em doentes oncológicos. 2010.

O tratamento é feito conforme o estadio em que se encontra a osteorradionecrose e está sintetizado no quadro 14.

Quadro 14: Tratamento <sup>16</sup>

Estadio	Tratamento
Estadio I Osso exposto/necrótico sem sintomas e sem sinais de infeção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colutórios antissépticos (clorexidina 0,12%) -</li> <li>- Controle clínico frequente</li> <li>- Educação do paciente</li> <li>- Contactar médico assistente para rever as indicações para a continuação da terapia com bifosfonatos orais ou, pelo menos, avaliar uma suspensão temporária</li> <li>- Nenhuma diferença foi encontrada entre os pacientes que continuaram ou interromperam a terapia com BFF endovenosos</li> </ul>
Estadio II Osso exposto/necrótico com dor e com infeção (eritema dos tecidos moles adjacentes c/ ou s/ drenagem purulenta)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antibioterapia sistémica de largo espectro por um período mínimo de 14 dias</li> <li>- Aconselhado – Amoxicilina + Ácido Clavulânico (875 mg + 125 mg de 12 em 12 h) associada ao Metronidazol (500 mg de 8 em 8 h).</li> <li>Nos casos de alergia aos Beta-lactâmicos, utilizar a Clindamicina (150 a 300 mg de 6 em 6 h) ou a Azitromicina (250 mg/dia)</li> <li>- Colutórios antissépticos</li> <li>- Analgésicos</li> <li>- Apenas desbridamentos superficiais para aliviar irritação dos tecidos moles adjacentes</li> <li>- Contactar médico assistente para rever as indicações para a continuação da terapia com BFF orais ou, pelo menos avaliar uma suspensão temporária</li> </ul>
Estadio III Osso exposto/necrótico com dor, infeção e mais um dos seguintes parâmetros: Fraturas patológicas, fístulas extra-orais ou osteólise até ao bordo inferior da mandíbula	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antibioterapia sistémica</li> <li>- Colutórios antissépticos</li> <li>- Desbridamentos cirúrgicos para controlo da infeção e dor</li> <li>- Contactar médico assistente para rever as indicações para a continuação da terapia com BFF orais ou, pelo menos avaliar uma suspensão temporária</li> </ul>

Adaptado de Palmela P, Salvado F. Guidelines para cuidados de saúde oral em doentes oncológicos. 2010.

### Resumo das interações entre alguns problemas dos doentes em cuidados paliativos

Os problemas orais têm um impacto significativo no bem-estar físico e psicossocial<sup>47</sup> e a maioria dos problemas da cavidade oral dos doentes paliativos não são fenómenos isolados, mas surgem da interação entre patologia de base, patologias associadas ou secundárias e suas terapêuticas<sup>48</sup>. Sendo muitas vezes estes problemas causas e

consequências uns dos outros como demonstrado na figura abaixo. E que demonstra a necessidade de existir uma equipa de cuidados paliativos multidisciplinar e comunicativa<sup>9,49</sup>.

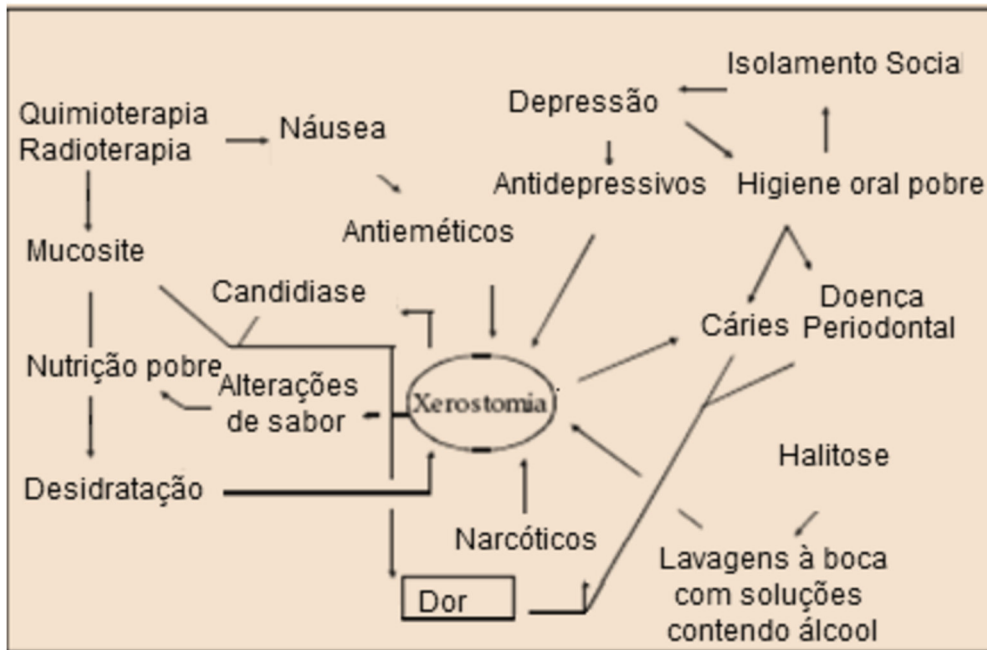


Figura 1- Resumo das interações entre alguns problemas dos doentes em cuidados paliativos<sup>10</sup>



## 2- As patologias e/ou problemas da cavidade oral nos registos de enfermagem

Os registos de enfermagem são de extrema importância para toda a equipa. Os enfermeiros são os membros da equipa de saúde que permanecem a maior parte do tempo junto aos pacientes, e são os profissionais que centralizam as informações relativas às condições tanto do paciente como do ambiente assistencial e organizacional<sup>50</sup>. São os registos de enfermagem que descrevem as reações dessas pessoas, as observações realizadas, as intervenções planeadas e as avaliações efetuadas, ao longo de todo o dia e noite.

Estes registos são uma necessidade para a investigação científica<sup>51</sup>. Pois as informações neles contidas podem ser de grande valia para a evolução da ciência e da qualidade do cuidar<sup>52</sup>.

Na temática dos cuidados à boca, sabe-se a importância que os registos têm para a continuidade dos cuidados e para a prevenção de alterações que podem adquirir dimensões graves para os pacientes. Assim, todas as observações da cavidade oral e respetivos achados devem ser devidamente registadas, para além das intervenções efetuadas, da evolução e do registo do impacto que estas patologias e/ou problemas da cavidade oral possam ter na pessoa doente<sup>44</sup>, porque os cuidados à boca são um dos indicadores de qualidade de um serviço de cuidados paliativos<sup>53</sup>.

A avaliação sistemática da cavidade oral possibilita uma intervenção precoce em algumas complicações, reduzindo a dor e/ou as limitações funcionais que o atingimento da mucosa oral evidenciam<sup>27</sup>.



## 3- INVESTIGAÇÃO

### *3.1- Problemas em estudo*

O tema desta investigação é a saúde oral em doentes paliativos internados em unidades de cuidados continuados e paliativos e os problemas em estudo, enquadram-se no domínio dos cuidados paliativos e continuados. Sendo a questão que o orienta: Quais as patologias e problemas da cavidade oral dos doentes paliativos internados em unidades de cuidados continuados e paliativos?

Os objetivos gerais desta investigação são: descrever patologias e problemas encontrados na cavidade oral dos doentes paliativos internados em unidades de cuidados continuados e paliativos.

### *3.2- Metodologia*

Para se responder às questões e objetivos propostos foi efetuado um estudo que, quanto aos aspetos metodológicos é do tipo observacional, quanto aos objetivos é descritivo, quanto à forma de organização dos dados no tempo é transversal e a análise das variáveis vai ser feita segundo uma metodologia quantitativa através de métodos estatísticos.

A população escolhida foram os doentes paliativos internados em unidades de cuidados continuados e paliativos, e a amostra é uma amostra não probabilística do tipo acidental, constituída por 14 doentes paliativos internados numa instituição de cuidados continuados e paliativos em Portugal Continental. Estes doentes corresponderam aos critérios de inclusão definidos que foram: serem maiores de 18 anos, estarem internados na unidade há mais de 48h e não terem patologia oncológica da cabeça e pescoço. E aos critérios de exclusão que foram: doentes com *déficit* cognitivo ou que, por avançada progressão da doença tenham fatores limitativos para a realização do estudo.

Os dados foram colhidos através da observação clínica em que foram utilizados os seguintes instrumentos: protocolo de observação (apêndice 1)) utilizando como guias de observação, os critérios de avaliação CPOD e o exame BOE (*bedside oral exam*); *formulário*, com escala analógica visual da dor e questões sobre higiene oral e uso de

prótese e foi feita a consulta dos registos de enfermagem para procurar registos que fizessem referência à dor ou outros problemas e patologias da cavidade oral .A escolha deste registo clínico deveu-se ao facto, de ser um registo diário, de fácil acesso e que centraliza as informações relativas às condições tanto do paciente como do ambiente assistencial e organizacional. Todos os instrumentos acima descritos estão contidos no apêndice 2.

Através dos registos de CPOD podemos obter o índice CPOD (Índice CPOD=C+P+O). Para calcular o índice CPOD exclui-se os terceiros molares (em vez de 32, só consideramos 28 dentes e os dentes perdidos considerados, são os que foram perdidos por cárie).

O Índice CPOD total é obtido pela razão entre a soma do índice de todos os dentes e o n.º de dentes.

Estes doentes foram avaliados alguns no mesmo dia e outros em dias consecutivos ou alternados consoante a disponibilidade da examinadora e/ou do serviço de internamento.

A colheita de dados foi realizada pela autora e calibrada por uma médica dentista, que avaliou 4 doentes e que foram reavaliados pela autora no mesmo dia. Para se descrever a intensidade da concordância entre dois observadores (juízes) utilizou-se a medida Kappa de Cohen, que é baseada no número de respostas concordantes entre os juízes. O Kappa é uma medida de concordância interobservador e mede o grau de concordância além do que seria esperado tão somente pelo acaso.<sup>54</sup> Obtivemos um grau de concordância de Kappa=1, p=0,046, (Intervalo de 95% de confiança do Kappa: [0,02;1,0] e intraobservador Kappa=1.

As observações intraorais foram realizadas com luz artificial e natural e com os doentes em posição sentada ou semi sentada em cadeira ou cama, nos seus quartos. E foram realizadas com sondas exploratórias aprovadas para o diagnóstico de lesões de cárie dentária pela OMS, espelhos, luvas de látex, máscaras e utilização de gazes esterilizadas (todo este material era descartável e de uso único) e com o auxílio de uma lanterna apoiada na testa de observador.<sup>7</sup>

O guia de observação "*Bedside oral exam*" utilizado é uma adaptação autorizada do original, e está na língua inglesa.<sup>55</sup>

Para a análise dos dados foi utilizado o programa Microsoft Office 365.

Todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas esta análise foi feita através da observação dos valores mínimos e máximos, e do cálculo de médias, medianas e desvios-padrão. As variáveis classificatórias foram apresentadas descritivamente em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%).

O procedimento de coleta de dados foi feito após o convite aos doentes paliativos que atenderam aos critérios de inclusão com todos os procedimentos éticos exigidos e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1), este termo foi elaborado conforme o preconizado para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação da Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa.

### 3.3-Resultados

#### Caracterização dos sujeitos

A variável idade, da amostra (n=14), apresentou uma média de 69,8, desvio padrão de 15,67, mediana 69 anos (40-95 anos). Sendo que, 43% da amostra se encontra entre os 60 -69 anos, como se mostra na figura2.

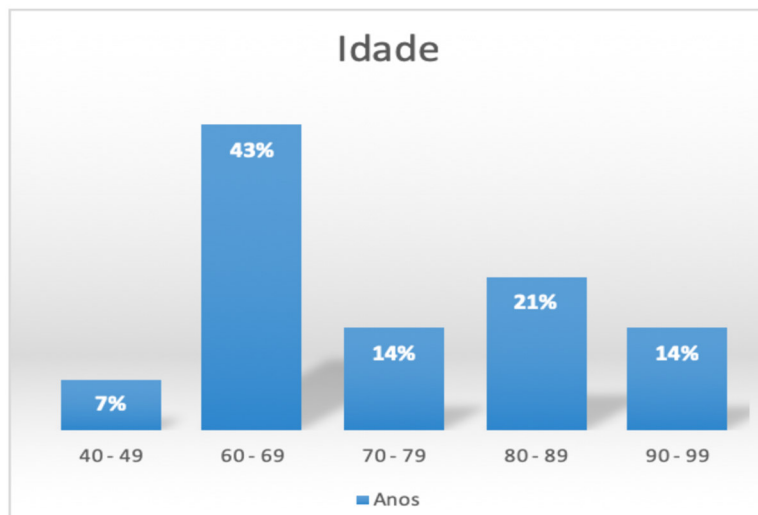


Figura 2: distribuição da idade em intervalos

A amostra divide-se em 50% do género feminino e 50% do género masculino (quadro 15).

*Quadro 15: Variáveis género*

Género	N	%
Feminino	7	50
Masculino	7	50
Total	14	100

Relativamente à pergunta: “Sente ou sentiu dor na boca nos últimos 2 meses” ,36% referem que sim, destes, 40% referem serem dores nos dentes.

Em relação à intensidade da dor sentida na boca nos últimos 2 meses (utilizando a escala visual analógica da dor), 80 % refere-a como moderada e 20% como intensa (quadro 16).

*Quadro 16: Questão 3 do formulário*

Qual foi a intensidade da dor sentida na boca?	N	%
Moderada (3-7)	4	80%
Intensa (8-10)	1	20%

A higiene oral antes do internamento na unidade, era feita por 29% com escova, uma vez por dia, para 50% era feita com escova mais de uma vez por dia, 21% fazia bochechos com colutório 1 vez por dia, 29% fazia bochechos com colutório mais de uma vez por dia. 71% usava pasta de dentes fluoretada e 14% responderam nenhuma das opções (quadro 17).

*Quadro 17: Questão 4 do formulário*

Como era feita a higiene oral antes do internamento nesta unidade?	N	%
Com pasta de dentes fluoretada	10	71%
Com escova, mais de uma vez por dia	7	50%
Com escova uma vez por dia	4	29%
Bochecho com colutório, mais de uma vez por dia	4	29%
Bochecho com colutório, uma vez por dia	3	21%
Nenhuma das opções	2	14%

Após o internamento na unidade, 29% refere fazer a higiene oral com escova 1 vez por dia, 43% refere com escova, mais de uma vez por dia, 7% refere fazer bochechos com colutório, uma vez por dia, 21%, bochecha com colutório mais de uma vez por dia, 64% usa pasta de dentes fluoretada e 14% escolheu nenhuma das opções (quadro 18).

*Quadro 18: Questão 5 do formulário*

Como é feita a higiene oral desde o seu internamento nesta unidade?	N	%
Com pasta de dentes fluoretada	9	64%
Com escova, mais de uma vez por dia	6	43%
Com escova, uma vez por dia	4	29%
Bochecho com colutório mais de uma vez por dia	3	21%
Nenhuma das opções	2	14%
Bochecho com colutório, uma vez por dia	1	7%

Verifica-se um decréscimo da frequência do número de escovagens após o internamento e na frequência de bochechos com colutório.

Os doentes que responderam nenhuma das opções (n=2) eram desdentados totais e referiram que apenas bochechavam a boca com água, esporadicamente, e lavavam as próteses com água corrente (sem nenhum meio mecânico ou químico de higienização). Todos os doentes da amostra realizam a sua própria higiene oral sem ajuda (segundo referiram) ou avaliação da sua efetividade por parte da enfermagem.

Observou-se (quadro 19) que 71% dos doentes (n=14) são portadores de próteses dentárias e destes 53% usam próteses acrílicas superiores e 47% acrílicas inferiores

(nenhuma é implanto-suportada). Destes 71% só 60% continua a usar próteses dentárias.

Quadro 19: Questão 7 do formulário

Tipo de Prótese	N	%
Acrílica Superior	10	53%
Acrílica Inferior	9	47%

Foi feita observação das condições dentária dos doentes para registo de CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados que significa restaurados) e avaliação do Índice CPOD<sup>1</sup>. Os critérios para o registo CPOD encontram-se descritos no formulário (apêndice 2). Os registos de CPOD obtiveram os resultados mencionados no quadro 20. De salientar que, 52,2% dos dentes foram perdidos devido a lesões de cárie dentária e 15,5% dos dentes presentes na cavidade oral têm cárie.

Quadro 20: Observação das condições dentárias dos doentes

Registos CPOD	Doentes														%
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	
Dentes Higiados		19	23		6		18	9	20			14	7		25.4
Dentes Cariados			5	32	4		2		3	8		5	6		15.5
Dentes obturados com cárie					2		1					1			0.9
Dentes obturados sem cárie		1							6			2			2.0
Dentes perdidos por cárie	32				18	32	11	23	3	24	32	10	19	32	52.2
Dentes perdidos por outro motivo		12	4		2										4.0
Selantes de fissura															0.0
Suporte de prótese, coroa, faceta ou implantes															0.0
Dentes não erupcionados															0.0
Traumatismos															0.0
Dentes não registados															0.0
<b>Totais</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>

Os resultados individuais do Índice CPOD estão registados no quadro 21.

Quadro 21: Índice CPOD dos doentes

D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14
28	1	5	28	20	28	10	19	12	28	28	18	21	28

Índice CPOD total=  $274 \div 14 = 19,6$

<sup>1</sup>Índice CPOD: criado por Klein, Palmer e Knutson em 1937

O índice CPOD dos doentes da amostra(n=14) é de 19,6, que é um índice de prevalência de cárie muito elevado segundo a OMS.<sup>7</sup>

### **Mobilidade dentária:**

Através da observação da existência de mobilidade dentária, verificou-se que na amostra, 50% apresentavam mobilidade dentária. De salientar, que nos 50% que não apresentaram mobilidade estão também incluídos os desdentados totais(n=4).

A mobilidade dentária existente nos dentes é em 36% de Grau I, em 18% de Grau II e em 45% dos dentes de Grau III.

Na categoria deglutição, observou-se enquanto o paciente deglutia (deve-se observar o reflexo faríngeo) que 57% tinham deglutição normal,36% apresentaram disfunção moderada (dor ou dificuldade em deglutir) e 7% disfunção severa da deglutição (incapaz de deglutir, intubado ou sem reflexo faríngeo)

Na categoria lábios, observou-se que 21% apresentavam lábios normais (suaves, lisos de cor rosada),79% tinha disfunção moderada (secos, fissurados). Nenhum apresentou disfunção severa (lábios ulcerados, com sangramento).

Na categoria língua, (deve-se observar a aparência tecidual)14% apresentou-a normal (rosada, hidratada, papilas presentes), 79% com disfunção moderada (tecido revestido ou com perda de papilas, aparência brilhante, com ou sem vermelhão) e 7% com disfunção severa (tecido com bolhas, fissuras ou sangramento)

Na categoria saliva, nesta observação, opcionalmente, pode-se tocar o centro da língua e pavimento da boca com espátula) em 36% estava normal (aquosa), 43% apresentavam disfunção moderada (espessa e viscosa) e 21% disfunção severa (ausência de saliva).

Na categoria membrana mucosa, (deve-se observar a aparência do tecido) em71% estava normal (rosada e hidratada) e 29% apresentaram disfunção moderada (vermelha ou revestida, sem úlceras).

Na categoria gengiva, (nesta observação, opcionalmente, pode-se tocar gentilmente com uma espátula de língua no tecido) em 57% estava normal (rosada e firme) e43% sofriam de disfunção moderada (edema com ou sem vermelhidão, com ou sem hemorragia).

Na categoria odor(cheirar), 43% tinham odor normal e 57% apresentaram disfunção moderada (odor desagradável ligeiro ou moderado).

Na categoria dentes ou próteses, (deve-se observar a sua aparência),14% estavam normais (limpos ou sem dentes),57% apresentaram disfunção moderada (resíduos locais, entre os dentes) e 29% tinham disfunção severa (resíduos e tártaro generalizado). Podemos assim, constatar que na observação clínica verificou-se que todos os doentes (n=14) apresentam algum tipo de disfunção, como demonstra o quadro 22.

*Quadro 22- Resultados da observação com o instrumento bedside oral exam*

Categoria	Normal	Disfunção moderada	Disfunção severa	Normal (%)	Disfunção moderada (%)	Disfunção severa (%)
Deglutição	8	5	1	57%	36%	7%
Lábios	3	11	0	21%	79%	0%
Lingua	2	11	1	14%	79%	7%
Saliva	5	6	3	36%	43%	21%
Membrana mucosa	10	4	0	71%	29%	0%
Gengiva	8	6	0	57%	43%	0%
Dentes ou próteses	2	8	4	14%	57%	29%
Odor	6	8	0	43%	57%	0%

Foi verificada a inexistência de registos de enfermagem com referência a alterações encontradas na cavidade oral, intervenções realizadas e avaliação após intervenções.

### *3.4- Discussão*

Apesar das limitações e dificuldades encontradas neste estudo os objetivos para esta pequena amostra foram cumpridos apesar, de não se ter conseguido especificar algumas das patologias e alguns dos problemas da cavidade oral em concreto, verificou-se que:

- A dor orofacial estava presente numa percentagem considerável de doentes, e que a maior parte destes, referiu que esta dor tinha origem dentária ou que era uma dor inespecífica na cavidade oral. No entanto, a severidade da dor sentida era de moderada a grave. Como tal, e como um dos pilares dos cuidados paliativos assenta no conforto e qualidade de vida dos doentes, é importante que tudo seja feito para a redução da dor. Tal só será possível com um adequado diagnóstico numa equipa multidisciplinar ou transdisciplinar, onde o correto diagnóstico e a individualização são a chave para uma estratégia terapêutica eficaz e adequada na dor orofacial<sup>37,38</sup>.
- As práticas de higiene oral antes do internamento, já não eram as recomendadas por Palmela e Salgado<sup>16</sup> e pioraram após este. Os dentes ou próteses apresentavam resíduos locais ou generalizados, concluindo-se que existe uma higiene oral deficiente e por vezes

precária como, a que foi encontrada nos estudos de Jales, Rocha e Serrano<sup>6,8,44</sup>. Os doentes que eram desdentados totais referiram que apenas bochechavam a boca com água, esporadicamente, e lavavam as próteses com água corrente (sem nenhum meio mecânico ou químico de higienização).

Todos os doentes da amostra realizavam a sua própria higiene oral sem ajuda (segundo referiram) ou avaliação da sua efetividade por parte da enfermagem. As enfermeiras participantes no estudo de Serrano<sup>44</sup>, valorizavam conceptualmente a importância da prestação de cuidados à boca, mas no quotidiano da sua prática, estes cuidados eram prestados de forma pouco sistemática e com baixa prioridade, sendo muitas vezes invisíveis nos registos de enfermagem. Foi percebido por Serrano<sup>44</sup> e pela autora deste estudo, que o momento de maior atenção, e em muitas situações único ao longo do dia para a prestação de cuidados à boca, correspondia ao momento da prestação de cuidados de higiene, durante o turno da manhã. Fora deste momento, os cuidados eram prestados muito esporadicamente, apenas quando acontecia alguma situação com repercussão visível nas pessoas, ou por solicitação. Apesar do reconhecimento geral que, a realização de uma boa higiene oral (para a prevenção e o controlo das infeções e da mucosite) só ser possível, através da aplicação de instrumentos e protocolos que permitam a uniformidade, a sua efetividade e monitorização<sup>44</sup>, (tendo sempre em consideração, o estado de debilidade do doente) estes não existiam, nem existiam programas de educação e motivação dos doentes e cuidadores, para manterem a higiene oral em todo o percurso da doença<sup>16</sup>.

- A maior parte dos doentes da amostra eram portadores de próteses dentárias removíveis confeccionadas com material acrílico e nenhuma era implanto-suportada. Destes, 40% referiram que tinham deixado de usar as próteses porque começaram a ser desconfortáveis ou que tinham começado a “fazer feridas na boca”. A autora deste estudo verificou que, nalguns doentes que continuavam a usar as próteses, estas estavam mal-adaptadas (tendo sido o emagrecimento, provavelmente, o fator major para esta inadaptação protética) e com uma higiene deficitária (devido a dificuldades para as manterem limpas, ou por desconhecimento de como as higienizar). Estes resultados corroboram com outros estudos realizados<sup>40-42,46</sup>, que demonstraram que

estes doentes apresentam muitas vezes bocas dolorosas; desconforto ao comerem qualquer tipo de alimento, o que lhes provoca perda de apetite e desinteresse pela comida; que as próteses mal-adaptadas são responsáveis por um variado tipo de lesões da mucosa oral, diminuição da sua capacidade de comunicação, isolamento social, vergonha em sorrir e diminuição da autoestima.

- O Índice CPOD obtido da amostra foi elevado. No entanto, não se pode concluir que estes doentes apresentam uma prevalência maior ou menor que os restantes membros da população portuguesa, porque, não existem estudos de prevalência de cárie dentária para a mesma faixa etária em Portugal. Mas, os poucos estudos existentes sugerem que a prevalência de cárie, no âmbito do contexto paliativo parece ser elevada. Rocha<sup>8</sup> no seu estudo, também verificou uma elevada prevalência de cárie dentária (n=29) nos doentes paliativos oncológicos e nos doentes com patologia oncológica da cabeça e pescoço e sabe-se que, se não houver uma adequada higiene oral e um programa de fluoretação adequado, as alterações salivares e a debilidade física e psicológica que diminuem o sistema imunitário criam condições para a existência de cáries extensas e de evolução rápida nos doentes paliativos<sup>16</sup>.

- Em relação à mobilidade dentária verificou-se que metade dos doentes apresentavam mobilidade dentária e que esta mobilidade existente nos dentes era, na maior parte dos casos, uma mobilidade muito severa (Grau III). A mobilidade dentária pode ter várias causas como; traumatismo, infeção, decorrente da presença de um tumor, ou por reabsorção óssea devido a doença periodontal<sup>56</sup>. A doença periodontal é uma doença infecciosa, crónica e que pode estar relacionada com várias patologias sistémicas, como a diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, infeções respiratórias, artrite reumatoide e a ocorrência de partos prematuros. Apesar de inúmeros estudos sugerirem uma associação entre a doença periodontal e as patologias sistémicas anteriormente mencionadas, existem outros que não corroboram essa relação. Havendo a necessidade de mais estudos nesta área e incentivo à prevenção desta doença<sup>23</sup>. Seria igualmente interessante saber, se a existência de uma mobilidade dentária tão elevada e com um grau tão elevado de severidade é normal nos doentes paliativos ou se os resultados da autora não refletem a realidade em doentes paliativos.

- Através da observação com o instrumento *bedside oral exam* verificou-se que quase metade da amostra apresentou uma disfunção da deglutição de moderada a severa, Serrano<sup>44</sup>, no estudo que realizou em 35 pessoas (n=35) com doença crónica incurável e progressiva hospitalizadas, também referiu disfunção moderada na deglutição, mas em menor percentagem. Os lábios e a língua no presente estudo, apresentaram uma disfunção moderada na maior parte dos doentes, o mesmo foi verificado por Serrano<sup>44</sup>. Em relação à saliva observou-se uma disfunção severa em 21% e moderada em 43% dos doentes, Serrano<sup>44</sup>, registou disfunção severa na saliva de 1 pessoa e disfunção moderada em 40% dos doentes. Wiseman<sup>9</sup>, ao estudar 25 doentes em cuidados paliativos, verificou que todos referiram diminuição da produção de saliva, e que em todos estavam prescritos cinco fármacos das classes classificadas como potenciais indutores de xerostomia. Sendo a xerostomia um fator de elevado desconforto para o doente, impõe-se ações que visem a diminuição do desconforto motivado por esta<sup>9</sup>. Os substitutos de saliva são uma hipótese terapêutica útil e devem ser usados principalmente antes das refeições para facilitar a deglutição. Pelo contrário, os colutórios que contenham álcool devem ser evitados, pois a sua ação desidratante aumenta a secura das mucosas<sup>49</sup> e recomenda-se a alteração da utilização. Foi observado pela autora, que a grande maioria dos doentes da amostra que realizava bochechos na sua higiene oral, o fazia com colutórios à base de álcool (alguns com *Tantum Verde*). Sabemos que o *Tantum Verde* e outros colutórios à base de álcool, contribuem para o dano das mucosas orais já de si fragilizadas (cerca de 1/3 dos doentes da amostra deste estudo e do estudo de Serrano, apresentaram disfunção moderada da mucosa oral). O álcool é um componente que provoca desidratação das mucosas, portanto, o seu uso é contraindicado nesses doentes, que já referem a sensação de boca seca<sup>8</sup>. A CHX (Clorexidina) é um produto sem álcool, e os colutórios que apresentam este composto na sua constituição têm uma forte ação antimicrobiana e pode ser usada se existirem infeções na cavidade oral<sup>30</sup>, portanto, é recomendável a alteração da utilização de colutórios com álcool por outros sem álcool e de preferência com Clorexidina ou outros componentes, que futuros estudos possam comprovar mais benéficos para esta população. Na gengiva observou-se disfunção moderada em 43%, mas, Serrano<sup>44</sup>

registou 85,7% de disfunção moderada. Em mais de metade da amostra, verifica-se a existência de halitose de forma moderada. Rocha<sup>8</sup>, também verificou a existência de halitose nos doentes do seu estudo. Não existe dados epidemiológicos relativamente à incidência ou prevalência da halitose em doentes paliativos.

- O resultado da consulta dos registos de enfermagem dos doentes, foi de que não se realizam qualquer tipo de registos com a informação referente a alterações encontradas na cavidade oral, intervenções realizadas ou de avaliações após intervenções. A razão apresentada pelos enfermeiros neste estudo, para não fazerem registos de enfermagem referentes a dor ou outras patologias e problemas da cavidade oral foi, que estes itens não fazem parte do que é habitualmente referido nos registos naquela unidade, sendo este tipo de informação transmitida entre a equipa oralmente.

A inexistência destes registos, foi verificada também por Serrano<sup>44</sup> e constitui um condicionamento para a efetividade de cuidados orais, assentes em protocolos e ações baseadas na evidência científica e na sua monitorização para verificação da qualidade do serviço prestado<sup>44</sup>.

Como referido no início desta discussão, foram encontradas várias limitações e dificuldades na realização deste estudo de investigação que passo a descrever:

- Tamanho reduzido da amostra e suas características (não aleatória acidental), o que impede a generalização dos resultados;
- Ser um estudo descritivo, portanto, não estuda uma correlação de causa e efeito entre as variáveis;
- Possíveis vieses de observação;
- Método de calibragem da observação, por terem sido poucas observações e reavaliações realizadas. Se tivesse sido possível efetuar mais, o grau de concordância de Kappa Cohen inter e intraobservador poderia sofrer alterações;
- Características da população, devido às suas limitações e debilidades não é fácil efetuar observações e/ou questionários sem provocar nenhum tipo de desconforto ou constrangimento;

- Encontrar doentes que reunissem todos os critérios de inclusão e que quisessem participar no estudo;
- Escassez de literatura ou outros estudos que permitam comparações de resultados;
- Limitações dos instrumentos utilizados e métodos de recolha dos dados
  - Limitações dos registos CPOD
    - Informa dos dentes perdidos por cárie, mas não temos informação de qual foi a causa da perda dos outros dentes;
    - Apresenta possibilidade de interpretações distintas dos estágios iniciais da cárie, por parte dos examinadores;
    - Ocorre ainda subestimação do índice quando cáries de esmalte deixam de ser consideradas, é obtido mediante exame restrito à coroa do dente, que não permite identificar as cáries radiculares.
  - Limitações da observação clínica
    - A posição sentada ou semi-sentada em cadeira ou cama do observado e falta de ergonomia do observador dificulta a correta observação da cavidade oral;
    - Luz insuficiente (apesar de se utilizar lanterna presa na testa do observador);
    - Debilidades físicas dos observados.
    - O teste organolético para a avaliação da halitose não tem precisão quantitativa, depende da acurácia do olfato do examinador, sendo por essa razão uma avaliação subjetiva.

As aplicações e implicações que este estudo pode ter, têm sido mencionadas ao longo deste trabalho, no entanto, vou descrever algumas de forma sucinta.

Este estudo pode servir de base e incentivo à realização de investigação científica nesta área (que pode ser muito facilitada se forem efetuados registos de enfermagem com a avaliação sistemática da cavidade oral e a existência de um protocolo de realização de cuidados à boca).

O conhecimento das patologias e problemas da cavidade oral nos doentes paliativos internados em unidades de cuidados continuados e paliativos é fundamental, para alavancar a definição de estratégias multidisciplinares e entre entidades públicas ou

privadas, que permitam uma melhoria da saúde oral destes doentes. Funcionando assim, como mais uma ferramenta para atingir estes objetivos tão nobres dos cuidados paliativos que são; o de prevenir e aliviar o sofrimento, promover o conforto, melhorar a qualidade de vida e dignificar as pessoas portadoras de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico de vida limitado.

### *3.5- Sugestões para estudos e ações futuras*

- Estudo nacional com uma amostra maior, com a metodologia usada neste, para obter uma amostra com significado estatístico relevante para esta população;
- Implementação de estratégias de formação e prevenção das patologias e problemas da cavidade oral inerentes às diferentes doenças crónicas;
- Disponibilização de serviços de saúde oral a todos os doentes paliativos internados ou no domicílio;
- Melhoria dos instrumentos de medição da qualidade em saúde oral, com validação e aplicação aos doentes paliativos e realidade portuguesa;
- Estudar a microbiologia oral dos doentes em cuidados paliativos para adoção de protocolos de higiene oral e produtos mais adequados às suas condições orais;
- Ações de sensibilização e formação junto aos médicos dentistas e estomatologistas referentes aos cuidados paliativos;
- Projetos de educação de saúde oral e motivação dos doentes e seus cuidadores, durante todo o percurso da doença.
- Melhorar registos clínicos (médicos e de enfermagem) nos programas informáticos, porque, estes registos devem ser precisos e codificados para de forma simples, acessível e fiel puderem ser efetuados estudos estatísticos e de prevalência de patologias e problemas de saúde.

### *3.6- Considerações finais*

Da pesquisa bibliográfica que se realizou, até à data, infere-se que não existem estudos sobre quais os problemas e patologias da cavidade oral dos doentes paliativos internados em unidades de cuidados continuados e paliativos de uma forma global ou

que incluam pacientes sem patologia oncológica, e que espelhem a realidade portuguesa. Ou são estudos apenas de uma das patologias ou problemas de forma isolada (como por exemplo, xerostomia, mucosite, ou são apenas referentes a uma fração dos doentes em cuidados paliativos (oncológicos, especialmente com patologia da cabeça e pescoço) ou referentes a doentes paliativos internados em unidades em que os profissionais podem não ter formação específica da área. Destes estudos, poucos são realizados em Portugal e destes poucos a maioria são teses de doutoramento ou mestrado.

Infere-se também que apesar da saúde oral puder trazer benefício na saúde, qualidade de vida e conforto nestes doentes e dos profissionais de saúde reconhecerem este fato, os cuidados orais são remetidos para segundo plano e por vezes negligenciados pelos profissionais, cuidadores e pelos próprios doentes.

O mérito e intuito deste estudo é o de chamar a atenção para o tema Saúde Oral dos doentes paliativos em especial dos que se encontram internados em unidades de cuidados continuados e paliativos e que não padecem de patologia oncológica da cabeça e pescoço. Apesar destes doentes, na maioria das vezes, já se encontrarem em final de vida, a sua saúde oral não pode ser negligenciada, pois contribui para reduzir o sofrimento, dar conforto , evitar ou diminuir morbilidades associadas com a própria doença e/ou o seu tratamento(por exemplo, mucosite ,infeções oportunistas), melhorar a qualidade de vida e ser um dos indicadores da qualidade do serviço.



## 4- CONCLUSÕES

O estudo realizado é um estudo piloto, na medida que tenta verificar e descrever quais as patologias e problemas da cavidade oral dos doentes paliativos internados em unidades de cuidados continuados e paliativos abrangendo uma amostra da população paliativa em que ainda não se fizeram estudos semelhantes. Pois exclui os doentes com patologia oncológica de cabeça e pescoço e inclui outras patologias para além das oncológicas. Apesar do tamanho reduzido da amostra (n=14) não permitir tirar conclusões, pelo menos sugere a possível existência de patologias e problemas da cavidade oral nestes doentes que podem estar a ser negligenciadas ou sem terem o acompanhamento adequado, por parte dos profissionais e dos próprios doentes, porque não existem registos que nos permitam avaliar se existe protocolo de cuidados orais ou se esse protocolo está a ser seguido de forma eficaz, quais as alterações encontradas na cavidade oral, intervenções realizadas e avaliação após intervenções. A inexistência de registos é um condicionamento para a efetividade de cuidados orais, assentes em protocolos e ações baseadas na evidência científica e na sua monitorização para a verificação da qualidade do serviço prestado.

O presente estudo, o de Jales<sup>6</sup>, Rocha<sup>8</sup>, Serrano<sup>44</sup> e de outros autores, mostraram que, apesar do estado de saúde dos doentes paliativos ser crítico, é possível reduzir a dor e outras queixas, e, acima de tudo, que ao melhorar a sua qualidade de vida também se aumenta a sobrevida e se preserva a dignidade. O facto de que doenças vulgares, como cárie, doença periodontal e infeções oportunistas serem regularmente passadas para segundo plano, imaginando-se que doentes com doenças, graves como as neoplasias, não sofrem a influência destas doenças vulgares, é uma constante e espera-se que os resultados encontrados, ajudem a mudar este pensamento, realçando o óbvio: *todas a doenças infecciosas devem ser tratadas, sejam ela a causa primária ou não, do padecimento do doente.*

Neste estudo observou-se que as principais patologias e problemas encontrados na cavidade oral dos doentes paliativos internados em unidades de cuidados continuados e paliativos são referentes a deficiente higiene oral, alterações na mucosa oral, na deglutição, língua, lábios, gengiva, saliva, mobilidade dentária, elevada prevalência de

cárie dentária, halitose, próteses mal-adaptadas, edentulação e dor orofacial. Estas alterações são observadas maioritariamente como disfunções moderadas, no entanto, observou-se algumas disfunções ligeiras e severas e que todos os doentes da amostra apresentaram pelo menos uma disfunção.

O cumprimento dos objetivos propostos por este estudo permitiu identificar que, existem necessidades de cuidados orais nos doentes paliativos internados em unidades de cuidados continuados e paliativos, estas necessidades relacionam-se com as patologias e problemas específicos desta população e estes cuidados devem ser realizados e adequados ao indivíduo, através de projetos e ações específicas da estomatologia paliativa. Se os resultados aqui obtidos espelharem a realidade urge sensibilizar os doentes e equipas de cuidados paliativos para a importância de se manter uma boa higiene oral, adequada ao doente e à sua situação oral e geral. Esta sensibilização pode ser feita através de campanhas de informação e formação, adequadas e específicas para os doentes, cuidadores e equipas. É essencial tratar, atenuar ou intervir nas patologias e problemas da cavidade oral observadas neste estudo e noutras que não foram referidas e promover a realização de mais estudos nesta área. É importante que haja um protocolo de avaliação rápida da cavidade oral, que eu proponho que seja feito com o uso do BOE (por ser de fácil utilização) e proponho o uso de um código para registo de alterações na cavidade oral, com as alterações mais comuns, com o objetivo dos registos e observações serem rápidos e fáceis de realizar e registar nos registos clínicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO (World Health Organization E. Definition of Palliative Care. 2012.
2. Neto I. Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: Barbosa A, Neto IG, editors. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Lisboa; 2010. p. 1–42.
3. Saúde DG da. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Plano Nac Saúde 2012-2016. 2012;23.
4. Jales S, Siqueira J. A equipa multiprofissional em cuidados paliativos. In: Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2012. p. 368–70.
5. Kranck E. Cuidados com a cavidade oral em cuidados paliativos. In: Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 293.
6. Jales S. Avaliação da efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos no alívio da dor, sintomas bucais e melhora da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos: ensaio clínico não controlado. Fmusp. 2011;1–39.
7. WHO (World Health Organization E. Oral Health Surveys - Basic Methods [Internet]. 5ª. WHO (World Health Organization E, editor. World Health Organization. Geneva: world Health Organization; 2013. 1.137. Available from: [www.who.int/oral\\_health](http://www.who.int/oral_health).
8. Rocha ÉR da. Patologia oral nos doentes em cuidados paliativos oncológicos – IPO-Porto. 2011; Available from: <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2607>
9. Wiseman M. The treatment of oral problems in the palliative patient. J Can Dent Assoc (Tor). 2006;72(5):453–8.
10. Simões RJ, Fonseca P, Figueiral MH. Infecções por Candida spp na Cavidade Oral. Odontol Clin. 2013;12(1):19–22.
11. Peixoto JV, Rocha MG, Nascimento RTL, Moreira VV, Kashiwabara TGB. Candidíase: uma revisão de literatura. Bras J Surg Clin Res [Internet]. 2014;8(2):75–82. Available from: [http://www.mastereditora.com.br/periodico/20141001\\_074435.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20141001_074435.pdf)
12. Lador N, Polacheck I, Gural A, Sanatski E, Garfunkel A. A trifungal infection of the mandible: Case report and literature review. Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology. 2006;101(4):451–6.
13. Azul AM, Trancoso PF. Patologia mais frequente da mucosa oral. Rev Port Clin Geral [Internet]. 2006;2:369–77. Available from: <http://www.apmcg.pt/Download.aspx?file=+H9KsPBBThmkjxXxYr2tnWqcllg8AFhHulvnn9qbno/e7ds625NqelAxE4FdG3zVcCNe1vuZHfRslwZkfd3C6zB6oMDeWzf0AaZ4WsrnCg8VxOo7TkA08+wQkuC7Y7z/&name=Patologia mais frequente da mucosa...>
14. Scalercio M, Valente T, Israel MS, Ramos ME. Estomatite protética versus candidíase : diagnóstico e tratamento. RGO. 2007;55(4):395–8.
15. Laskaris G. Color Atlas of Oral Diseases. Vol. 32, Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2004. 261 p.
16. Palmela P, Salvado F. Guidelines para cuidados de saúde oral em doentes oncológicos. 2010.

17. Falcão AFP, Santos LDB, Sampaio NDM. Candidíase Associada a Próteses Dentárias. *Sitientibus*. 2004;30(75):135–46.
18. Carli J, Giaretta B, Vieira R, Linden M, Ghizoni J, Pereira J. Transfemoral Amputation: Prosthetic Management. *Salusvita* [Internet]. 2013;103–15. Available from: <http://www.oandplibrary.org/alp/chap20-02.asp>
19. Alexandre J, Leite F. Antibioticoterapia em medicina dentaria [Internet]. 2014. Available from: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16279/1/Antibiotico Final 2.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16279/1/Antibiotico%20Final%20.pdf)
20. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Fleisher LA, et al. 2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Vol. 70, *Journal of the American College of Cardiology*. 2017. 252-289 p.
21. Wilson K, Taubert K, Gewitz M, Lockhart P, Baddou L, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: Guidelines from the American Heart Association. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2008;139(1 SUPPL.):3S–4S. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10&NEWS=N&AN=351211981>
22. Pereira A, Neves A, Trindade A. Imunologia da Cárie Dentária. *Biomed Pharmacol J* [Internet]. 2016;9(2):823–6. Available from: [www.alergomed.org/uploads/1/0/0/2/10021998/lectura\\_seminario\\_-\\_caries\\_dental\\_2.pdf](http://www.alergomed.org/uploads/1/0/0/2/10021998/lectura_seminario_-_caries_dental_2.pdf)
23. Almeida RF, Morado Pinho M, Lima C, Faria I, Santos P, Bordalo C. Associação entre doença periodontal e patologias sistémicas. *Rev Port Clínica Geral*. 2006;22:379–90.
24. Volpato L, Silva T, Oliveira T, Sakai V, Machado M. Mucosite bucal rádio e quimioinduzida. *Rev Bras Otorrinolaringol* [Internet]. 2007;73(4):562–8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72992007000400017&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992007000400017&lng=pt&tlng=pt)
25. Devita V, Hellman S, Rosenberg S. *Cancer Principles e Practice of Oncology*. 8ª. Devita V, Lawrence T, Rosenberg S, editors. Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 2008. 3151 p.
26. Worthington H, Clarkson J, Bryan G, Furness S, Glenny A, Littlewood A, et al. Interventions for Preventing Oral Mucositis in Patients With Cancer Receiving Treatment (Review) [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd. 2011 [cited 2018 Jan 7]. p. 14–40. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/>
27. Benito A. Mucosite. In: Barbosa A, Neto I, editors. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2ª. Lisboa: Centro de Bioética-Faculdade de Medicina de Lisboa; 2016. p. 337–45.
28. Kroetz F, Czulniak G. Alterações Bucais E Condutas Terapêuticas Em Pacientes Infanto-Juvenis Submetidos a Tratamentos Anti-Neoplásicos. *Ci Biol Saúde*. 2003;9(2):41–8.
29. Coimbra F. Xerostomia. Etiologia e tratamento. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac* [Internet]. 2009;50(3):159–64. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890\(09\)70117-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890(09)70117-7)

30. Feio M, Sapeta P. Xerostomia em cuidados paliativos. [Internet]. Vol. 18, Acta Médica Portuguesa. 2005. p. 459–65. Available from: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1064>
31. Key A, Sch T, Sci JD, Tajane C, Saraf K, Patait M, et al. Xerostomia A Continuing Challenge for Oral Healthcare Professionals – A Review. Sch J Dent Sci. 2018;5(7):355–8.
32. Lakraj AA, Moghimi N, Jabbari B. Sialorrhea: Anatomy, pathophysiology and treatment with emphasis on the role of botulinum toxins. Toxins (Basel). 2013;5(5):1010–31.
33. Xerez DR. Reabilitação na Esclerose Lateral Amiotrófica:revisão da literatura. Acta Fisiátrica [Internet]. 2000;15(3):182–8. Available from: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102947/101252>
34. Silva DG, Tosto MC, Tavares M, Nascimento J, Silva O, Abreu T, et al. Protocolo De Atendimento Da Clínica De Periodontia Unigranrio : Pacientes Com Diabetes Mellitus. :1–12.
35. Uliana R. Halitose. An do 15º conclave Odontol Campinas. 2003;1–8.
36. Cristina A, Dal C, Danielli EM, Roberto A, Teixeira F. Halitose: proposta de um protocolo de avaliação. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007;73(6):835–42.
37. Siqueira JTT de, Lin HC, Nasri C, Siqueira SRDT de, Teixeira MJ, Heir G, et al. Clinical study of patients with persistent orofacial pain. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 2004;62(4):988–96. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2004000600011&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2004000600011&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
38. Siqueira JTT. As Dores Orofaciais na Prática Hospitalar – Experiência brasileira. Prática Hosp. 2006;48(3):85–9.
39. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. Dental Press J Orthod [Internet]. 2010;15(3):114–20. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-94512010000300014&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512010000300014&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
40. Manetta CE. A importância do bom funcionamento do sistema mastigatório para o processo digestivo dos idosos Fernando Luiz Brunetti Montenegro. Rev Kairós. 2007;(January 2007):245–57.
41. Misch C. Próteses sobre Implantes Dentais. 2ª. Elsevier Brasil; 2015. 1008 p.
42. Goiato M, Castelleoni L, Santos D, Filho, Gennari H, Gonçalves A. Lesões Oraís Provocadas Pelo Uso de Próteses Removíveis. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2005;5(1):85–90.
43. Mulk BS, Chintamaneni RL, Prabhat MP V, Gummadapu S, Salvadhi SS. Palliative dental care- A boon for debilitating. J Clin Diagnostic Res. 2014;8(6):1–6.
44. Serrano M. Cuidar a Boca em Cuidados Paliativos - Contributo para a promoção da dignidade humana. 2009;
45. Amaral S, Cortês A, Pires F. pneumonia nosocomial:importância do microambiente oral. J Bras Pneumol. 2009;1116–24.
46. Fonseca P, Areias C, Figueiral MH. Higiene de próteses removíveis. Rev Port

- Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac [Internet]. 2007;48(3):141–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890\(07\)70132-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890(07)70132-2)
47. Allen P. Assessment of oral health related quality of life. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2003;1(1):40. Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-1-40>
  48. Elad S, Horowitz R, Zadik Y. Supportive and palliative care in dentistry and oral medicine. Xiangya Med [Internet]. 2016;1(September):11–11. Available from: <http://xym.amegroups.com/article/view/3568/4286>
  49. Wiseman M. Palliative care dentistry. Gerodontology. 2000;17(1):49–51.
  50. Rohr Y. Assessment And Care Of The Mouth:An Essential Nursing Activity,Especially For Debilitated Or Dying Inpatients. 2006;(2004):2004–6.
  51. Pastrana T, Radbruch L, Nauck F, Höver G, Fegg M, Pestinger M, et al. Outcome indicators in palliative care-how to assess quality and success. Focus group and nominal group technique in Germany. Support Care Cancer. 2010;18(7):859–68.
  52. Pimpão FD, Filho WDL, Vaghetti HH, Lunardi VL. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: Buscando a sistematização da assistência de enfermagem. Rev Enferm. 2010;18(3):405–10.
  53. Capelas ML. Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos. Universida. Lisboa; 2014.
  54. Peres M, Traebert J, Marcenes W. Saúde Pública - Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. Cad Saude Publica. 2001;17(1):153–9.
  55. Prendergast V, Kleiman C, King M. The Bedside oral exam and the barrow oral care protocol: Translating evidence-based oral care into practice. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. 2013;29(5):282–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2013.04.001>
  56. Silva D, Tosto M, Evangelista M, Silva J, Abreu T, Monteiro C, et al. Protocolo De Atendimento Da Clínica De Periodontia Unigranrio: Pacientes Com Diabetes Mellitus. Rev Rede Cuid em Saúde. 2017;10(1):1–12.

## APÊNDICES



## Apêndice 1-Protocolo de observação

1. Explicar o objetivo do estudo de investigação e os procedimentos;
2. Ler o consentimento informado, explicar que a participação no estudo é voluntária;
3. Pode ser interrompida em qualquer momento do seu decorrer.
4. Pedir a assinatura.
5. Preencher formulário;
6. Realizar observação clínica utilizando como guias de observação:
  - O BOE
  - Critérios de avaliação de CPOD da OMS

Nota: A análise dos registos de enfermagem do doente vai ser realizada no dia do preenchimento do formulário e da realização da observação clínica. A análise vai ser feita com o máximo de 20 registos de enfermagem anteriores ao dia.

## Apêndice 2-Formulário

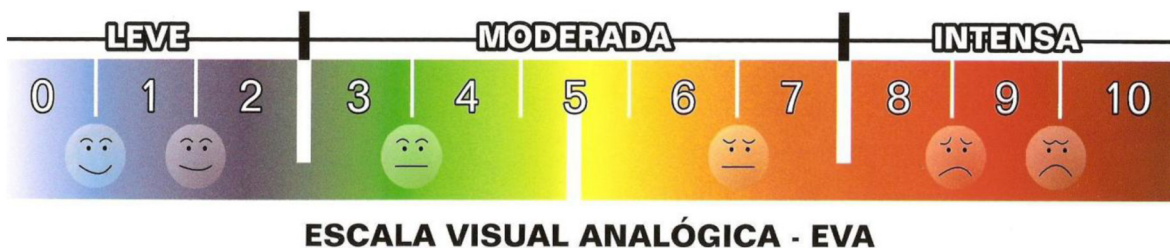
**Sexo:** Masculino  Feminino

**Idade:** \_\_\_\_\_

	Sim	Não	Não sei
1-Sente ou sentiu dor na boca nos últimos 2 meses?			
2-Em caso afirmativo, é ou foi dor nos dentes?			

3-Qual é ou foi a intensidade da dor sentida na boca? (escala visual analógica da dor)

### ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



4- Como era feita a higiene oral antes do internamento nesta unidade (escolha uma ou várias opções)?

- 4.1-Com escova, uma vez por dia
- 4.2-Com escova, mais de uma vez por dia
- 4.3-Bochecho com colutório, uma vez por dia
- 4.4-Bochecho com colutório, mais de uma vez por dia
- 4.5-Com gaze ou esponja, uma vez por dia
- 4.6-Com gaze ou esponja, mais de uma vez por dia
- 4.7-Com pasta de dentes fluoretada
- 4.8-Nenhuma das opções

5- Como é feita a higiene oral desde o seu internamento nesta unidade (escolha uma ou várias opções)?

- 5.1-Com escova, uma vez por dia

- 5.2-Com escova, mais de uma vez por dia
- 5.3-Bochecho com colutório, uma vez por dia
- 5.4-Bochecho com colutório, mais de uma vez por dia
- 5.5-Com gaze ou esponja, uma vez por dia
- 5.6-Com gaze ou esponja, mais de uma vez por dia
- 5.7-Com pasta de dentes fluoretada
- 5.8-Nenhuma das opções

6- É portador de prótese dentária? Sim  Não

7-Se sim:

- Superior

Fixa  Removível

- Inferior:

Fixa  Removível

8-Utiliza a prótese atualmente? Sim  Não

**Código 0** - Dente hígido: O dente é registado como hígido, caso não apresente sinais evidentes de tratamento ou de cárie na coroa ou na raiz quando exposta. São igualmente registadas com este código: Manchas esbranquiçadas; descolorações ou manchas resistentes, escuras e brilhantes que não apresentavam sinais de cavitação à sondagem; Sulcos ou Fissuras no esmalte que não apresentavam sinais visíveis de cavitação detetável à sondagem; Áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; Lesões que pela sua distribuição e/ou história e ao exame visual e táctil demonstrem serem provenientes de abrasão; Cáries que não apresentem cavitação, ou seja, estágios iniciais de cárie não são levadas em consideração, uma vez que não podem ser registados com clareza.

**Código 1** - Cariado: O dente foi registado como cariado quando existe numa superfície, da coroa ou raiz, um sulco, fissura ou superfície lisa com cavidade evidente ou tecido amolecido na base. Dentes com restaurações temporárias são incluídos neste critério.

**Código 2** - Restaurado com cárie: O dente é considerado restaurado com cárie, quando apresenta uma ou mais restaurações permanentes, com uma ou mais áreas de cárie.

**Código 3** - Restaurado sem cárie: O dente é considerado restaurado sem cárie, quando apresenta uma ou mais restaurações permanentes, sem sinais evidentes de cárie. Um dente com uma coroa colocada após remoção de cárie, inclui-se nesta categoria.

**Código 4** - Dente ausente por cárie: O dente é registado como ausente devido a cárie, caso tenha sido perdido na realidade por cárie e nos quais não haja dúvida quanto à causa.

**Código 5** - Dente ausente por outra razão: considera-se dente ausente por outra razão, quando se trata de uma ausência congénita, extração por razões ortodônticas, doença periodontal ou trauma.

**Código 6** - Selante: Considera-se este código em casos de existência de Selante de fissura na face oclusal ou quando esta foi alargada para a colocação de compósito.

**Código 7** - Prótese ou Implante: Indica um dente que é parte de uma prótese fixa, sendo este código utilizado também, para coroas colocadas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas.

**Código 8** - Dente não erupcionado: Quando o dente ainda não erupcionou, atendendo à cronologia da erupção. Esta categoria não inclui dentes perdidos por problemas congénitos, por trauma, etc.

**Código T** - Traumatismo: Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.

**Código 9** - Não registado: Utilizamos este código, quando não era possível examinar o estado da Coroa e da Raiz por qualquer motivo.

#### **Ficha de identificação dentária para registo do CPOD**

<b>CODIFICAÇÃO</b>	<b>CONDIÇÃO</b>
<b>0</b>	Hígido
<b>1</b>	Cariado

2	Obturado com cárie
3	Obturado sem cárie
4	Perdido por cárie
5	Perdido por outro motivo
6	Selante de fissura
7	Suporte de prótese, coroa, faceta ou implante
8	Não erupcionado
T	Traumatismo
9	Não registado

	<b>1.</b>	<b>1.7</b>	<b>1.6</b>	<b>1.5</b>	<b>1.4</b>	<b>1.3</b>	<b>1.2</b>	<b>1.1</b>	<b>2.1</b>	<b>2.2</b>	<b>2.3</b>	<b>2.4</b>	<b>2.5</b>	<b>2.6</b>	<b>2.7</b>	<b>2.8</b>
<b>8</b>																
<b>Coroa</b>																
<b>Raiz</b>																
<b>Coroa</b>																
<b>Raiz</b>																
	<b>4.</b>	<b>4.</b>	<b>4.</b>	<b>4.5</b>	<b>4.4</b>	<b>4.3</b>	<b>4.2</b>	<b>4.1</b>	<b>3.1</b>	<b>3.2</b>	<b>3.3</b>	<b>3.4</b>	<b>3.5</b>	<b>3.6</b>	<b>3.7</b>	<b>3.8</b>
<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>														



















**Mobilidade Dentária:**

	<b>Grau I</b>	<b>Grau II</b>	<b>Grau III</b>
<b>Mobilidade</b>			

<b>Categoria</b>	<b>1-Normal</b>	<b>2-Disfunção moderada</b>	<b>3-Disfunção severa</b>
<b>Deglutição</b>			
<b>Lábios</b>			

Língua			
Saliva			
Membrana mucosa			
Gengiva			
Dentes ou próteses			
Odor			

**Quadro de registo do BOE (*bedside oral exam*)**

Category	Methods of Measurement	Numerical and Descriptive Ratings		
		1 Normal	2 Moderate Dysfunction	3 Severe Dysfunction
Swallow	Observe while patient swallows, check gag reflex	Normal swallow	Pain or difficulty with swallow	Unable to swallow (intubated, absent gag)
Lips	Observe	 Smooth, pink	 Dry or cracked	 Ulcerated or bleeding
Tongue	Observe appearance of tissue	 Pink, moist, papillae present	 Coated or loss of papillae with shiny appearance, with or w/o redness	 Blistered, cracked, or bleeding
Saliva	Observe Use tongue blade, touching the center of tongue and floor of mouth (optional)	 Watery	 Thick or ropy	 Absent
Mucous Membranes	Observe appearance of tissue	 Pink, moist	 Red or coated, no ulcers	 Ulcers with or w/o bleeding
Gingiva	Observe Use tongue blade, may gently press tissue with tip of blade (optional)	 Pink, firm	 Edema, with or w/o redness; with or w/o bleeding	 Bleeds easily
Teeth or dentures	Observe appearance of teeth or denture	 Clean or no teeth	 Local debris (between teeth)	 General debris, decay
Odor	Smell	Normal	Slightly to moderately foul	Strong foul odor

Modified from: Eilers, et al. (1988) "Development, testing, and application of the oral assessment guide." *Oncol Nurs Forum* 15(3): 325-30.

**Figure 1** The Bedside Oral Exam.

Oral assessment guide text from Eilers Oral Assessment Guide and Oral Care Protocol, *The Japanese Journal of Nursing Arts*, 58(1):12–16, 2012. Modified with permission from University of Nebraska. Some of the photographs from Masumi Muramatsu: Eilers Oral Assessment Guide and Oral Care Protocol. *Kango Gijyutsu*. January 2012: 12–16. Modified with permission from Kango Gijyutsu.

### Consulta registo enfermagem

Registo de enfermagem em que há referência a dor ou outros problemas e patologias na cavidade oral:

Itens presentes nos registos	Unidades de contexto
Alterações encontradas	
Intervenções realizadas	
Avaliação após intervenção	



## ANEXOS

## ANEXO 1

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO, DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA<sup>2</sup> E A CONVENÇÃO DE OVIEDO<sup>3</sup>

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

**Título do estudo:** Quais as patologias e problemas da cavidade oral dos doentes paliativos internados em unidades de cuidados continuados e paliativos?

**Enquadramento:** Este estudo será realizado em unidades de cuidados continuados e paliativos. Tem como objetivo descrever quais são as patologias e problemas da cavidade oral dos doentes paliativos internados nestas unidades e dará origem a uma dissertação a apresentar à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos da aluna Mónica Amante sob a orientação do Prof. Doutor Manuel Luís Capelas.

**Explicação do estudo:** Vai ser realizada observação clínica com exame intraoral e formulário com 8 perguntas referentes à existência ou não de dor, sobre higiene oral e uso de prótese. Vai ser feita consulta de registos de enfermagem para procura de registos que façam referência a dor ou outros problemas e patologias na cavidade oral. A recolha de dados será realizada de forma indolor e será decorrente da observação clínica, do formulário e da consulta dos registos de enfermagem uma única vez e durante um período de tempo entre 30-60 minutos. No decorrer da recolha de dados pode ser necessário o registo áudio e/ou fotográfico, sempre realizados de forma a manter o anonimato.

Os participantes são acidentais e voluntários e podem recusar participar no estudo ou interromper a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

**Condições e financiamento:** Este estudo vai ser financiado a 100% pela investigadora. Todos os participantes no estudo são voluntários.

Este estudo mereceu o parecer favorável de todas as comissões de ética necessárias à sua realização assim como a autorização dos concelhos de administração e chefes de serviço das respetivas unidades.

---

<sup>22</sup> <sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinguia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinguia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

<sup>3</sup>

**Confidencialidade e anonimato:** A responsável pela investigação garante o anonimato, confidencialidade e proteção dos dados. A cada consentimento vai ser atribuído um número de código, este número vai ser utilizado para identificar cada folha de recolha de dados de cada pessoa, preservando assim o anonimato tanto dos participantes como das instituições. As folhas com os consentimentos vão ser armazenadas num cofre particular de acesso restrito. Os consentimentos e os dados recolhidos vão ser armazenados durante 5 anos e depois destruídos. Não vai ser feito registo de dados de identificação.

Obrigada pela sua participação neste estudo.

Investigadora: Mónica Amante

Profissão da investigadora: Médica dentista

Telemóvel:969112345

Correio eletrónico: [clinica.loversmile@gmail.com](mailto:clinica.loversmile@gmail.com)

**X**

---

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: ... ..

Assinatura: ... ..

Data: ..... /.../.....

Este documento é composto de 2 páginas e feito em duplicado:  
Uma via para a investigadora e outra para a pessoa que consente.