



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

IMPORTÂNCIA DA SAÚDE ORAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Trabalho submetido por
Fabília Luciano
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro de 2021



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

IMPORTÂNCIA DA SAÚDE ORAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Trabalho submetido por
Fabília Luciano
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Professor Doutor Carlos Zagalo

Trabalho co-orientado por
Professor Doutora Teresa Alexandra Malveiro Andrade

Setembro de 2021

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais,
Pelo amor e por tudo o que fizeram por mim, por sempre me apoiarem e por serem a
todo o tempo o meu maior exemplo*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Zagalo, por toda a ajuda, disponibilidade, rapidez, paciência, profissionalismo e auxílio para a realização deste trabalho final de curso.

À Professora Doutora Teresa Andrade pela partilha de conhecimentos, pela empatia, carinho e toda ajuda fundamental durante a elaboração deste trabalho.

Ao José Diogo, meu esposo, por ter sido o meu grande pilar ao longo destes cinco anos. Obrigada pelo amor incondicional e por sempre me fazer acreditar que tudo é possível.

À Raphaela Koeller, eterna amiga, pela torcida, força e encorajamento nos momentos de fraqueza. Obrigada por existir na minha vida.

À minha prima Néia, que mesmo distante, esteve sempre ao meu lado dando apoio e vibrando com cada vitória alcançada.

À Samara Silva, amiga e parceira de box, obrigada pelo carinho, amizade e proteção demonstrado durante os últimos anos que permitiu chegarmos juntas até aqui.

À Sónia André, amiga e companheira, pela partilha e conexão que criámos nos últimos anos. Obrigada pelo carinho e amizade que, com certeza, perdurará durante nossas vidas.

Ao Instituto Universitário Egas Moniz pela excelente formação académica proporcionada e a todos os Professores e funcionários que fizeram parte do meu percurso académico.

RESUMO

O envelhecimento tem vindo a apresentar um aumento exponencial a nível mundial. Não sendo exceção, Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística no ano de 2017, apresentou um aumento acentuado do envelhecimento da população. Este fenómeno encontra-se relacionado com o aumento do número de doenças crónicas e degenerativas.

Considerado como um dos principais problemas de saúde pública, o cancro é uma das doenças com maior prevalência no mundo e encontra-se como uma das principais causas de mortalidade prematura em idades abaixo dos 70 anos. A causa deve-se ao aumento dos fatores de risco e também ao aumento populacional.

Num estudo publicado em 2020 pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Cancro da Organização Mundial da Saúde, as mortes por cancro no mundo chegaram a dez milhões. Tal como o cancro, outras doenças crónicas como demências, esclerose lateral amiotrófica, entre outras, possuem muitas vezes um quadro evolutivo rápido e são caracterizadas como doenças terminais. Nesta situação, o objetivo dos cuidados deverá ser o paliativo.

O tratamento nos cuidados paliativos consiste no uso de medicamentos ou procedimentos para uma eficácia momentânea, com o propósito de atenuar e aliviar os sintomas. O tratamento paliativo é usado quando o tratamento em busca da cura já não é possível ou não existe. Devido à intensa imunossupressão, obtida através do uso desses medicamentos e procedimentos como é o caso da quimioterapia e da radioterapia, as principais alterações como xerostomia, candidíase oral, mucosite e disfagia são observadas como fatores que alteram a qualidade de vida em fase terminal, bem como a saúde geral destes pacientes.

Estas condições orais, quando não diagnosticadas e atempadamente tratadas, têm consequências negativas na vida dos pacientes com doenças graves e em estado terminal, aumentando o seu tempo de internamento e diminuindo a sua qualidade de vida.

Os cuidados orais em doentes com patologia grave são de extrema relevância para a preservação da sua saúde oral, bem como para a conservação da sua condição física.

O objetivo deste trabalho é descrever e analisar a importância das necessidades dos cuidados de saúde oral em pacientes em situação paliativa.

Tem, ainda, como objetivo analisar a participação e atuação dos profissionais de medicina dentária nas equipas multidisciplinares de atendimento, no sentido de minimizar

o impacto dos vários sintomas oriundos dos tratamentos, colaborando, deste modo, para promover maior conforto e qualidade de vida ao paciente.

Palavras-chaves: cuidados paliativos, saúde oral, qualidade de vida, doenças crônicas, médicos dentistas.

ABSTRAT

Aging has showed an exponential increase worldwide and, without no exception, Portugal, according to the National Institute of Statistics in 2017, showed a sharp increase in population aging. This phenomenon is related to the increase on the number of chronic and degenerative diseases.

Considered as one of the main public health problems, cancer is one of the most prevalent diseases in the world and is one of the main causes of premature mortality in people under seventy years of age. The cause is due to the increase in risk factors and due to the population increase.

Recently, in a study published by the International Agency for Research on Cancer (IARC) of the World Health Organization, cancer deaths reached ten million. Like cancer, other chronic diseases such as dementias, amyotrophic lateral sclerosis, among others, often have a fast evolutionary picture and are often characterized as a terminal disease whose care purpose should be palliative.

Palliative treatment consists in the use of medication or procedures for a momentary effectiveness, with the sole purpose of relieve the symptoms. Palliative treatment is used when the cure is no longer possible or does not exist. Due to the intense immunosuppression obtained using drugs and procedures, such as chemotherapy and radiotherapy, the main changes such as xerostomia, oral candidiasis, mucositis and dysphagia are observed as factors that alter the terminal quality of life and general health of these patients.

These oral conditions in critical situations when undiagnosed and untreated, have serious negative consequences in the patients' lives with severe terminal illnesses, often increasing the length of stay and decreasing the quality of life of this group of patients. Oral care, in patients with serious pathologies, is extremely important for the preservation of their oral health as well as the conservation of their physical condition.

The aim of this paper is to describe and analyze the importance of oral health care needs in patients in palliative conditions.

It also aims to analyze the participation and performance of dentists in the multidisciplinary teams of care for these patients in order to minimize the various symptoms arising from the treatments, thus collaborating to promote comfort and quality of life.

Keywords: palliative care, oral health, quality of life, chronic diseases, dentists.

ÍNDICE GERAL

I – INTRODUÇÃO	13
II - DESENVOLVIMENTO	17
1. Conceito de envelhecimento	17
2. Conceito de qualidade de vida	18
3. A saúde oral como qualidade de vida.....	19
4. Doenças crónico-degenerativas.....	21
4.1. Cancro	21
4.2- Demências.....	24
4.3- Esclerose lateral amiotrófica.....	28
4.4- SARS-CoV-2	32
5. Cuidados paliativos	34
5.1. Cuidados paliativos em Portugal.....	35
6. Qualidade de vida e saúde oral nos cuidados paliativos	36
7. Manifestações orais associadas aos cuidados paliativos	37
7.1- Xerostomia.....	39
7.2. Candidíase oral.....	43
7.3. Mucosite.....	46
7.4. Disfagia	49
8. Outras condições orais observadas em doentes em cuidados paliativos.....	52
9. O papel dos médicos dentistas na equipa multidisciplinar de cuidados paliativos..	55
III – CONCLUSÕES.....	59
IV – BIBLIOGRAFIA	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Elementos associados com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral	19
Figura 2. Identificação global de cancro como causa de óbitos em idades abaixo dos 70 anos em 2019.....	22
Figura 3. Etapas de progressão da demência pela doença de alzheimer.....	25
Figura 4. Representação de um cérebro normal e cérebro com aglomerados de amiloide	
Figura 5. Sistema Nervoso Central: Formas de afetação da doença ELA).....	29
Figura 6. Desenvolvimento celular decorrido na neurodegeneração em pacientes portadores com ELA.	30
Figura 7. Sinais clínicos de hipotonia em indivíduos portadores da doença ELA.....	32
Figura 8. Modelo integrado de cuidados curativos e paliativos para doença crónica progressiva.	35
Figura 9. Xerostomia diagnosticada e classificada clinicamente conforme o grau de severidade por um médico dentista em pacientes com cancro em fase final de vida. ...	43
Figura 10. Apresentação de candidíase oral associado a paciente em tratamento de cancro da cabeça e pescoço.....	44
Figura 11. Sinais clínicos mucosite em pacientes com cancro em fase final de vida. ...	47
Figura 12. Exemplo de periodontite grave e ausência dentária em indivíduo demência	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Etiologia, sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento da xerostomia	42
Tabela 2 - Etiologia, sinais e sintomas diagnóstico e tratamento da candidíase oral.....	45
Tabela 3 - Etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento da mucosite oral	49
Tabela 4 - Etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento da Disfagia.....	52

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

APCP: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

APELA: Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica

CMV: Citomegalovírus

COVID19: *Coronavirus Disease 2019*

CP: Cuidados paliativos

DGS: Direção-Geral da Saúde

EBV: Vírus Epstein Barr

ELA: Esclerose lateral amiotrófica

EUA: Estados Unidos da América

FDA: Food and Drug Administration

FDI: World Dental Federation

FUS: Fused in sarcoma

HRQOL: *Health Related Quality of Life*

IARC: International Agency for Research on Cancer

INE: Instituto Nacional de Estatística

IPO: Instituto Português de Oncologia

mSOD1: Superóxido dismutase 1 mutada

OHRQOL: *Oral Health Related Quality of Life*

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PNAS: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*

SARS-CoV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SOD1: Superóxido dismutase 1

TARDBP: TAR DNA Bindin Protein

TLBI: Terapia laser de baixa intensidade

UCP: Unidade de Cuidados Paliativos

VZV: Varicela Zoster

WHO: *World Health Organization*

WHOQOL: *World Health Organization Quality of Life*

I – INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenómeno natural que tem progressiva e constantemente aumentado em todo o mundo. Esta situação acontece também em Portugal, que possui uma população cada vez mais envelhecida, como se pode verificar pelo estudo realizado em 2017 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017). É cada vez mais notório que o envelhecimento se relaciona diretamente com o acréscimo e a gravidade das doenças crónicas e degenerativas como o cancro, demências, diabetes, doenças cardiovasculares, esclerose lateral amiotrófica, entre outras (Baère et al., 2017; Duarte & Carqueja, 2020).

Sendo um processo irreversível, o envelhecimento começa assim que o indivíduo nasce, mas o seu desenrolar ao longo da vida está dependente de vários fatores. A saber, fatores biológicos, que ocorrem a nível celular tais como as alterações a nível cardíaco, respiratório, músculo-esquelético, entre outros; fatores físicos, tais como o estilo de vida; fatores ambientais, por exemplo, níveis de oxigénio global e poluição; fatores culturais, como o nível sócio económico, educação, ocupação e acesso aos serviços de saúde; e fatores psicológicos, como a autoestima e a tranquilidade psicológica, entre outros (Baère et al., 2017; Moraes et al., 2010; Santos et al., 2009).

A vivência de muitos ou poucos anos está relacionada com a melhoria das condições gerais de vida, bem como com o desenvolvimento da tecnologia, o progresso da medicina e a eficácia melhorada da farmacologia. Permite-se assim que os seres vivos vivam cada vez mais e melhor, facto esse que acontece em todos os países desenvolvidos, onde Portugal não é exceção. Em Portugal, a esperança média de vida é superior a 80 anos, sendo que as pessoas com mais de 75 anos representam mais de um milhão da população portuguesa (Ministério da Saúde, 2018).

Os indicadores demográficos demonstram uma população cada vez mais envelhecida, e com a mesma, surge o aumento de idosos portadores de diversas doenças complexas que requerem cuidados mais específicos, verificando-se então um predomínio de doenças crónicas e degenerativas entre a população mais velha. Como exemplo de doença crónica que tem vindo a aumentar progressivamente, temos o cancro que afeta muitos indivíduos nos dias de hoje (Baère et al., 2017; Duarte & Carqueja, 2020).

O envelhecimento é um fator de risco para diversas patologias. Esse facto observa-se nomeadamente nas mudanças a nível epidemiológico e demográfico derivadas de um envelhecimento populacional cada vez mais acentuado. Para além do cancro, que já foi

falado anteriormente, o aparecimento de outras doenças graves aquando do envelhecimento é bastante comum, tais como a esclerose lateral amiotrófica (ELA) e as demências. Estas doenças apresentam uma evolução brusca culminando num quadro terminal onde os cuidados paliativos se tornam imprescindíveis (Duarte & Carqueja, 2020; Orsini et al., 2017).

Mais recentemente, outra doença que pode culminar num estado terminal e estender a necessidade dos cuidados paliativos é a COVID-19. Perante a situação de pandemia e o grande número de indivíduos afetado pela COVID-19, foi possível identificar um conjunto de sinais e sintomas onde os cuidados de saúde passam pelos cuidados paliativos, aproximando-se num cenário negativo que muitas vezes poderá levar a um fim incerto (Fadul et al., 2021).

O cuidado paliativo é definido por um conjunto de cuidados médicos promovido por uma equipa multidisciplinar cujo objetivo não é a cura, mas sim a melhoria da qualidade de vida do paciente e dos seus familiares perante uma doença progressiva terminal (Maiello et al., 2016).

As patologias terminais são muitas vezes acompanhadas de dor e mudanças que requerem um acompanhamento qualificado por parte de equipas multidisciplinares.

Esta abordagem terapêutica visa atenuar não apenas a dor física que o indivíduo possa sentir, mas também produzir efeito a nível psicológico (Hermes & Lamarca, 2013).

Neste nível, os doentes paliativos passam por grandes e exigentes mudanças que podem levar a condições como a ansiedade, o medo e a depressão. A nível corporal podem levar à perda da capacidade funcional, enfraquecimento a nível muscular, perda de peso, entre outras. A saúde oral é igualmente afetada (pois aparecem problemas como disfagia, lesões orais, xerostomia, cáries múltiplas, etc) devido à violenta imunossupressão a que os pacientes estão sujeitos, proveniente da utilização de medicação e procedimentos paliativos como a quimioterapia e radioterapia. Todas estas alterações orais, que mais à frente serão clarificadas, modificam a qualidade de vida dos doentes terminais e influenciam a saúde dos mesmos (Hespanhol et al., 2010).

Na base deste estudo encontram-se as manifestações orais associadas às doenças principais que levam muitos pacientes à assistência paliativa. As evidências apontam para uma alta incidência de graves problemas na cavidade oral em pacientes em situação paliativa.

Os cuidados médicos dentários, na sua grande maioria, não são encarados como prioridade pelas unidades de cuidados paliativos. Verifica-se que os estudos dessas manifestações orais bem como os seus tratamentos são limitados.

A existência de manifestações orais, que são frequentemente observadas no doente paliativo não contribui para o seu descanso, refrigério, bem-estar, autoestima e, sobretudo, não contribui para a qualidade de vida dos pacientes que, em cuidados paliativos, se encontram fragilizados (Hespanhol et al., 2010; Marinho et al., 2018).

Estas manifestações, muitas vezes acompanhadas de dor, provocam incapacidade funcional a nível oral como sejam a ineficácia mastigatória, a dificuldade na deglutição, a alteração do paladar, a halitose e poderão ter como consequência o agravamento da doença principal associada (Sen et al., 2020).

A dor que estes problemas orais causam poderia ser evitada através da realização de um diagnóstico precoce de forma a prevenir a progressão da doença oral. Contudo, nem sempre existe um bom auxílio a nível da saúde oral para com os doentes em final de vida, acabando esta por ser negligenciada, influenciando negativamente a qualidade de vida destes indivíduos (Wiseman, 2000; Venkatasalu et al., 2020).

Venkatasalu et al (2020) salienta que “compreender as complicações básicas de alguns tratamentos, como a radioterapia (...) e o controlo primário dos sintomas orais (...) ajuda a aliviar os sintomas do tratamento paliativo contribuindo para a qualidade de vida do paciente”.

Os cuidados orais em cuidados paliativos baseiam-se na conservação da saúde oral, preservando o estado geral dos dentes, periodonto, restaurações pré-existentes, próteses, entre outros. Aquando do aparecimento de doenças orais, a preocupação maior deverá ser o alívio da dor que as mesmas possam causar e caso as mesmas já se encontrem hospedadas na cavidade oral será imprescindível incutir atos educacionais à equipa dos cuidados paliativos, à família e/ou outros cuidadores. Pretende-se desta forma impedir a sua progressão (Oliveira et al., 2019).

O paciente em cuidados paliativos poderá ver reduzida a sua capacidade de manter uma boa higiene oral devido ao agravamento da sua doença e à diminuição da sua capacidade funcional e cognitiva, daí ser necessário existirem cuidados redobrados quando se trata da saúde oral (Oliveira et al., 2019).

Uma cavidade oral sã e livre de doenças contribui para uma adequada nutrição e uma boa comunicação/fala por parte do paciente. Por outro lado, uma má nutrição provoca o alojamento de microrganismos patogénicos comprometendo a qualidade da

saúde oral e, por conseguinte, a qualidade de vida do indivíduo. Daí a importância da presença de um médico dentista na prestação de cuidados de saúde paliativos (Wiseman, 2000).

Todavia, a equipa dos cuidados paliativos na maioria das vezes não inclui a presença de um médico dentista que possa tratar os problemas existentes ou que possam vir a surgir em doentes em situação paliativa (Oliveira et al., 2019).

Por esta razão, o objetivo principal desta dissertação é demonstrar quais as alterações que podem surgir na cavidade oral em pacientes nos cuidados paliativos e reforçar todas as vantagens que um médico dentista fornece ao estar incluído na equipa interdisciplinar, nomeadamente no seu papel de responsável pelo diagnóstico e alívio ou tratamento dos sintomas da cavidade oral, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

II - DESENVOLVIMENTO

1. Conceito de envelhecimento

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005, p.8) “O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios”.

O conceito “envelhecimento” é um termo que, embora pareça do conhecimento de todos, não é de fácil definição. Este representa um acontecimento complexo, multideterminado, natural e biológico que é inevitável. Trata-se de um processo contínuo, sequencial, presumido e cumulativo que se inicia a partir do momento em que o indivíduo nasce, ou seja, consiste num processo de evolução do ponto de vista biológico (Lima, 2010; Moraes et al., 2010).

Segundo Maria João Valente Rosa, existem duas definições sobre o envelhecimento individual, a saber: o envelhecimento cronológico e o envelhecimento biopsicológico.

O envelhecimento cronológico é definido como um curso universal, contínuo e inevitável resultante da idade. Este difere do envelhecimento biopsicológico, uma vez que não se restringe à idade e leva em consideração que cada indivíduo é diferente do outro, que tem as suas particularidades, sendo este um espelho do envelhecimento cronológico. Cada ser humano envelhece de forma individual e até mesmo os sinais de envelhecimento têm igualmente um caráter particular em cada indivíduo (Rosa, 2012).

Existem diversas condições associadas ao decurso do envelhecimento como as condições a nível molecular, celular, sistémico, comportamental, cognitivo e social que se interrelacionam entre si e que controlam a atividade típica e atípica de cada indivíduo (Santos et al., 2009). Apesar do envelhecimento ser irreversível, é não patológico e a forma como envelhecemos pode ser modificada através de vários fatores, por exemplo, ambientais, de stress e de estilo de vida que como consequência modificam a qualidade de vida do indivíduo (Lima, 2010; Moraes et al., 2010).

2. Conceito de qualidade de vida

Qualidade de vida é um conceito abrangente que tem sofrido diversas alterações ao longo dos anos e que aporta variadíssimos significados. Esta tem evoluído cada vez mais e tem aumentado de importância com o progressivo envelhecimento populacional e aumento da esperança média de vida. Outrora esta situação não se verificava, estando limitado anteriormente este termo à capacidade de determinar as variantes que permitiam uma maior sobrevivência dos recém-nascidos (Zucoloto et al., 2016).

A qualidade de vida não pode ser restringida apenas ao estado de saúde do indivíduo, pois existem diversas condições extra que influenciam o mesmo como as suas atitudes, comportamentos, postura e sentimentos que se desenvolvem ao longo dos anos (Zucoloto et al., 2016).

Para além da qualidade de vida ser um fator de extrema importância no bem-estar e saúde individual, segundo a maior parte dos autores, existem outros fatores imprescindíveis a serem incluídos nesta definição, tais como felicidade, satisfação pessoal, estilo de vida, condições de vida, entre outros (Cohen-Carneiro et al., 2011; Pereira et al., 2012).

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como sendo “a perceção do indivíduo da sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization, 1998, p.8).

Para além dos fatores mencionados anteriormente como determinantes de uma boa qualidade de vida, também a saúde oral representa um papel fulcral nesta matéria.

Existem dois termos importantes a referir para uma melhor compreensão da qualidade de vida no geral e de quando esta se relaciona com a saúde oral. O primeiro termo a surgir foi “*Health Related Quality of Life (HRQOL)*”. Posteriormente, na década de 80 do século transato, onde já existia um maior conhecimento das doenças existentes na cavidade oral, apareceu um conceito melhorado que se intitulava “*Oral Health Related Quality of Life (OHRQOL)*” (Baiju et al., 2017; Sood et al., 2014).

3. A saúde oral como qualidade de vida

Como visto anteriormente, a qualidade de vida está intimamente relacionada com o estado geral de saúde do indivíduo, sendo que essa abrange evidentemente a saúde oral. Os problemas de saúde influenciam negativamente o bem-estar do ser humano, tanto a nível físico como psicológico, concluindo-se que limitações neste sentido podem igualmente afetar outros domínios como os da fala, alimentação, convívio, locomoção e a autoestima da pessoa em questão (Pereira et al., 2012).

Existem quatro fatores que representam a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos indivíduos conforme representado na figura 1. O fator dor e desconforto (1) quando o paciente experiêcia uma dor aguda ou crónica; fatores funcionais (2) que ocorrem quando o indivíduo perde a capacidade de realizar algumas funções orais como a perda ou diminuição da capacidade de mastigar, deglutir ou até mesmo falar; os fatores psicológicos (3) que estão relacionados com uma percepção negativa da sua autoimagem e autoestima; e ainda fatores sociais (4) que levam o indivíduo ao afastamento e/ou à rejeição social (Bennadi & Reddy, 2013).

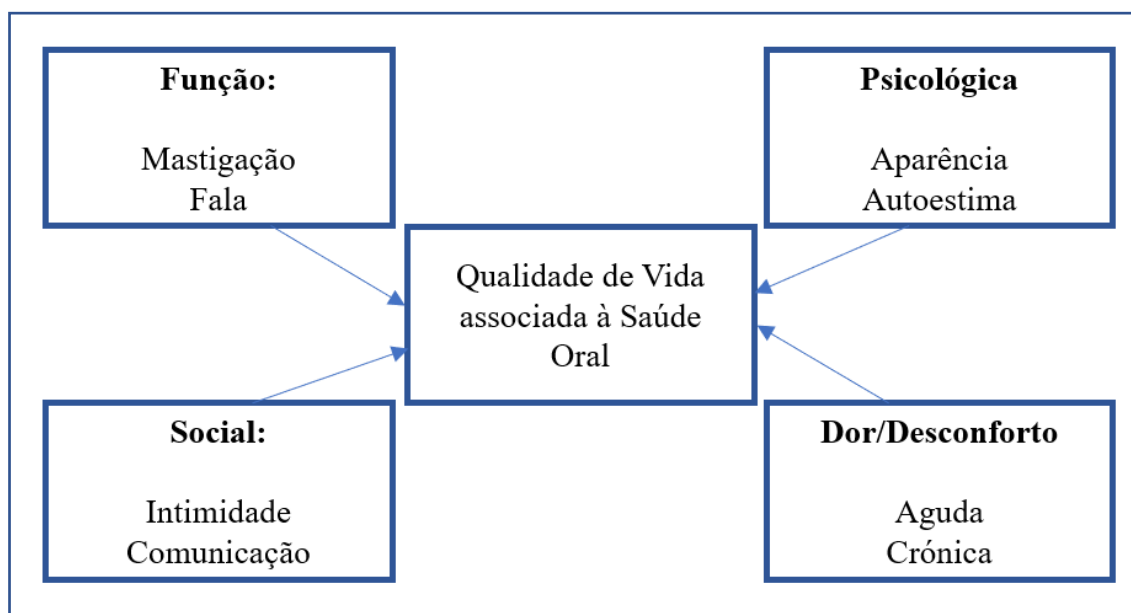


Figura 1: Elementos associados com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral.
Adaptado e traduzido de (Bennadi & Reddy, 2013).

Face ao exposto, os problemas que surgem na cavidade oral afetam negativamente o dia-a-dia do indivíduo, podendo até chegar a provocar dor e mal-estar geral, que poderia ser evitável, conduzindo a carências a nível social, psicológico e coletivo,

comprometendo inevitavelmente a sua saúde. Assim sendo, os cuidados orais têm como finalidade promover a saúde oral contribuindo desta forma para a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos (Pereira et al., 2012).

De acordo com Hernández et al., (2015) há uma relação diretamente proporcional entre os problemas existentes na cavidade oral, isto é, a existência de uma saúde oral comprometida e uma qualidade de vida desfavorecida. Por outras palavras, as doenças a nível oral afetam negativamente a vida do indivíduo, influenciando as atividades do dia-a-dia e comprometendo a componente psicológica, funcional e social do mesmo.

O impacto destas doenças não é repentino, sendo as suas consequências ao longo do tempo quase impercetíveis, tendo sido definido pela Direção Geral da Saúde, em 2011, como uma “epidemia silenciosa” (Direção Geral da Saúde, 2011).

No entanto, sabe-se com certeza que um bom cuidado oral é sinónimo de uma saúde oral favorável contribuindo positivamente para que as tarefas diárias sejam realizadas com sucesso, atividades essas simples como o ato de falar, de nutrir ou de mastigar sem dificuldade ou incómodo (World Health Organization, 2018).

A Organização Mundial da Saúde no documento Promover a Saúde Oral em África (2016, p.2) define saúde oral como “um estado em que não há qualquer dor crónica oral e facial, cancro na boca ou na garganta, ferida oral, malformação congénita como o lábio leporino e a fenda palatina, doença periodontal (das gengivas), cárie dentária e perda de dentes, nem outras doenças e alterações que afetem a cavidade oral”.

Ainda, a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization Regional Office for Europe, 2021) afirma que a saúde global do indivíduo é composta por vários elementos, sendo a saúde oral um deles. Quando esta última não se encontra no seu expoente máximo, isto é, quando há o aparecimento de doenças orais, muitas vezes ocorrem desfechos prejudiciais que acabam por alterar negativamente a qualidade de vida, mesmo não se tratando de doenças fatais (Cohen-Carneiro et al., 2011; Mulk et al., 2014).

A World Dental Federation (FDI) segundo Glick et al., (2020) confirma que a saúde oral é um pilar essencial para a qualidade de vida e saúde geral dos indivíduos, além de ser um direito humano imprescindível.

4. Doenças crónico-degenerativas

Como referido anteriormente, cada vez mais nos deparamos com uma população envelhecida.

No mundo, a velocidade do processo de envelhecimento é bastante elevada, sobretudo nos países desenvolvidos. Na Europa o envelhecimento aumentará de 23% para 28% entre 2015 e 2050 segundo a Organização das Nações Unidas (2017).

Ainda, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2020) o índice de envelhecimento em Portugal duplicará, passando do patamar de 159 idosos para o de 300 por cada 100 jovens em 2080. Esta projeção deve-se à diminuição da população jovem e ao aumento da população idosa. A Ilha da Madeira e o Algarve terão, em 2080, a maior e menor taxa de população, respetivamente.

O acréscimo populacional, o padrão de envelhecimento e a expectativa de vida associados ao estilo de vida aumenta a prevalência de doenças crónicas não transmissíveis (Baère et al., 2017) e Portugal segue essa tendência (INE, 2017).

Atesta-se um constante aumento do número de problemas crónicos, como o cancro e a demência, que predominam na população com idade mais avançada. Este grupo de pessoas enfrenta condições de saúde debilitantes e, conseqüentemente, apresenta a sua capacidade funcional bastante comprometida (Carvalho & Parsons, 2012).

As doenças crónico-degenerativas são caracterizadas como uma associação a uma série de condições, provocando uma degradação sucessiva do estado de saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2003). Um exemplo é o cancro, que é apontado como uma das patologias mais preocupantes e que está associado a uma probabilidade de morte iminente. Para além do cancro, existem ainda inúmeras outras doenças crónico-degenerativas como, por exemplo, a demência e a esclerose lateral amiotrófica. Mais recentemente, a COVID-19 que teve o seu primeiro caso em 2019 e que hoje é responsável por muitos milhares de mortes em todo mundo.

4.1. Cancro

O cancro não é uma doença desconhecida, porém, pese embora existam vários avanços da ciência e da tecnologia que já permitem um diagnóstico precoce e tratamentos de alta tecnologia, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) o cancro é uma neoplasia descrita como uma das patologias mais preocupantes entre as doenças crónicas,

devido à sua elevada taxa de mortalidade (Lima & Nascimento, 2017). Para além da alta taxa de letalidade, o cancro é identificado como uma das principais causas de morte precoce em todo o mundo (Sung et al., 2021).

Nas Américas o cancro foi responsável por cerca de 1,2 milhões de mortes e, segundo previsão da Organização Pan-Americana da Saúde estima-se que em 2030 a mortalidade por cancro alcance o número de 2,1 milhões (OPAS, 2020).

Em Portugal, o cancro é a segunda causa de morte com cerca de 25% dos óbitos (Observador, 2019).

Para o futuro, as estimativas não são positivas e estima-se que em 2040 os números de novos casos ultrapassem 29 milhões em todo o mundo, o que representa um aumento próximo de 47% em relação aos números atuais (Sung et al., 2021).

A explicação para esta elevada taxa de mortalidade causada pelo cancro não se deve apenas ao aumento do envelhecimento populacional, mas também ao aumento dos fatores de risco, bem como à influência do próprio estilo de vida do indivíduo. Em 2019, a OMS estimou que o cancro poderá ser uma das principais causas de morte em indivíduos abaixo dos 70 anos. A figura 2 representa quais os países onde esta hipótese é apresentada (Sung et al., 2021).

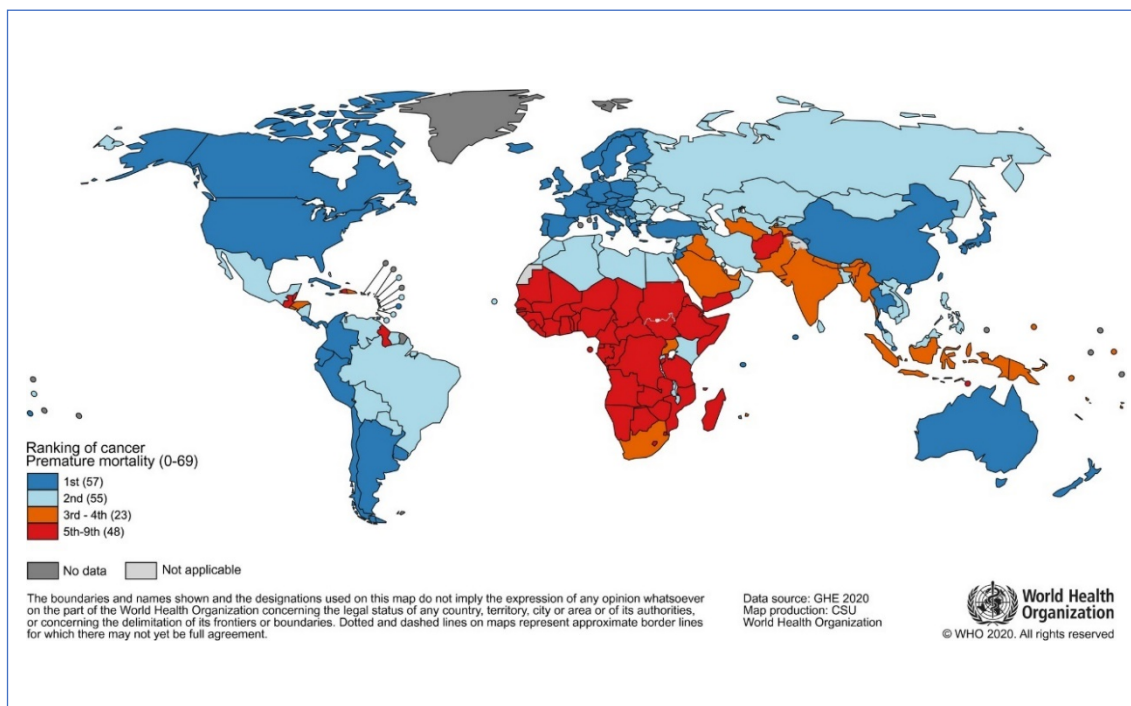


Figura 2. Identificação global de cancro como causa de óbitos em idades abaixo dos 70 anos em 2019.
Fonte: (Sung et al., 2021).

Cientificamente, o cancro é caracterizado como um grupo de mais de cem doenças e pela rápida diferenciação celular de forma desordenada, que penetram em órgãos e tecidos. Essas diferenciações culminam com a produção de tumores malignos, cujas uniões de células “anormais” alcançam heterogeneidade e instabilidade celular. De forma mais agressiva, os tumores adquirem capacidade de se disseminar para outras partes do corpo, por via linfática ou sanguínea, processo esse denominado metástase (Lima & Nascimento, 2017).

Um conjunto de fatores como o tabaco, a ingestão de álcool, uma dieta pouco saudável e até mesmo a própria poluição ambiental, estão associados ao aparecimento do cancro. Porém, segundo a Organização Mundial da Saúde, através da equipa de pesquisa sobre o cancro, a incidência desta doença aumenta com o fator idade. Este é relevante na medida em que se acumulam fatores de risco com uma baixa resposta molecular, comum na população mais idosa (WHO, 2021).

Sung et al., (2021) acrescenta que o aumento gradual que evidencia o cancro como uma das principais causas de morte no mundo reflete o desenvolvimento socioeconómico, o crescimento e o envelhecimento populacional.

Estudos apontam que a prática de hábitos saudáveis como exercício físico, dieta saudável e rastreios são responsáveis por evitar de 30% a 50% dos casos de cancro (Observador, 2019).

O tratamento do cancro passa pela cirurgia, quimioterapia e radioterapia e é selecionado de acordo com o tipo de neoplasia. Ou seja, cada tratamento é direcionado para o tipo e local de origem do cancro. Por exemplo, a quimioterapia extermina as células tumorais independentemente das características individuais de cada tumor (INCA 2002).

Recentemente, surgiram algumas inovações para o controlo de vários tipos de cancro. Uma inovação recente no tratamento contra o cancro é a medicina de precisão que é baseada na utilização de uma ou mais drogas consoante o “perfil” molecular de cada tipo de tumor. Os medicamentos atuam nas proteínas “alvo” interferindo deste modo no desenvolvimento das células tumorais (Iriart, 2019). Outra inovação assistida nos últimos anos foi a permissão do uso das drogas agnósticas. Estes medicamentos atuam numa determinada alteração celular mesmo que se desconheça a origem do tumor ou a sua histologia. Em 2017 foi anunciado pela Food and Drug Administration (FDA), um novo tratamento que passa pela administração de um medicamento (pembrolizumabe) de imunoterapia para a terapêutica para diversos tipos de cancro em estado avançado com

metástases; ou seja, a mesma terapêutica independentemente do tipo de cancro e do órgão derivado (FDA, 2017).

Em muitos casos, as medidas terapêuticas em busca da cura não são possíveis e perante a sua gravidade e severidade, muitos pacientes oncológicos têm o decurso da sua doença de forma mais agressiva, com rápida evolução para formas mais severas, fazendo com que muitas vezes o curso da doença se torne desequilibrado e onde nem as terapias com fármacos conseguem controlar a mesma, levando, desta forma, à limitação da sua qualidade de vida (Sen et al., 2020).

Devido à gravidade e severidade dos problemas mencionados acima, os pacientes oncológicos, cuja doença não permite os cuidados com intuito curativo, os cuidados paliativos entram como uma terapia destinada ao alívio do sofrimento relacionado com a doença onde a qualidade de vida é considerada a prioridade (Sen et al., 2020).

4.2- Demências

Também relacionada com a longevidade da população, a demência resulta de uma diversidade de doenças de natureza crónico-degenerativas (Duarte & Carqueja, 2020).

Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (2020), as pessoas vivem mais anos, mas com maiores incapacidades e refere que “a doença de Alzheimer e outras formas de demência se encontram entre as dez principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo”.

A Organização Mundial da Saúde no seu documento *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017 - 2025* define demência como “um conceito abrangente, que corresponde a uma síndrome de carácter neurodegenerativo, que resulta num défice de capacidades cognitivas e alterações de comportamento, cuja forma mais comum é a Doença de Alzheimer” (WHO, 2017).

No início, a demência cursa como as demais doenças degenerativas com complicações mais brandas. Contudo, com a progressão da doença as manifestações tornam-se cada vez mais graves (Lauritano et al., 2019).

Com o passar do tempo e com o avançar dos sintomas observa-se nos pacientes um elevado grau de dependência devido ao seu severo declínio funcional e cognitivo onde os cuidados básicos e diários de saúde e de higiene oral são comprometidos (Lauritano et al., 2019).

A demência divide-se em três estágios em que o estágio inicial, normalmente negligenciado, se caracteriza por episódios de esquecimento e perda da noção de tempo que podem mesmo fazer com que o paciente muitas vezes se perca em locais que lhe são familiares. Com a progressão dos sintomas, o segundo estágio é notado através da mudança de comportamento, comunicação dificultada e repetitiva, esquecimento de acontecimentos recentes e desorientação geral, até mesmo dentro da sua própria casa. O último estágio é marcado pela alta dependência e incapacidade para exercer tarefas como comer ou tomar banho. Nesta fase, o reconhecimento de quem era familiar é ausente e ocorrem mesmo alterações de atitudes, que chegam a ser violentas (Carvalho & Parsons, 2012).

A fase final de vida, difícil e muitas vezes lenta, é assinalada por disfagia, desnutrição, perda da fala, feridas, infeções e total imobilidade como ilustra a Figura 3.

É nesta fase final que os cuidados paliativos se tornam cruciais tendo em vista a qualidade de vida uma vez que a terapia medicamentosa se torna, normalmente, ineficiente (Carvalho & Parsons, 2012).

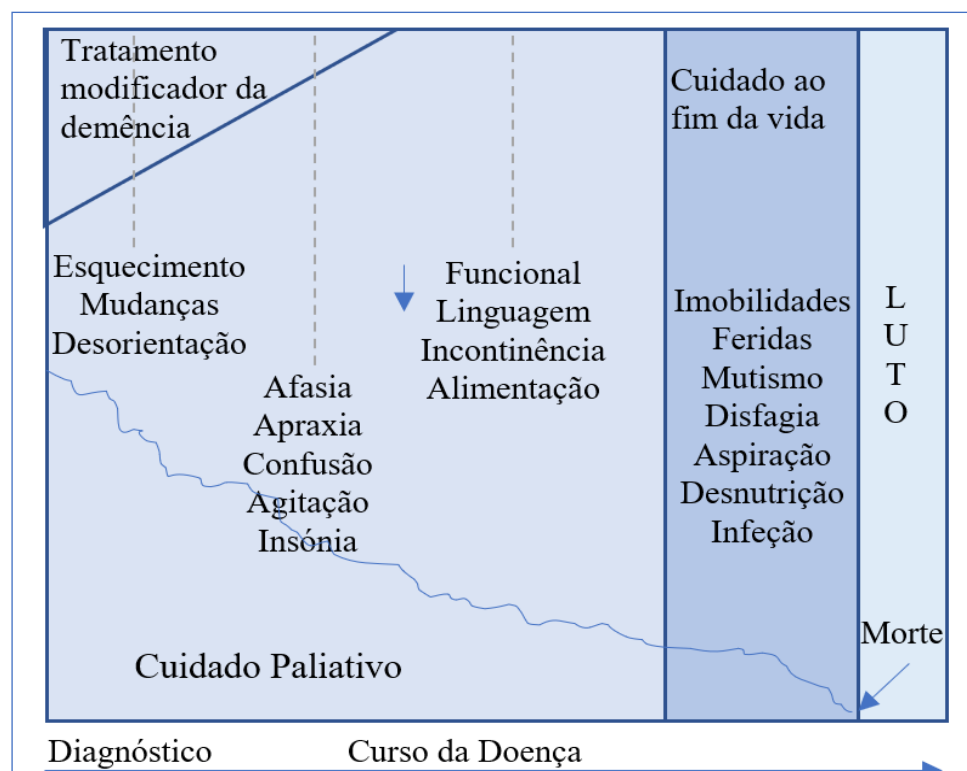


Figura 3. Etapas de progressão da demência pela doença de Alzheimer. Adaptado de (Carvalho & Parsons, 2012).

Em termos de epidemiologia, no mundo existem já mais de cinquenta milhões de pessoas com síndrome demencial. A Doença de Alzheimer é apontada pela sua contribuição em cerca de 60-70% dos casos de demência, sendo, portanto, a forma mais comum da doença (OMS, 2017).

Segundo o mais recente estudo da *Alzheimer Disease International*, estima-se que em 2050 o número de pessoas com demência será de cerca de 152 milhões (Alzheimer's Disease International, 2019).

Em Portugal, estima-se que 346 905 pessoas venham a sofrer de demência em 2050, segundo a Associação Alzheimer Portugal (2021).

A mais recente inovação no tratamento do Alzheimer é o uso da droga aducanumabe. Segundo os estudos este fármaco, que é o primeiro tratamento para a doença em quase vinte anos, é eficaz para a redução do declínio neurológico comumente presente nos pacientes com demências (Walsh, 2021).

A *Food and Drug Administration (FDA)* explica que o medicamento aprovado em 2021, tem como alvo a proteína beta-amiloide que é responsável pela aglomeração anormal desta proteína no cérebro. Este aglomerado de amiloide presentes nos pacientes com alzheimer causam danos celulares que desencadeiam quadros de ausência de memória, comunicação e ainda confusão mental características da demência. A figura 4 ilustra estas alterações celulares do sistema nervoso central (SNC) num paciente com a doença de alzheimer (Psicología y neurociência en español, 2013).

O medicamento tem a capacidade de redução da beta-amiloide através da destruição destas placas com o auxílio do sistema imunológico (Walsh, 2021).

Embora a doença de Alzheimer seja a forma mais comum da demência, existem outros tipos de demências: a demência vascular, a demência frontotemporal e a demência com corpos de Lewy.

Atrás da doença de Alzheimer, a demência vascular é apontada como uma das causas mais importantes de demência associada ao envelhecimento (Engelhardt et al., 2011).

Esta é caracterizada pela sua atenuação gradativa e pela sua forma lenta. A demência vascular cursa com quadros que atingem a memória (amnésia) bem como a capacidade de aprendizagem e também se encontra relacionada com outros distúrbios cognitivos. A demência vascular surge através do aparecimento de distúrbios que afetam o normal aporte sanguíneo cerebral (Engelhardt et al., 2011).

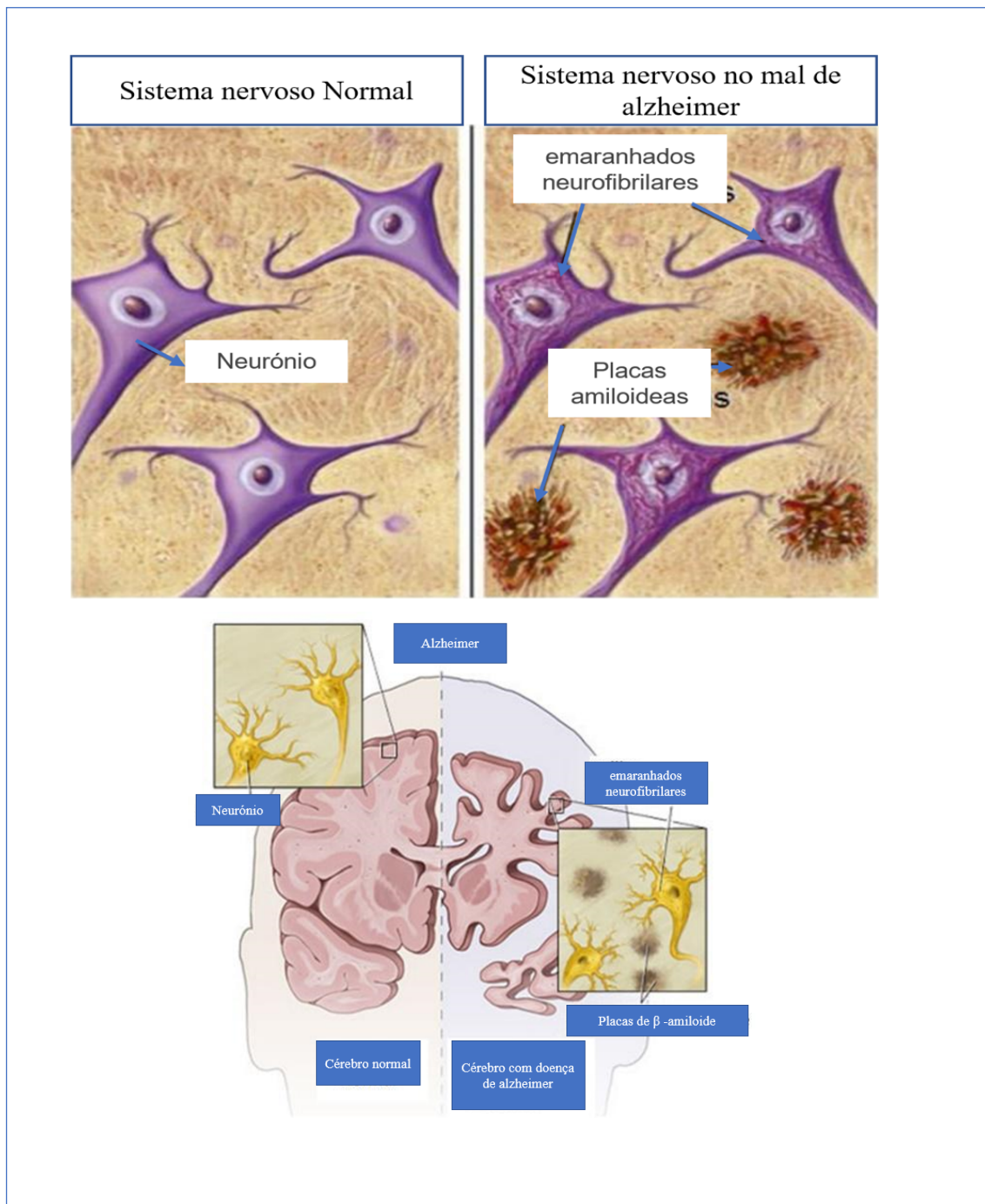


Figura 4. Representação de um cérebro normal e cérebro com aglomerados de amiloide. Adaptado e traduzido de (Psicología y neurociencia en español, 2013).

A demência degenerescência lobar frontotemporal ou demência frontotemporal é a segunda forma mais frequente em indivíduos com menos de sessenta e cinco anos e é caracterizada pela degradação das funções nervosas, nomeadamente afetação das

estruturas frontais e temporais do cérebro. Estas estruturas estão implicadas nos estímulos emocionais e os sintomas mais significantes no seu curso inicial, são representados pelas alterações de comportamento e personalidade (Sepúlveda-Ibarra, 2020).

A mudança de comportamentos coexiste com um perfeito desenvolvimento cognitivo. Estas alterações levam os indivíduos portadores desta forma de demência a ter comportamentos inapropriados, como sejam a impulsividade de furto, condução perigosa e muitas vezes comportamentos de violência física (Sepúlveda-Ibarra, 2020).

A demência com corpos de Lewy é determinada pela presença acumulada de proteína denominada com corpos com o mesmo nome. O desenvolvimento e acúmulo destas proteínas atinge estruturas importantes do cérebro que podem culminar com a destruição das células cerebrais. Os sintomas deste tipo de demência e de acordo com a progressão da doença estão associados com condições clínicas que afetam memória, pensamento e movimento (Manflin & Gimenez, 2020).

Em suma, a demência é uma síndrome cuja fase final é caracterizada como uma situação de total dependência do paciente, não existindo possibilidade de cura e onde os cuidados paliativos são a única forma de manter a dignidade, tranquilidade e o bem-estar como qualidade de vida (Gomes & Othero, 2018).

Face ao exposto, mais uma vez temos os cuidados paliativos que vêm expressar a sua forma de cuidado ao paciente em estado terminal, alívio dos sintomas, apoio, na maioria das vezes de forma simples, perante a impossibilidade física ou cognitiva de realizar uma higiene oral de qualidade e onde existem dificuldades em deglutir, problemas a nível da motricidade e cujo objetivo será o de tentar fornecer a possível qualidade de vida para o ser humano poder morrer com dignidade e conforto.

4.3- Esclerose lateral amiotrófica

Outra doença degenerativa é a esclerose lateral amiotrófica (ELA). Esta doença tem um caráter evolutivo e até ao momento, sem tratamento que permita a cura ou atraso na sua evolução. A ELA, também chamada de doença do neurónio ou doença de Lou Gehring leva os seus portadores para os cuidados paliativos uma vez que o tratamento curativo não é possível (Luchesi & Silveira, 2018).

De causa ainda desconhecida, a ELA é uma patologia que se manifesta pela destruição dos neurónios motores superiores e inferiores. Os neurónios motores superiores são responsáveis pela origem e modulação dos movimentos no cérebro e os

neurónios motores inferiores são responsáveis pelo domínio dos movimentos dos músculos voluntários, nomeadamente os músculos motores responsáveis pela locomoção, fala e deglutição como representado pela figura 5 e 7 (Orsini et al., 2017).

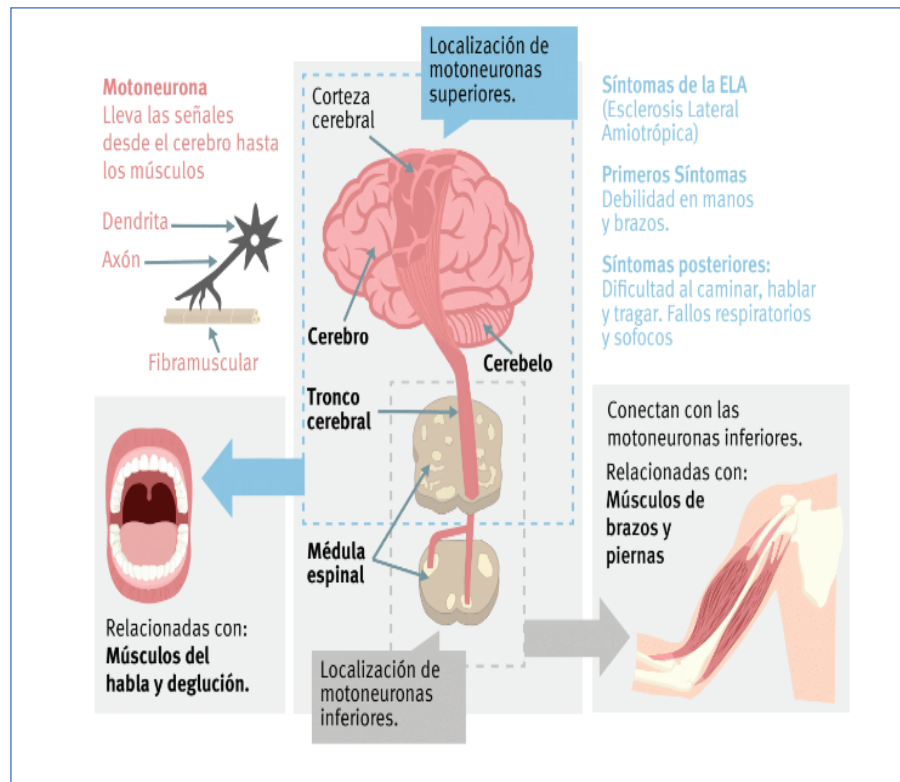


Figura 5. Sistema Nervoso Central: Formas de afetação da doença ELA. Fonte: (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2018).

Apesar das razões do seu aparecimento serem ainda desconhecidas, estudos apontam a genética e o meio ambiente como sendo os motivadores da degeneração das células neuronais que levam ao surgimento da ELA. E, mais uma vez, a idade é considerada um dos principais fatores de risco (Orsini et al., 2017).

Segundo Proctor et al., (2016) um grupo de investigadores da Universidade da Carolina do Norte nos Estados Unidos da América, apresenta uma possível causa da esclerose lateral amiotrófica. O estudo publicado em *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* (PNAS) revelou que a proteína superóxido dismutase 1 (SOD1) junta três moléculas que formam um trímero. Este complexo formado é demasiado tóxico para os neurónios motores o que leva à morte dessas células neurais.

Segundo o mesmo autor a aglomeração de proteínas é um indício ou poderá ser uma teoria que explica a causa da morte do neurónio na doença neurodegenerativa. Porém, o mecanismo da morte celular ainda é desconhecido (Proctor et al., 2016).

Os mecanismos que estão implicados na neurodegeneração na ELA, derivam de inúmeros fatores e funcionam através de vias de origem molecular e genética relacionadas entre si.

Na esclerose lateral amiotrófica (ELA), e conforme demonstrado na figura 6, a degeneração neuronal pode ter origem no desencadear de vários acontecimentos, tais como a formação de radicais livres, excitotoxicidade do glutamato, proteínas citoplasmáticas aglomeradas, processos de transporte de axónios interrompidos através do excesso de produção de aglomerados de células, enzimas SOD1 e desequilíbrio mitocondrial. Os neurónios são lesados através da formação de aglomerados celulares que originam mutações em FUS e TARDBP. A secreção de citocinas pró-inflamatórias derivadas do processo de ativação da microglia, proporciona uma toxicidade elevada. Desta forma, o facto das vias enzimáticas cálcio-dependentes se encontrarem ativas leva à degeneração dos neurónios motores (Kiernan et al., 2011).

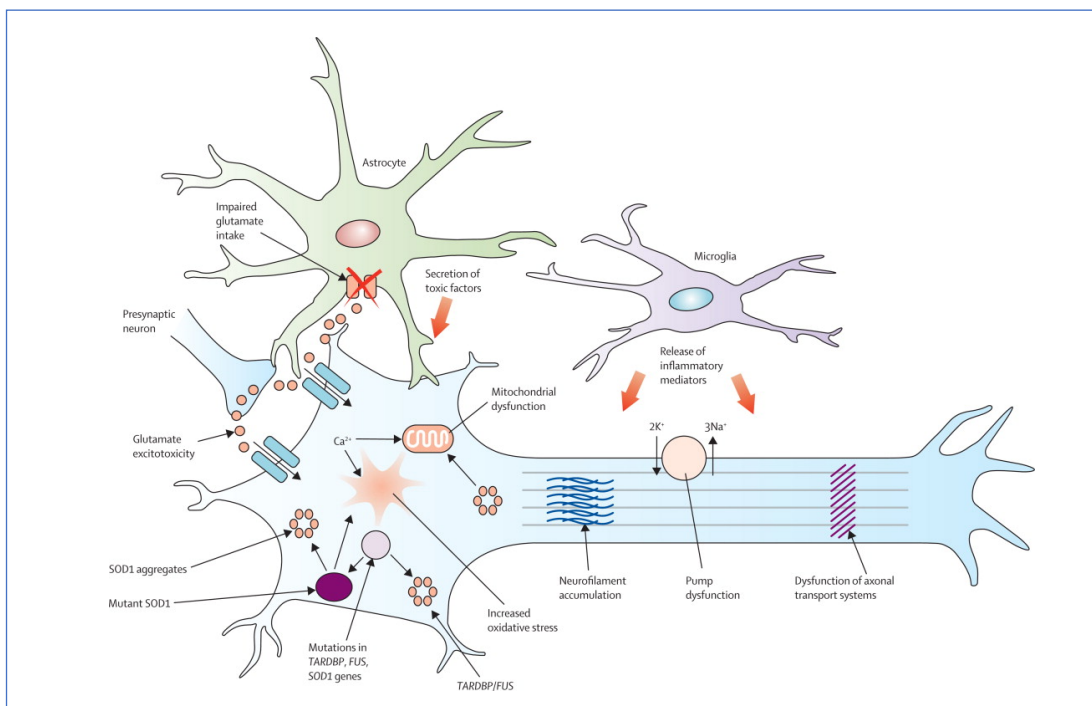


Figura 6. Desenvolvimento celular decorrido na neurodegeneração em pacientes portadores com ELA. Fonte: (Kiernan et al., 2011).

Embora rara epidemiologicamente, a prevalência da ELA é de 1/20.000, com uma incidência de 1/50.000 por ano, segundo o *Orphanet Journal of Rare Diseases* (Orphanet, 2011), acrescentando ainda que a média de idades dos pacientes com ELA é de 60 anos e que esta doença é predominante no sexo masculino. Em Portugal, estima-se a existência de cerca de 800 indivíduos portadores de ELA (Conde, 2019).

A expectativa de vida máxima dos pacientes portadores da ELA é, em média, 2 a 4 anos desde o aparecimento inicial dos sintomas (Luchesi & Silveira, 2018).

Atualmente não existe tratamento para a doença ELA, todavia, cientistas da *Northwestern University*, em Illinois (EUA) identificaram recentemente um composto (NU-9) que permite modificar a degeneração dos neurónios motores superiores (Genç et al., 2021).

Segundo os estudos publicados na revista *Clinical and Translational Medicine* existem dois fatores que fazem com que os neurónios superiores se degradem (Genç et al., 2021).

- O incorreto enrolamento das proteínas
- Aglomeração de proteínas dentro das células

Genç et al., 2021 explica que cada proteína deve possuir uma conformação ou enrolamento único para o seu bom funcionamento. Contudo quando a proteína não possui o enrolamento correto, essa proteína torna-se tóxica para o neurónio.

O composto NU-9 atua diretamente nos dois fatores que causam a degradação dos neurónios e executam a reparação, reduzindo os níveis de toxicidade da proteína superóxido dismutase 1 SOD1 mutada (mSOD1) nos neurónios superiores após sessenta dias após a administração em camundongos (Genç et al., 2021).

Atualmente, a terapêutica e/ou tratamento é de carácter paliativo, associado às doenças que têm como principal objetivo o controlo dos sintomas, participando preventivamente na redução das complicações que são dispensáveis, e, consequentemente, tornando a convivência dos indivíduos com esta patologia o mais fácil possível, potencializando, quando possível, a sua qualidade de vida (Kiernan et al., 2011).

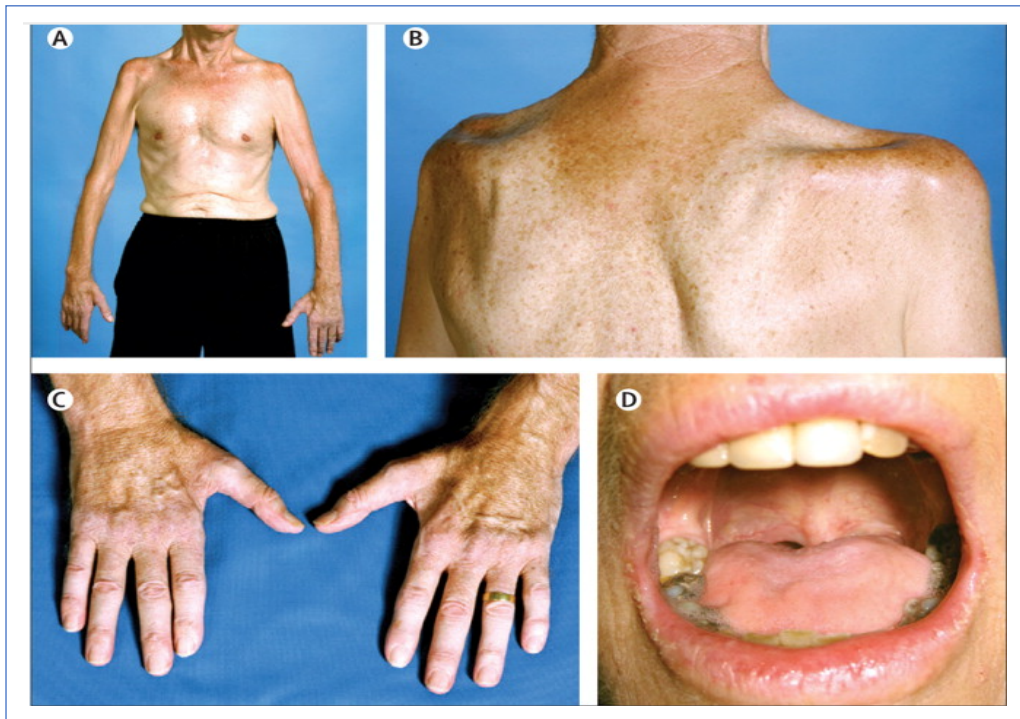


Figura 7. Sinais clínicos de hipotonia em indivíduos portadores da doença ELA. Fonte: (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2018).

4.4- SARS-CoV-2

A mais recente doença por Coronavírus (COVID-19) do inglês *Coronavirus Disease 2019* é uma doença respiratória que é causada pela infeção com o coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2) (Angelis et al., 2020).

A pandemia por COVID-19 abalou o mundo de forma drástica e causou milhões de mortes no mundo inteiro (Angelis et al., 2020) e o número de mortes causado pela COVID-19, em setembro de 2021, ultrapassa a marca de 4.724.876 mundialmente (OMS, 2021).

Em Portugal, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2021) o número de mortes chega a 17.957.

O perfil epidemiológico traçado preliminarmente indicou que os mais acometidos pela doença foram indivíduos mais envelhecidos, com mais de 70 anos, para além dos pacientes com comorbilidades pré-existentes que foram especialmente atingidos pela doença (Gilissen et al., 2020).

A COVID-19 pode apresentar, em grande parte dos infetados, uma forma menos grave, acompanhada ou não de manifestações clínicas. Apesar disso, em muitos pacientes a doença exprime-se de forma maligna (Angelis et al., 2020).

Por motivo do contexto excecional causada pela pandemia de COVID-19, a equipa dos Médicos sem Fronteiras recomenda que receber cuidados de qualidade perante o cenário de fim de vida é um direito de todos independentemente da esfera do cuidado em causa (Médicos sem Fronteiras, 2020).

Face ao exposto, os Médicos sem Fronteiras (2020) ainda referem que “os tratamentos curativos e paliativos devem seguir de mãos dadas, dando-lhe o peso certo à medida que a doença progride (os mesmos não são exclusivos, são complementares)”.

Em certa medida, o cuidado que os pacientes mais suscetíveis vão obter é no sentido de ter os seus sintomas minimizados até ao seu falecimento através dos cuidados paliativos (Pérez-Moreno et al., 2020).

Perante cenários de catástrofe, milhares de doentes manifestam uma variedade de sintomas graves, que provocam muita dor, tais como dispneia, tosse e febre onde os cuidados paliativos podem ser coadjuvantes no equilíbrio desses sintomas (Etkind et al., 2020; Nouvet et al., 2018).

Em eventos de grande proporção, a Organização Mundial da Saúde reitera que perante crises humanitárias ou pandémicas, os cuidados de saúde devem permanecer presentes de igual forma e que mesmo em casos de doença terminal, nenhuma pessoa deve ficar desprotegida (WHO, 2018).

Face a esta situação de emergência a OMS renovou o documento *Clinical Management of COVID-19*, com informações importantes relativamente aos cuidados paliativos, que são vivamente recomendados, com orientações para implantação de cuidados paliativos perante as situações de catástrofes onde as pandemias e epidemias são consideradas crises de foro humanitário (Florêncio et al., 2020).

Perante este cenário, constata-se que a COVID-19 gerou uma infinidade de doentes e um elevado índice de mortalidade, levando à sobrecarga e rotura dos hospitais. Neste contexto, os cuidados no sentido de aliviar a dor e o sofrimento poderão ser menosprezados motivados pela indispensabilidade em salvar vidas (Etkind et al., 2020).

É de salientar que para os pacientes contaminados pelo vírus SARS-CoV-2 e que acabam afetados com vários sintomas, os cuidados paliativos são vivamente recomendados e de igual forma fundamentais. A carência do fornecimento de cuidados

paliativos denotará falha no cumprimento das normas de combate à doença bem como omissão a nível dos princípios morais (Florêncio et al., 2020).

5. Cuidados paliativos

A palavra “paliativa”, de origem latina, de seu nome “pallium”, define-se como proteção/manto, que é o objetivo da equipa multidisciplinar presente nestas unidades hospitalares, isto é, pacientes que não têm hipótese de cura ficam ao cargo de diversos profissionais de saúde que ajudam a diminuir o seu sofrimento. Antigamente, o conceito paliativo confundia-se com a palavra “hospice” (originada em 1967 no Reino Unido por Cicely Saunders), esta última designava os locais cuja função era acolher os peregrinos que se encontravam doentes, gerido por cristãos de forma a prestar caridade a quem mais precisava, tanto a nível físico como psicológico (Carvalho & Parsons, 2012; Hermes & Lamarca, 2013).

Segundo o autor Hermes & Lamarca (2013) a Organização Mundial da Saúde define que “cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipa multidisciplinar, que tem por objetivo a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”, definição esta atualizada em 2002, tendo sido definida pela primeira vez em 1990.

Os princípios que regem os cuidados paliativos segundo Carvalho & Parsons, (2012) são: “promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar e não adiantar a morte; integrar os aspetos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes” (Carvalho & Parsons, 2012).

Na conduta dos cuidados paliativos, a OMS considera de extrema importância estender a sua atenção às demais necessidades do paciente, não só físicas, mas também

psicológicas, e não se limitar apenas ao alívio de sintomas dolorosos característicos deste tipo de cuidados, tendo também em consideração as necessidades da família e cuidadores, na ótica de fornecer apoio e aconselhamento em situações de luto (Carvalho & Parsons, 2012).

A OMS reforça a importância e primordialidade dos cuidados paliativos que devem ser aplicados perante situações de doenças crónicas avançadas. Desta forma, a Organização criou um modelo ideal de cuidados paliativos, conforme ilustra a figura 8, em que os cuidados devem se iniciar desde o momento do diagnóstico, conforme a progressão da doença, até ao momento da morte. Os cuidados podem ser variáveis e os objetivos podem também variar progressivamente. Estas variações possuem abordagens terapêuticas com ênfase em terapias modificadoras da doença e tratamentos com finalidade puramente paliativa conforme o avançar da doença (WHO, 2017).

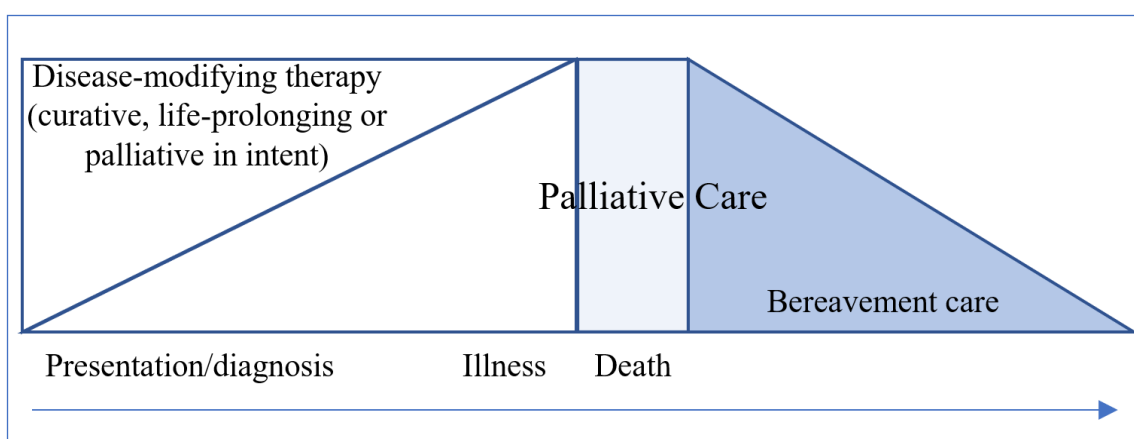


Figura 8. Modelo integrado de cuidados curativos e paliativos para doença crónica progressiva. Adaptado de (WHO, 2017).

5.1. Cuidados paliativos em Portugal

Em Portugal, os cuidados paliativos apareceram em primeiro lugar no Hospital do Fundão, com o surgimento da Unidade de Dor. Esta inauguração ocorreu em 1992 e rapidamente se transformou no Serviço de Medicina Paliativa do Hospital do Fundão. Em 1994, apareceu no Instituto Português de Oncologia do Porto, uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), que incluía o apoio domiciliário. Sete anos mais tarde, em 2001, surgiu uma UCP no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Coimbra. Várias associações de apoio foram surgindo. A primeira em 1995 com o nome de Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). Um ano mais tarde apareceu a primeira equipa de cuidados

paliativos domiciliários, em Odiveelas. Em 2004, os cuidados paliativos foram considerados prioridade pelo Plano Nacional de Saúde. Em 2011, este plano reforçou ainda mais a importância dos cuidados paliativos e da necessidade de haver uma equipa especializada (Capelas et al., 2014).

Dado o desenvolvimento das tecnologias, a esperança média de vida aumentou bastante e por isso, muitas doenças demoram anos e até décadas a pôr termo à vida de um doente, daí a importância da equipa dos cuidados paliativos ser interdisciplinar e multiprofissional (Hermes & Lamarca, 2013).

A equipa dos cuidados paliativos é responsável por diversas tarefas, tais como: aliviar o sofrimento e a dor causada pela doença, ajudar a entender a morte como sendo um decurso natural, fomentar a reflexão indispensável para enfrentar a fase terminal da vida, não apressar a morte dando tranquilidade ao paciente, ajudar na adaptação às alterações que inevitavelmente vão surgir na vida do paciente, derivado das consequências da doença, atenuar a componente psicológica, não só do paciente mas também da família, bem como acompanhar os mesmos no processo de luto (Hermes & Lamarca, 2013).

O objetivo dos cuidados paliativos nunca poderá ser apenas o alívio da dor. A Organização Mundial de Saúde expandiu este conceito e reforçou a necessidade de trabalhar igualmente na componente emocional, física e espiritual do paciente. Os cuidados paliativos deixaram também de se limitar ao cuidado exclusivo do paciente, ampliando esta atenção para os familiares (Sepúlveda et al., 2002).

6. Qualidade de vida e saúde oral nos cuidados paliativos

Mais do que tratar a doença, é necessário capacitar o paciente para saber lidar com essa mesma doença. Muitas vezes o doente não está preparado para os efeitos secundários que advêm da mesma, nem se sente capaz de combater o que dela pode advir. É imperativo instruir corretamente não só o doente, mas também os seus familiares e profissionais de saúde, para os mesmos conseguirem gerir a doença e prepararem-se física e psicologicamente para sinais e sintomas graves e muitas vezes irreversíveis que condicionam o bom funcionamento da vida do doente (Silva, 2014).

Nos doentes em regime paliativo a qualidade de vida está claramente comprometida, devendo as pessoas ao seu redor se focarem nas condicionantes principais da qualidade de vida numa fase terminal. Segundo vários autores, estes fatores baseiam-

se em aliviar a dor que o doente paliativo esteja a sentir, não permitir o desenvolvimento do sofrimento e angústia gerados pela doença, instruir e preparar os familiares para eventos e/ou complicações futuros e fortificar a união entre doente-família. Tudo isto, quando trabalhado em conjunto, contribui para aumentar a qualidade de vida dos doentes em fases avançadas/terminais, sendo este o principal propósito dos cuidados paliativos (Figueiredo et al., 2018; Silva, 2014).

Independentemente da doença que colocou o indivíduo nos cuidados paliativos, a saúde oral não pode nem deve ser descuidada, sendo o objetivo principal do médico dentista aumentar a qualidade de vida do doente. Mesmo no fim de vida é necessário haver cuidados para prevenir o aparecimento de doenças orais e tratar as já existentes, evitando assim que haja um agravamento do estado de saúde geral do doente (Wiseman, 2006).

Pacientes que se encontram com doenças degenerativas complexas em fase terminal e, associado às mesmas, presença de lesões orais, dor, falta de ingestão de alimentos, redução de peso, entre outros, possuem um enorme impacto na fase final de vida, não contribuindo para o seu bem-estar físico e mental (Mulk et al., 2014; Saini et al., 2009).

Sendo assim uma boca sã está intimamente associada à qualidade de vida.

7. Manifestações orais associadas aos cuidados paliativos

A falta de tratamento das muitas doenças orais causadas por terapias paliativas como a quimioterapia, bifosfonatos e analgésicos produzem muitos efeitos avassaladores e depressores, incapacitando até mesmo o paciente de executar a sua própria higiene oral. Importa ressaltar que a ausência de motivação e higiene oral de qualidade levam ao mau hálito (halitose) que muitas vezes leva à exclusão dos pacientes dos grupos ao seu redor gerando ainda mais episódios de depressão (Venkatasalu et al., 2020a).

Estudos revelam ainda que todos estes fatores levam a um abalo psicológico uma vez que cerca de 40% dos doentes paliativos passam a não transmitir aos cuidadores as suas dores na cavidade oral, muitas vezes por acharem que o sofrimento faz parte da terapia paliativa. Essa redução da oralidade gera sentimentos de rejeição e afastamento desse paciente ao convívio social devido a essas condições orais e que pode ser marcado por um trauma social (Hespanhol et al., 2010; Venkatasalu et al., 2020a).

É necessário haver um cuidado redobrado com a saúde da cavidade oral, pois esta é composta por vários elementos que, no seu conjunto, desempenham diversas funções que permitem o desenrolar de atividades de extrema importância, como a alimentação, a fala e a respiração (Kumari et al., 2020).

Segundo Saini et al., (2009) as muitas manifestações orais reveladas em pacientes em cuidados paliativos, podem estar associadas a “(a) efeito direto da doença primária, (b) efeito indireto da doença primária, (c) tratamento da doença primária, (d) efeito direto/indireto de uma doença coexistente, (e) tratamento da doença coexistente (f) combinação dos fatores acima”.

A cavidade oral é o meio principal para variadíssimas atividades fundamentais quando um paciente se encontra nos cuidados paliativos. Como por exemplo, a toma de medicamentos por via oral, quando ainda o é possível, sendo um caminho bastante acessível, seguro, útil e barato para que o doente consiga receber a medicação que necessita. Esta via de administração fica limitada quando a mesma apresenta problemas que assim o impossibilitem, como xerostomia e/ou infeções que provocam o aparecimento de lesões e comprometem a absorção exigida pela terapêutica aplicada. Outro exemplo importante a referir é a ingestão alimentar, que é afetada pelos tratamentos executados. A quimioterapia é um destes tratamentos. Esta acaba por alterar a relação do doente com os alimentos e mesmo que a comida esteja bem confeccionada este não vai considerar o prato agradável, podendo até provocar náuseas, vômito e ansiedade (Gomes, 2017).

Derivado das inúmeras complicações que surgem das doenças terminais dos pacientes paliativos, a habilidade de comunicação é uma das capacidades que fica comprometida e o mesmo não se consegue expressar devidamente de forma a explicar as suas carências a nível da saúde oral, não sendo possível se diagnosticarem os problemas precocemente nem tratar corretamente as doenças orais. Estudos demonstram que 40% dos pacientes perdem a aptidão de comunicar e não informam da dor que possam estar a sentir, agravando, desta forma, o seu estado de saúde oral (Nakajima, 2017; Venkatasal et al., 2020a).

Venkatasalu et al., (2020a) entre 2000 e 2007, realizaram um estudo sobre a prevalência das principais manifestações orais entre os doentes em cuidados paliativos. O estudo revelou uma alta incidência de doenças orais passíveis de tratamento.

Doenças essas como a xerostomia, candidíase oral e disfagia foram consideradas como principais manifestações orais entre os doentes que durante aqueles anos tinham os

A xerostomia não tem apenas uma origem, podendo esta ser dividida em dois grandes grupos (Wolff et al., 2017):

- Disfunção das glândulas salivares
- Sensação subjetiva de secura da cavidade oral (sem comprometimento das glândulas salivares)

Já foram realizados vários estudos relacionando a “sensação de boca seca” com pacientes em fase terminal.

Na população geral, cerca de 22% a 26% dos pacientes que não se encontram em cuidados paliativos são atingidos por xerostomia, valor esse que aumenta três vezes quando se trata de doentes com cancro avançado e em fase final de vida, podendo chegar até aos 82%. Um estudo britânico feito em pacientes com doenças graves oncológicas, constatou que 77% dos envolvidos apresentavam xerostomia (Fleming et al., 2020).

Em suma, em pacientes com doenças crónico-degenerativas e bastante avançadas, não só o cancro, mas também outras doenças a nível neurológico, a “sensação de boca seca” predomina em praticamente todos eles (Feio & Sapeta, 2005).

Pacientes que sofrem de xerostomia não só apresentam um desconforto oral como também têm um maior risco de desenvolver a doença cárie dentária. Esta sensação de boca seca provoca, ainda, complicações a nível da mastigação, dificultando a deglutição e o aporte de nutrientes necessários para o bom funcionamento do organismo, podendo levar o paciente a uma desnutrição grave derivado de uma dieta deficiente (Feio & Sapeta, 2005).

Quando se fala de pacientes oncológicos que estão sujeitos a tratamentos de radioterapia, estes sofrem igualmente um acentuado decréscimo da lubrificação da cavidade oral, havendo uma maior probabilidade de aparecimento de microrganismos patogénicos e uma maior sensibilidade ao trauma proveniente do exterior (Sweeney, 2000; Souto et al., 2019).

Existem vários fatores que podem causar xerostomia, tais como: fraco consumo de líquidos, consumo de tabaco em demasia, doenças sistémicas e metabólicas (por exemplo, o Síndrome de Sjogren), danos nas glândulas salivares que levam à diminuição de fluxo salivar (muitas vezes causados devido às altas incidências de radiações ionizantes usadas no tratamento do cancro maligno na região da cabeça e do pescoço), respiração predominantemente oral (característico nos pacientes em CP), entre outros. (Carvalho & Parsons, 2012; Feio & Sapeta, 2005).

O uso crónico de medicamentos, utilizado em pacientes nos cuidados paliativos, é o principal agente causador de xerostomia. Para além do mais, um dos efeitos colaterais mais marcantes da terapia para controlo de náuseas e vómitos nos doentes oncológicos é a xerostomia (Souto et al., 2019).

A xerostomia, quando não controlada, pode originar outros problemas no indivíduo. A nível da cavidade oral surgem problemas mastigatórios, como a disfagia que se caracteriza pela dificuldade na deglutição de alguns alimentos e ainda a diminuição do paladar, gerando muitas vezes problemas sistémicos como perturbações gastrointestinais (Rolim et al., 2011).

Todos estes episódios relatados acima podem ainda gerar transtornos em termos psicológicos levando muitas vezes à abdicção do convívio com as outras pessoas e consequentemente ao afastamento da vida social (Bascones et al., 2007).

O diagnóstico de xerostomia bem como o tratamento é de extrema importância, sobretudo nos pacientes em cuidados paliativos.

Como observado na tabela 1, a análise dos sintomas e o diagnóstico consiste num exame intra e extra oral, completo e detalhado. Este controlo pode ser efetuado de forma descomplicada através de um questionário, realizado ao paciente, quando a sua fala não está comprometida, para saber se o mesmo apresenta ou não uma “sensação de boca seca” (Souto et al., 2019).

O tratamento da xerostomia passa por (Palmela & Salvado, 2010; Wiseman, 2006):

- Estimular a saliva através de estimulantes como a pilocarpina, que ajudam a lubrificar a cavidade oral, esta já foi testada num estudo realizado em pacientes irradiados. A dose recomendada é de 5mg e a sua toma deve ser de 3 a 4 vezes por dia, no máximo durante 90 dias, nunca ultrapassando os 30mg por dia;
- Tomar Bioteno, que é um substituto da saliva, que deve ser tomado antes das refeições para ter uma melhor ingestão;
- Ingerir bastantes líquidos;
- Retificar (quando possível) a medicação atual e eliminar medicamentos cujos efeitos secundários incluam a sensação de boca seca, ou pelo menos, encontrar substitutos para os mesmos, fazendo uso de outros medicamentos com o mesmo princípio ativo, mas sem este efeito colateral;
- Intensificar hábitos de higiene oral;

- Deve-se evitar colutórios que contenham álcool uma vez que acabam por secar ainda mais a cavidade oral;
- Fazer periodicamente um controlo dentário de forma a realizar destarizações e tratar cáries existentes regularmente.

Tabela 1 - Etiologia, sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento da xerostomia (Adaptado de Scully, 2009).

Xerostomia	
Etiologia	Doenças endócrinas
	Doenças autoimunes
	Doenças infecciosas
	Doenças granulomatosas
	Radioterapias
	Medicações
	Hábitos pessoais
Sinais e Sintomas mais frequentes	Boca seca
	Dificuldade em mastigar
	Disfagia
	Dificuldade na fala
	Ardor bucal (sensação queimação)
	Glossite
	Alterações do paladar
	Halitose (mau hálito)
	Candidíase oral
	Lábios fissurados
	Eritema das mucosas
	Estomatite angular (queilite angular)
	Diagnóstico
Exame físico	
Testes de função salivar	
Tratamento	Hidratação oral frequentes
	Substitutos salivares
	Estimulantes salivares

Conhecer a doença base que causa a xerostomia, também é primordial. Muitas vezes a doença não é curável, no entanto, este sintoma deve sempre ser tido em conta de forma a adotar medidas terapêuticas para aliviá-lo (Masulo et al., 2009).

Tratamentos auxiliares aos anteriores referidos também existem, sendo divididos em três categorias: os tratamentos a nível farmacológico, seguido de TLBI e a cirurgia (Masulo et al., 2009).

A xerostomia afeta muitos pacientes em cuidados paliativos e a equipa dessa unidade deve-se encontrar preparada para lidar com as consequências dessa doença estando sempre atenta às dificuldades que podem surgir na fala, mastigação, deglutição, etc, que posteriormente podem desencadear condições gravíssimas como mau aporte nutricional, falta de apetite, emagrecimento excessivo, desidratação crítica, halitose e danos na cavidade oral (Feio & Sapeta, 2005).

Mais uma vez, é imprescindível conhecer-se muito bem a etiologia da xerostomia, avaliar o seu grau de severidade e saber se afeta ou não a qualidade de vida do doente antes de implementar qualquer tipo de tratamento conforme ilustra a figura 9 (Wu et al., 2020).

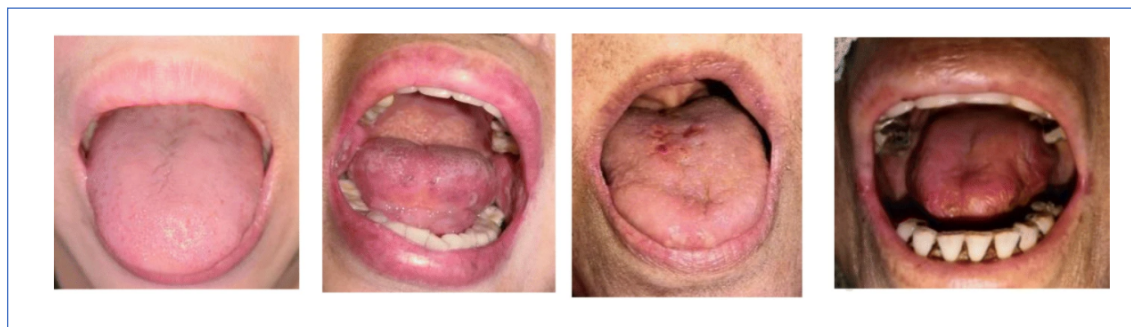


Figura 9. Xerostomia diagnosticada e classificada clinicamente conforme o grau de severidade por um médico dentista em pacientes com cancro em fase final de vida. Fonte: (Wu et al., 2020).

7.2. Candidíase oral

Existem várias doenças sistémicas que comprometem a qualidade de vida dos doentes e que alteram a microflora normal existente na cavidade oral. Pacientes que se encontram doentes e em cuidados paliativos, podem agravar o seu estado com o aparecimento de infeções provenientes de bacterias, fungos ou vírus, que são causas de morbidade nos doentes oncológicos (Venkatasalu et al., 2020a).

As infeções orais resultam de um desequilíbrio existente na flora microbiana oral devido a diversos tratamentos que resultam numa disfunção da glândula salivar, instrumentos de defesa do hospedeiro danificados, má higiene oral e deficiente saúde oral (Singh, 2020).

Um exemplo muito frequente que ocorre em pacientes que sofrem de cancro é a candidíase oral, uma infeção fúngica oportunista, que aproveita uma atmosfera débil

resultante de procedimentos como quimioterapia e radioterapia bem como uma mucosa fragilizada para se desenvolverem na cavidade oral conforme figura 10 (Alt-Epping et al., 2012; Singh et al., 2020).

Foram realizados alguns estudos que compararam o desequilíbrio existente na cavidade oral de pacientes com doenças terminais e o aparecimento de infecções oportunistas. Foi concluído que o fungo *cândida* se encontrava presente na cavidade oral de pacientes em cuidados paliativos, resultado esse verificado em sete dos nove estudos publicados entre os anos 2000 a 2017. Sabe-se ainda que a espécie que mais frequentemente se desenvolve em pacientes em fim de vida é a *candida albicans*. No entanto, esta normalmente já se encontra presente, com uma percentagem de 30% a 50%, num indivíduo saudável (Venkatasalu et al., 2020a).

Em suma, apesar desta espécie já se encontrar natural e comensalmente na cavidade oral, pode transformar-se num microorganismo patogénico e oportunista quando a defesa e imunidade do hospedeiro está limitada e fragilizada (Venkatasalu et al., 2020a).

Remetendo agora unicamente para os cuidados paliativos, é importante referir que a candidíase está presente em 70% a 85% destes pacientes, estando diretamente relacionada com a presença de xerostomia na cavidade oral dos mesmos, sendo imprescindível a instrução para a higiene oral (Souto et al., 2019; Wiseman, 2000).

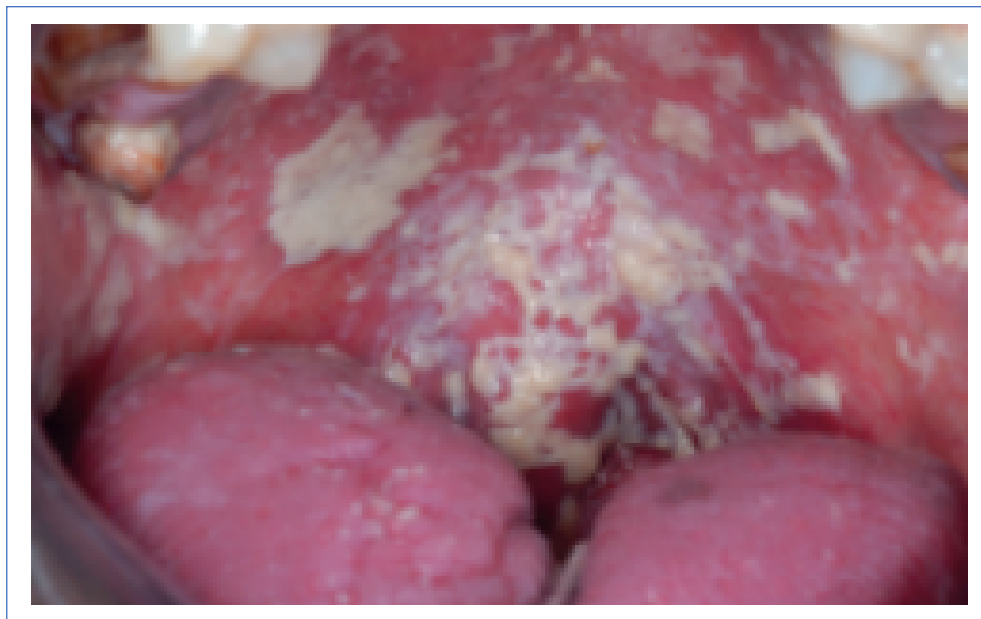


Figura 10. Apresentação de candidíase oral associado a paciente em tratamento de cancro da cabeça e pescoço. Fonte: (Palmela & Salvado, 2010, 2010).

O tratamento desta infecção oportunista passa pela aplicação tópica do clotrimazol ou da nistatina (como suspensão oral), e pela aplicação sistémica de fluconazol e cetoconazol, quando a primeira opção não é viável ou não produz qualquer tipo de efeito, deixando os agentes sistémicos restringidos a casos mais graves. Outro exemplo que pode igualmente ser posto em prática é a congelação da nistatina com sumos de frutas sem adição de açúcar para formar gelados que posteriormente quando forem consumidos acabam por igualmente hidratar a mucosa oral (Souto et al., 2019; Wiseman, 2000).

Pode-se ainda recorrer à medicação antifúngica através de aplicações tópicas, elixires orais, géis ou cápsulas, que podem aliviar uma zona local, mas não há estudos suficientes que comprovem que estas medidas aliviem a dor causada pela candida ou que resolvam a dificuldade em deglutir (Souto et al., 2019).

Manter uma boa higiene oral e um controlo dentário regular é a melhor solução para prevenir o aparecimento destas infeções (Souto et al., 2019; Wiseman, 2000).

A tabela 2 apresenta a etiologia da candidíase oral bem como os sinais clínicos que devem ser observados para um correto diagnóstico e o tratamento de eleição perante esta situação oral com grandes repercussões sistémicas (Regezi, 2008).

Tabela 2 - Etiologia, sinais e sintomas diagnóstico e tratamento da candidíase oral (Adaptado de Regezi, 2008).

Candidíase Oral	
Etiologia	<i>C. albicans</i> <i>C. parapsilosis</i> <i>C. tropicalis</i> <i>C. glabrata</i> <i>C. krusei</i> <i>C. pseudotropicalis</i> <i>C. guilliermondii</i>
Sinais e Sintomas mais frequentes	Sensação de ardência Alterações do paladar Dor Tumeção Disgeusia
Diagnóstico	Exame clínico
Tratamento	Tópico: Nistatina Oral Pastilhas; pó ou pomada para próteses dentárias; comprimidos ou pastilhas orais de clotrimazol Sistémico: Fluconazol; cetoconazol

7.3. Mucosite

Uma intercorrência muito comum nos pacientes em cuidados paliativos é a mucosite oral. A mucosite oral possui uma repercussão negativa na qualidade de vida dos doentes, tem um efeito debilitante durante um tratamento paliativo e pode até levar à interrupção parcial ou completa dos tratamentos paliativos por ingestão oral (Schirmer et al., 2012).

Foi realizado um estudo pela Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos a doentes com problemas oncológicos avançados, em que entre 60% a 70 % dos mesmos, apresentaram problemas na cavidade oral como a mucosite (Teixeira, 2010).

A mucosite define-se como uma inflamação que atinge várias zonas denominadas por faringo-esófago-gastrointestinal. Trata-se de um problema que provoca bastante dor e rubor, e a nível da cavidade oral é uma condição bastante frequente que compromete a qualidade de vida do indivíduo, visto que ao longo de toda a cavidade oral aparecem úlceras e lesões tipo queimaduras (Teixeira, 2010).

Já se verificou a presença desta manifestação em diversos doentes nos cuidados paliativos, daí ser extremamente necessário conhecerem-se as condições de risco para o desenvolvimento deste problema aquando da presença numa unidade de cuidados paliativos, bem como saber as consequências que dele advêm, de forma a proceder as medidas de tratamento (Teixeira, 2010).

Ainda mais importante que saber tratar, é saber prevenir o aparecimento da mucosite oral, participando ativamente na higiene oral dos pacientes paliativos e estar atento à presença ou não de xerostomia, contribuindo desta forma para uma melhoria na qualidade de vida do doente (Teixeira, 2010).

O aparecimento de mucosite está relacionado com diversos fatores, tais como:

- A doença
 - Incluem tumores primários ex. infiltração de células que provocam leucemia; tumores gastrointestinais e ainda o sarcoma de Kaposi.
- O tratamento
 - Tratamentos antineoplásicos como a radioterapia podem desencadear mucosite; tratamentos citostáticos como as antraciclinas, fluoruracilo, agentes alquilantes, antimetabolitos, etc.
- Outras causas
 - Aparecimento de parotidite e xerostomia

A mucosite oral traz consigo imenso desconforto e dor, que podem originar dificuldades ao nível da comunicação, mastigação e deglutição dos doentes, comprometendo, muitas vezes, o aporte nutricional necessário (Souto et al., 2019).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma escala de gravidade da mucosite, sendo baseada em pontuações de 0 a 4, representada pela figura 11, com os seguintes significados (Souto et al., 2019):

- Pontuação 0: estado normal
- Pontuação 1: não há necessidade de tratamento, mas há eritema
- Pontuação 2: sintomas dolorosos, há dificuldade em alimentar-se, mas não há necessidade de tomar analgésicos
- Pontuação 3: ulceração dolorosa, há necessidade de se tomar analgésicos
- Pontuação 4: presença de necrose



Figura 11. Sinais clínicos mucosite em pacientes com cancro em fase final de vida. Fonte: (Wu et al., 2020).

No entanto, há vários procedimentos possíveis para aliviar a dor sentida por estes doentes. Entre eles, o mais importante é a manutenção de uma higiene oral impecável, de forma a prevenir o aparecimento de infeções na cavidade oral, da halitose, da doença periodontal e de sintomas no geral, garantindo, assim, um futuro sem malefícios em doentes sob tratamentos difíceis e complicados para combater doenças em estado avançado (Souto et al., 2019).

Todos os doentes que apresentem suscetibilidade para o aparecimento de mucosite, conforme a tabela 3 apresenta, devem recorrer a terapias direcionadas para o

tratamento ou prevenção da mesma, tendo sempre como objetivo a limitação do aparecimento de infecções na cavidade oral (Souto et al., 2019).

Relativamente à higiene oral de doentes paliativos devem-se seguir algumas práticas importantes segundo o “Oral Care Guidelines for Palliative Care Patients” tais como (Souto et al., 2019; Teixeira, 2010):

- Lavar os dentes pelo menos quatro vezes durante o dia, incluir as mesmas após as refeições; de forma a impedir a secura da cavidade oral, deve sempre dar-se preferência a elixires sem álcool;
- utilizar escovas de esponja e priorizar o uso do fio dentário;
- evitar ou excluir o uso de vaselina nos lábios pois esta é constituída por petróleo que absorve água e que impossibilita a eliminação de bactérias pela saliva.

O tratamento da mucosite passa pelo uso de nistatina oral, sucralfato ou ainda clorhexidina a 0,2% preventivamente, quando a higiene oral não é possível. Pode-se ainda prescrever analgésicos para a dor, anti-histamínicos, antifúngicos e antibióticos (Souto et al., 2019).

É aconselhada uma alimentação líquida, mais pastosa, mais fria e sem alimentos picantes (Souto et al., 2019).

A prevenção e tratamento pode ser feita ainda através de laser de baixa intensidade, visto ser bioestimulante e provocar um efeito analgésico e anti-inflamatório, favorecendo um aceleração da cicatrização e da reparação de tecidos (Souto et al., 2019).

Deve-se ainda cessar hábitos nocivos como o tabaco e o álcool, manter a mucosa oral bem hidratada, assim como os lábios, e ter sempre um cuidado especial com a higiene oral, como já foi visto anteriormente (Souto et al., 2019).

Tabela 3 - Etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento da mucosite oral (Adaptado de (Palmela & Salvado, 2010; Scully, 2009)).

Mucosite Oral	
Etiologia	Relacionada com a doença
	Relacionada com o tratamento
	Relacionada com outras causas: Xerotomia, parotidite; tratamento cirúrgico efetuado na superfície da mucosa.
Sinais e Sintomas mais frequentes	Dor
	Desconforto
	Dificuldade na mastigação
	Dificuldade na deglutição
Diagnóstico	História clínica
	Exame físico
Tratamento	Nistatina oral
	Sucralfato
	Cloroexidina 0,2%
	Analgésico
	Antihistamínico
	Antifúngico
Antibiótico	

7.4. Disfagia

Uma das mais frequentes manifestações nos pacientes portadores da doença ELA é a disfagia. A disfagia amplifica as causas das infeções e das disfunções pois é ocasionada pela diminuição de força e atrofia muscular responsáveis pela deglutição, podendo levar o paciente à morte mais precocemente (Luchesi & Silveira, 2018).

A disfagia, aguda ou crónica, é um problema a nível da deglutição. Isto é, o doente apresenta uma certa dificuldade em engolir alimentos. Esta condição está geralmente presente em doentes nos cuidados paliativos, no entanto, nem sempre é tida em conta e acaba por ser descurada quando comparada com outros problemas mais severos igualmente presentes em pacientes que se encontrem numa fase final de vida (Jucan & Saunders, 2015; Lucena et al., 2020).

A disfagia afeta a qualidade de vida dos indivíduos visto que muitas das tarefas vitais que outrora eram feitas normalmente, estão agora limitadas e comprometidas, como o simples ato de comer, que pode até tornar-se algo extremamente doloroso.

A disfagia resulta de uma fraqueza a nível neuromuscular e sistémica, e dela podem derivar perturbações menos débeis a sintomas realmente preocupantes e limitadores, podendo estes últimos levar o paciente à morte (Mercadante et al., 2015).

Em estudos sobre a presença de disfagia, verificou-se que de 40 a 60 % dos doentes que sofriam de problemas neurodegenerativos relataram ter esta dificuldade em engolir. Por fim, verificou-se que a disfagia atingia 20% dos doentes oncológicos em fase avançada. A complexidade desta condição agrava-se com o tempo e com ela surgem outros obstáculos como debilidade, perda de peso súbita, fragilidade e pneumonia aspirativa (Mercadante et al., 2015).

Foi realizado um estudo no ano de 2014, que abrangeu 164 doentes em cuidados paliativos que não estavam sedados, mas já se encontravam no final de vida, ou seja, a três dias de falecerem. O estudo revelou que em 79% dos casos analisados foram observadas dificuldades na deglutição compatíveis com a disfagia, tornando este problema um relato bastante frequente e comum em doentes presentes nos cuidados paliativos, principalmente na fase final da vida dos mesmos (Bogaardt et al., 2015).

A falta de aporte de nutrientes é bastante grave para qualquer pessoa e ainda mais o é para indivíduos com doenças graves e incuráveis (Bogaardt et al., 2015).

É importante haver estudos que relacionem a disfagia com determinadas doenças para se conseguir perceber as causas e possíveis alterações na vida do doente que facilitem o seu dia a dia. A doença ELA foi uma das doenças estudadas que correlacionou a vida dos pacientes portadores de ELA com a disfagia com foco nos cuidados paliativos, chegando à conclusão que esta dificuldade em deglutir é um dos sintomas mais presentes na ELA, isto porque há uma degeneração dos nervos cranianos IX, X, XI e XII e do trato corticobulbar, limitando a função dos músculos da deglutição que se encontram atrofiados. Nestes pacientes é raro a recomendação e ingestão de alimentos diferenciados e alternativos. A solução destes casos passa pela colocação de um tubo gastroesofágico dada a grande desidratação e desnutrição da maior parte destes doentes. A perda de peso associada a estes doentes não só está relacionada com a disfagia, mas também com o metabolismo acelerado e o aumento do sacrifício para conseguir respirar, que exige um gasto calórico muito superior ao que se verificava anteriormente. Acrescido a estas mudanças está também a depressão que está presente na maioria dos doentes ELA que acaba por reduzir o apetite e contribuir igualmente para uma desnutrição acentuada (Luchesi & Silveira, 2018).

Como exposto na tabela 4, a disfagia tem como causas associadas a xerostomia e a ansiedade podendo originar espasmos no esófago, infecções causadas pela cândida ou bactérias, fraqueza, debilidade acentuada e, no geral, está maioritariamente relacionada com doenças que afetam zonas do trato gastrointestinal superior bem como da cabeça e pescoço. Esta alteração a nível da deglutição afeta a qualidade de vida do doente e reduz a sua participação na vida social. Perante isto, urge se encontrarem alternativas e soluções eficazes para tentar combater a falta de nutrientes que seriam entregues pelos alimentos. Desta forma, o tubo de alimentação é sempre uma opção que se encontra em cima da mesa e que tem de ser bem ponderada tanto pelo doente como pelos médicos que o acompanham (Kenny et al., 2019).

Outro estudo pertinente sobre este assunto, mas desta vez realizado em doentes com problemas exteriores à zona da cabeça, pescoço e gastrointestinal superior, concluiu que a disfagia estava também presente em 19% dos indivíduos com doenças fora dessas regiões, em que 30% estavam já na unidade de cuidados paliativos e 32% apenas se encontravam no hospital. Uma associação relatada foi a falta de diagnóstico antecipado, sendo que muitos dos pacientes deste estudo só descobriram que sofriam desta condição após a participação no mesmo, deixando bem claro a importância da equipa hospitalar e paliativa estar munida de informações sobre a disfagia e frequentemente observar os doentes para descobrir novos sintomas que possam estar relacionados com a disfagia, contribuindo desta forma para uma melhoria da qualidade de vida do doente e prevenindo o surgimento de outros problemas como a pneumonia aspirativa ou uma acentuada

diminuição de peso. Adicionalmente, este estudo revelou ainda que há uma relação direta entre a disfagia e sintomas como a náusea, tosse, fraco desempenho geral e problemas nutricionais (Kenny et al., 2019).

Em relação ao tratamento da disfagia, este deve passar primeiramente por uma intervenção não medicamentosa, aconselhando o doente e os seus cuidadores a adotarem uma dieta mole com alimentos mornos e a realizar pequenas refeições ao longo do dia. Juntamente com esse hábito vêm outros como ter sempre uma postura certa que promova uma melhor deglutição, suplementar a alimentação através de batidos e utilizar instrumentos que auxiliem a engolir mais facilmente (Santos et al., 2020).

Tabela 4 - Etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento da Disfagia (Adaptado de BCCPC, 2017).

Disfagia	
Etiologia	Causas mecânicas e obstrutivas
	Distúrbios neuromusculares
	Dentes em más condições
	Úlceras orais
	Xerostomia
	Uso crónico de penicilamina
	Malignidades de cabeça e pescoço
	Doenças da mucosa
	Doenças mediastinais
Sinais e Sintomas mais frequentes	Dificuldade em iniciar a deglutição
	Regurgitação nasal
	Tosse
	Fala anasalada
	Diminuição no reflexo da fala
	Disartria e diplopia
Halitose	
Diagnóstico	Anamnese detalhada
	Exame físico
	Exames imagiológicos
Tratamento	Mudança na alimentação por alimentos mais moles
	Hidratação
	Medicamento coadjuvante: IECA
	Cirurgia

8. Outras condições orais observadas em doentes em cuidados paliativos

A cavidade oral acomoda uma grande quantidade de microrganismos que intensifica os problemas orais nos pacientes em cuidados paliativos. Como já referido essas condições agravam o estado de saúde desses doentes (Dhaliwal et al., 2021).

Um denominador comum entre todos os pacientes presentes numa unidade de cuidados paliativos é a higiene oral deficitária, sendo este um dos muitos problemas que estes indivíduos enfrentam diariamente (Jucan & Saunders, 2015).

Uma higiene oral deficiente, na maior parte das vezes, deve-se a diversas causas, internas e externas, tais como: as limitações físicas e cognitivas do doente, o não

conhecimento dos cuidados a ter para com a higiene oral de terceiros por parte dos cuidadores, ausência de aparelhos para prevenir doenças orais e pouco ou nenhum rastreio. Em relação a este último fator, há muitos autores que sugerem que se deverá adotar uma postura de prevenção das doenças orais para com estes pacientes, do início ao fim, sendo parte fundamental do plano de tratamento geral do doente (Jucan & Saunders, 2015).

Existem situações em que o estado oral é realmente precário e lastimável, havendo uma grande acumulação de placa bacteriana, restos de alimentos, próteses dentárias desadaptadas, entre outros (Jucan & Saunders, 2015).

Segundo os autores Palmela & Salvado (2010), existem certas medidas que os doentes em cuidados paliativos devem tomar, tais como utilizar uma pasta dentífrica com flúor, usar uma escova de dentes suave, realizar a escovagem dentária entre duas a três vezes por dia e passar fio dentário numa base diária. Na maior parte dos casos é realmente necessária a intervenção e ajuda de terceiros para que estas técnicas se realizem adequadamente. Quando não é de todo possível, é aconselhado o uso de compressas humedecidas para higienizar a cavidade oral (Palmela & Salvado, 2010).

Uma das maiores consequências pela falta de cuidados orais é o aparecimento da doença cárie dentária. Sendo a doença mais frequente entre os indivíduos, é uma doença multifatorial e infetocontagiosa. As suas causas estão relacionadas com a alimentação do indivíduo e com a habilidade de defesa do sistema imunitário. Esta associação entre um sistema imunitário debilitado e os microrganismos patogénicos que pretendem invadi-lo acaba por ser influenciada por fatores intrínsecos e extrínsecos que vão afetar o desenvolvimento da doença. Este facto pode ser verificado em pacientes presentes nos cuidados paliativos visto que estes sofrem de uma excessiva fraqueza a nível corporal e mental, e no que toca à saúde oral as diferenças ao nível da saliva derivadas da farmacologia aplicada à doença resultam em cáries profundas e múltiplas, que muitas vezes se vão agravando por não haver um controlo adequado e regular, nem uma higiene oral apropriada ao não desenvolvimento da doença cárie. A prevenção é extremamente necessária seja através da fluoretação ou de uma alimentação saudável, e o tratamento passa pela eliminação do foco bacteriano e pela restauração dos tecidos dentários afetados (Grigaluskienė et al., 2015; Palmela & Salvado, 2010).

Outra das condições de igual gravidade é a doença periodontal. A doença periodontal trata-se de um processo inflamatório que decorre de uma acumulação excessiva de placa polimicrobiana, afetando a gengiva (tornando-a avermelhada e

inflamada como ilustra a figura 12) e os tecidos dentários de suporte. A periodontite pode ocorrer localmente ou afetar de uma maneira geral todos os dentes, sendo que inicialmente não há sintomas que causem dor e por isso mesmo o paciente tende a desconsiderar a situação, mas em casos realmente mais avançados em que a doença periodontal já se encontra bem instalada e desenvolvida, pode mesmo provocar perda dos dentes (Rolim et al., 2011).

O tratamento passa pelo diagnóstico atempado da doença de forma que seja possível reverter a perda dentária e prevenir através de uma higiene dentária adequada e regular, insistindo na limpeza interproximal (Machado et al., 2020).



Figura 12. Exemplo de periodontite grave e ausências dentárias em indivíduo com demência. Fonte: (Wu et al., 2020).

Um estudo recente realizado por Lima et al., (2021), refere que as patologias mencionadas acima, são as mais prevalentes em pacientes em cuidados paliativos.

Contudo, os autores mencionam ainda que existem outras patologias como a sialorreia (aumento de produção salivar), halitose (mau hálito), dor orofacial, osteorradionecrose e próteses mal-adaptadas, que são exemplos de doenças orais que condicionam o bem-estar e saúde oral dos pacientes e como consequência a diminuição da sua qualidade de vida (Mendonça et al., 2021; Palmela & Salvado, 2010; Sen et al., 2020).

9. O papel dos médicos dentistas na equipa multidisciplinar de cuidados paliativos

Inúmeros doentes em tratamentos paliativos podem manifestar vários problemas orais que vêm acompanhados de problemas do foro psicológico, exclusão social, compromisso estético, sofrimento para falar, deglutir e até mesmo respirar (Rivera-Flores et al., 2015; Wiseman, 2000).

A presença de médicos dentistas na equipa dos cuidados paliativos é de máxima importância para a manutenção da saúde oral e da qualidade de vida dos pacientes. A integração dos médicos dentistas nos cuidados orais dos pacientes paliativos é igualmente primordial e imprescindível devido às suas carências orais. Deverá se instruir no sentido de ser efetuada a higiene oral do paciente, ao mesmo e aos seus cuidadores, de forma a prevenir e tratar infeções oportunistas, que são seriamente dolorosas e debilitantes, como a xerostomia, osteonecrose, perdas dentárias, entre outros (Lima et al., 2021).

Para todas as desordens orais resultantes de um tratamento paliativo, um elaborado diagnóstico com atenção e um plano de tratamento são necessários, sempre com o foco e o objetivo de alcançar a qualidade de vida. Proporcionar um maior conforto para o paciente, reduzir ou controlar a dor é quase sempre o melhor contributo que um médico dentista pode oferecer a um paciente terminal (Kumari et al., 2020; Souto et al., 2019; Wiseman, 2006).

Visto que a higiene dentária poderá não estar sempre a ser executada de forma correta pelo paciente, por este se encontrar debilitado ou inconsciente derivado da terminalidade da sua doença, os cuidados paliativos orais e a maestria dos médicos dentistas têm um papel determinante (Souto et al., 2019).

A medicina dentária paliativa enfatiza parâmetros ou métodos com o objetivo de fornecer cuidados orais de qualidade, isentos de dor e isentos de infeção. No mesmo sentido, defende a manutenção das próteses dentárias com o fim de as deixar limpas e adaptadas e a cavidade oral livre de restos alimentares (Mulk et al., 2014).

“A expressão médica dentária nos cuidados paliativos pode ser definida como os serviços médicos dentários estendidos com o objetivo central de prover cuidados orais preeminentes viáveis a pacientes doentes terminais ou muito avançados, onde lesões ou condições orais impactam muito na qualidade de vida dos pacientes, o início e a progressão das lesões orais podem estar relacionados à sucessão direta ou indireta da doença, seu tratamento ou ambos” (Saini et al., 2009).

O tratamento e gestão das manifestações orais envolvem o diagnóstico, tratamento acertado e reavaliações regulares pelo médico dentista. A avaliação pormenorizada do paciente paliativo tem como finalidade precisar a origem da patologia oral bem como determinar as causas da mesma. Uma fraca avaliação e sem zelo por parte do médico dentista pode induzir a erros nos tratamentos e levar ao insucesso das intervenções (Craig, 2000; Lopez-Silva).

Os cuidados orais nos cuidados paliativos e os seus tratamentos associados têm como principais objetivos: a melhoria efetiva da desordem; palição dos sintomas orais, tratamento das causas dos problemas orais e possíveis complicações (Mulk et al., 2014).

Na prática dentária trivial há sempre várias opções de tratamentos dentários, porém, num paciente em estado terminal os tratamentos podem ser limitados. Para tal, é sempre necessário avaliar alguns fatores como: a origem do problema oral, o estado geral do paciente, a natureza da terapia, a possibilidade do tratamento e, essencialmente, o anseio e o desejo do paciente. As consultas de revisão são de extrema importância pois vão ser indicadores da eficácia do tratamento efetuado. A falta de reavaliação ou reavaliações mal executadas poderão conduzir esses pacientes à continuidade dos seus problemas orais e constante redução da sua saúde oral (Craig, 2000).

Sendo assim, a presença de médicos dentistas como membros clínicos da equipa multidisciplinar dos cuidados paliativos é de extrema relevância não apenas para o paciente, mas também para os seus familiares, auxiliando nos cuidados básicos orais, como, por exemplo, a higienização oral regular, tratar das condições orais específicas como a cárie dentária, ou tratar manifestações orais mais complexas juntamente com os demais profissionais de saúde como fisioterapeutas da fala, nutricionistas e enfermeiros. Os médicos dentistas são uma peça essencial nos cuidados, uma vez que eles podem participar na formação de outros elementos da equipa (Baère et al., 2017; Mulk et al., 2014).

Diversos tratamentos dentários podem ser executados na esfera domiciliar, no entanto, os tratamentos demandam equipamentos que permitam uma boa destreza manual pelos utilizadores (Craig, 2000).

São notórias as várias condições orais que se desenvolvem nos pacientes paliativos. Ainda assim, o acesso e a assistência aos tratamentos dessas condições continuam a ser ineficazes e inadequados, embora existam imensas evidências da eficácia dos variados tratamentos no universo dos cuidados paliativos.

Para Wiseman (2006) o médico dentista deve olhar para o paciente de forma holística. Para além do cuidado oral, os doentes com doenças crónicas e terminais em cuidados paliativos requerem um cuidado excelente como alicerce às suas carências não só orais, mas também emocionais, sociais e espirituais visando sempre a qualidade de vida e bem-estar (Luchesi & Silveira, 2018).

III – CONCLUSÕES

Com o crescimento do número de indivíduos de população idosa, é possível observar também o aumento do aparecimento de doenças crónicas degenerativas, bem como, o acréscimo da sua gravidade.

Devido à presença de vários fatores durante o processo natural do envelhecimento, o aparecimento de tais doenças é responsável pela morte dos indivíduos. Assim, de acordo com vários autores, a população vive durante mais anos, contudo, a qualidade de vida durante os últimos anos poderá não ser a melhor.

Embora o processo de envelhecimento seja algo natural, a forma como este acontece encontra-se dependente de inúmeros fatores. Estes podem ser modificáveis com o propósito de aumentar a qualidade de vida.

Desta forma, pode-se contar com os cuidados paliativos, que se destinam a pacientes portadores de doenças incuráveis, com a finalidade de fornecer bem-estar em vários sentidos, seja físico, psicológico ou emocional, tanto ao paciente, como aos seus familiares.

Apesar da presença de patologias severas nestes pacientes, estas encontram-se muitas vezes associadas com outro tipo de patologias, como sejam as doenças orais, que possuem uma elevada incidência neste tipo de doentes.

Estas patologias orais são causa, direta ou indireta, de um impacto social e funcional negativo nestes indivíduos que já se encontram debilitados previamente devido à sua condição paliativa e de extrema complexidade.

De acordo com vários autores a saúde oral é um fator fundamental para a presença de uma boa qualidade de vida e bem-estar geral do paciente, sendo que possui um grande impacto sobre a saúde física e mental do mesmo.

Apesar de ser comum a presença de lesões orais bem como uma pobre higiene oral nos pacientes em cuidados paliativos, este facto é muitas vezes ignorado sendo tido como parte do curso natural do paciente, levando a que estes sejam frequentemente negligenciados.

As manifestações orais quando não tratadas podem evoluir para a sua forma crónica, expondo o paciente a um elevado desconforto na sua alimentação, privando-o de alguns alimentos, o que poderá desencadear situações de *stress* emocional e quadros de depressão.

Como consequência da depressão e da falta de cuidados de higiene oral, a halitose e outras lesões orais levam os doentes a constrangimentos. Por vezes, levam mesmo a que o círculo de pessoas à sua volta se afaste devido ao seu estado oral. Este cenário em nada contribui para qualidade de vida do indivíduo. Pelo contrário, os estudos demonstram que esta situação contribui determinadamente para o agravamento das suas doenças.

É de salientar que uma boa prática de cuidados orais nos doentes em cuidados paliativos se revela de extrema importância, contribuindo desta forma para a conservação da sua qualidade de vida, juntamente com o conforto, bem-estar, autoestima, imagem corporal, entre outros fatores.

A relação entre uma boa saúde oral e qualidade de vida deverá ser promovida, de modo que, independentemente da doença em que o paciente se encontra, estes fatores fundamentais se encontrem presentes.

É, assim, imprescindível fornecer uma atenção cuidada à cavidade oral e ao paciente como um todo, tendo como objetivo a prevenção e tratamento dessas manifestações orais.

Os cuidados médico-dentários nos cuidados paliativos são de extrema importância pois poderão proporcionar a melhoria efetiva das doenças orais, palição dos sintomas da cavidade oral bem como o tratamento dos problemas orais e suas complicações.

Estudos revelaram que as manifestações mais prevalentes presentes em pacientes paliativos consistem na xerostomia, candidíase oral, mucosite e disfagia. O aparecimento dessas lesões pode ser causado pela diminuição da imunidade constante nos pacientes com doenças debilitantes ou por consequência das doenças crónicas que colocam estes pacientes em cuidados paliativos.

A carência de informação e perceção entre os profissionais de saúde retrata a dificuldade na identificação e terapia dessas manifestações orais nos doentes em atenção paliativa.

Por outro lado, os doentes e os seus cuidadores, parecem não priorizar a necessidade de cuidados orais que são genericamente determinados pela condição clínica advindas da doença e dos seus tratamentos.

Ainda que a manifestação oral seja observada na grande maioria dos doentes em unidades de cuidados paliativos, a medicina dentária raramente é mencionada como parte integrante das unidades de cuidados paliativos. Poucos estudos científicos dissertam a

imprescindível existência de um médico dentista como parte integrante da equipa multidisciplinar.

Contudo, é essencial um adequado conhecimento por parte do médico dentista sobre as principais manifestações clínicas orais apresentadas nos pacientes paliativos e ainda um adequado conhecimento das opções terapêuticas para tratá-las.

Esses cuidados e atenção orais são na maioria das vezes desconsiderados devido à falta de um médico dentista como componente da equipa dos cuidados paliativos na linha de frente dos pacientes terminais.

Os estudos demonstram que as várias manifestações encontradas em doentes em cuidados paliativos poderiam ser evitadas ou reduzidas através de um diagnóstico clínico precoce bem como o seu tratamento.

Esta revisão de literatura tem em certa medida o objetivo de sensibilizar as várias partes interessadas no tratamento de pacientes em cuidados paliativos para a falta da presença de um médico dentista no processo. Atendendo às normas das várias instituições internacionais que se dedicam a este assunto, entende-se que a participação no processo do profissional de saúde de medicina dentária se revela cada vez mais crucial e até de certa forma indispensável para uma melhor qualidade de vida e bem-estar em doentes terminais.

Num olhar para o futuro são ainda necessários mais estudos científicos a longo prazo com a finalidade de estabelecer normas de orientação clínica para o cuidado dos pacientes em terapia paliativa, que possam vir a comprovar a necessidade da presença do médico dentista como membro da equipa multidisciplinar de profissionais de saúde envolvidos no processo, para a promoção de uma boa saúde oral, precaução da exacerbação da doença bem como o tratamento dessas manifestações e reabilitação oral de forma a que a dignidade seja sempre mantida ainda que o paciente já se encontre em curso de morte.

IV – BIBLIOGRAFIA

Alt-Epping, B., Nejad, R. K., Jung, K., Groß, U., & Nauck, F. (2012). Symptoms of the oral cavity and their association with local microbiological and clinical findings -a prospective survey in palliative care. *Supportive Care in Cancer*, 20(3), 531–537. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1114-z>

Alzheimer's Disease International. (2019). *From plan to impact progress towards targets of the global action plan on dementia*. <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/from-plan-to-impact-2018.pdf>

Angelis, M. D. E., Canzani, F., Orsi, L., Florian, C., Valenti, D., Bernardo, M., Pizzuto, M., Rigotti, L., Antonione, R., Bertè, R., Tanzi, S., Leo, S. D. I., Garetto, F., & Beretta, M. (2020). Le cure palliative nella pandemia da SARS-CoV-2: esperienze italiane e internazionali a confronto. *Rivista Italiana di Cure e Palliative*, 22(2), 54–63. <https://www.ricp.it/archivio/3369/articoli/33448/>

Associação Alzheimer Portugal. (2021,12 09). *Alzheimer Europe alerta para a urgência de reconhecimento da Demência como prioridade*. https://alzheimerportugal.org/pt/news_text-77-15-1185-alzheimer-europe-alerta-para-a-urgencia-de-reconhecimento-da-demencia-como-prioridade

Baère, T. D., Faustino, A. M., & Miranda, A. F. (2017). A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos. *Revista Portal de Divulgação*, 7(53), 5–19. <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/673/742>

Baiju, R., Peter, E., Varghese, N., & Sivaram, R. (2017). Oral health and quality of life: Current concepts. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(6), 21–26. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/25866.10110>

Bascones, A., Tenovuo, J., Ship, J., Turner, M., Mac-Veigh, I., López-Ibor, J. M., Albi, M., Lanzós, E., & Aliaga, A. (2007). Conclusiones del simposium 2007 de la sociedad Española de medicina oral sobre “Xerostomía. Síndrome de Boca Seca. Boca ardiente.” *Avances en Odontoestomatología*, 23(3), 119–126. <https://doi.org/10.4321/s0213-12852007000300002>

BC Centre for Palliative Care - BCCPC. (2017). *B.C. Inter-professional Palliative Symptom Management Guidelines*. <https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/03/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-8-Dysphagia.pdf>

Bogaardt, H., Veerbeek, L., Kelly, K., van der Heide, A., van Zuylen, L., & Speyer, R. (2015). Swallowing Problems at the End of the Palliative Phase: Incidence and Severity

in 164 Unsedated Patients. *Dysphagia*, 30(2), 145–151. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9590-1>

Bennadi, D., & Reddy, C. V. (2013). Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 3(1), 1–6. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.115700>

Capelas, M. L., da Silva, S. C. S., Alvarenga, M. I. S., & Coelho, S. P. (2014). Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. *Cuidados Paliativos*, 1(2), 7–13.

https://www.researchgate.net/publication/279191632_Desenvolvimento_historico_dos_Cuidados_Paliativos_visao_nacional_e_internacional

Carvalho, R. T., & Parsons, H. A. (2012). Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*, 1–592. <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>

Cohen-Carneiro, F., Souza-Santos, R., & Rebelo, M. A. B. (2011). Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 1007–1015. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000700033>

Conde, B. (2019). *Esclerose lateral amiotrófica: Estatísticas 2019*. Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica – APELA. <https://www.apela.pt/pages/104/artigos-cientificos>

Craig, S. (2000). Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2nd ed. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 2(05), 184. <https://doi.org/10.4088/pcc.v02n0505>

Dhaliwal, J. S., Murang, Z. R., Haji Husaini, H. A., Idris, D. R., & Venkatasalu, M. R. (2021). The need for oral assessment and referral practices tool for palliative patients in Brunei Darussalam: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 8(1), 39–47. <https://doi.org/10.1002/nop2.591>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2011). *Orientação nº007, de 25/03/2011 - Programa nacional de promoção da saúde oral - Plano B*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0072011-de-25032011-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2021, 09 25). Covid-19 I Relatório de situação I 25-09-2021. https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/572_DGS_boletim_20210925.pdf

Duarte, J., & Carqueja, E. (2020). Palliative Care in Dementia – O que sabem os cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doença*, 21(02), 404–414. <https://doi.org/10.15309/20psd210215>

Engelhardt, E., Tocquer, C., André, C., Moreira, D. M., Okamoto, I. H., & de Sá Cavalcanti, J. L. (2011). Demência vascular: Critérios diagnósticos e exames complementares. *Dementia e Neuropsychologia*, 5(1), 49–77. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642011DN05040003>

Etkind, S. N., Bone, A. E., Lovell, N., Cripps, R. L., Harding, R., Higginson, I. J., & Sleeman, K. E. (2020). The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e31–e40. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.029>

Fadul, N., Elsayem, A. F., & Bruera, E. (2021). Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 11(1), 40–44. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002364>

Food and Drug Administration – FDA. (2017-05-30). *FDA grants accelerated approval to pembrolizumab for first tissue/site agnostic indication*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/drugs/resources-information-approved-drugs/fda-grants-accelerated-approval-pembrolizumab-first-tissuesite-agnostic-indication>

Feio, M., & Sapeta, P. (2005). Xerostomia em cuidados paliativos. *Acta Medica Portuguesa*, 18(6), 459–466. https://www.researchgate.net/publication/7097691_Xerostomia_in_palliative_care

Figueiredo, J. F., Souza, V. M., Coelho, H. V., & Souza, R. S. (2018). Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 8(2638). <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2638>

Fleming, M., Craigs, C. L., & Bennett, M. I. (2020). Palliative care assessment of dry mouth: what matters most to patients with advanced disease? *Supportive Care in Cancer*, 28(3), 1121–1129. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04908-9>

Florêncio, R. S., Cestari, V. R. F., Souza, L. C., Flor, A. C., Nogueira, V. P., Moreira, T. M. M., Salvetti, M. G., & Pessoa, V. L. M. P. (2020). Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições. *Acta Paul Enferm.*, 33, 1-19. <https://doi:10.37689/acta-ape/2020AO01886>

Genç, B., Gautam, M., Gözütok, Ö., Dervishi, I., Sanchez, S., Goshu, G. M., Koçak, N., Xie, E., Silverman, R. B., & Özdinler, P. H. (2021). Improving mitochondria and ER stability helps eliminate upper motor neuron degeneration that occurs due to mSOD1

toxicity and TDP-43 pathology. *Clinical and Translational Medicine*, 11(2), 1-26. <https://doi.org/10.1002/ctm2.336>

Gilissen, J., Pivodic, L., Unroe, K. T., & Block, L. Van den. (2020). International COVID-19 Palliative Care Guidance for Nursing Homes Leaves Key Themes Unaddressed. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), 56–e69. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.151>

Gomes, A. L. Z., & Othero, M. B. (2018). Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, 30(88), 155–166. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>

Gomes, J. (2017). *Cuidados à boca ao doente em fase paliativa: envolvimento dos enfermeiros* [Tese de mestrado], Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33615/1/11514_Tese.pdf

Glick, M., Silva, O.M., Seeberger, G. K., Xu, T., Pucca, G., Williams, D. M., Kess, S., Jean-Luc, E. & Séverin, T. (2020). Conduzir o mundo a uma ótima saúde oral. *FDI World Dental Federation*. 1-28. <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/fdi-visao-2020-pt.pdf>

Grigaluskienė, R., Slabšinskienė, E., & Vasiliauskienė, I. (2015). Biological approach of dental caries management. *Stomatologija*, 17(4), 107–112. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27189495/>

Hermes, H. R., & Lamarca, I. C. A. (2013). Cuidados paliativos: Uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(9), 2577–2588. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>

Hernández, Javier & Aguilar-Díaz, Fatima & Vilchis, María. (2015). Oral Health Related Quality of Life. <https://www.intechopen.com/chapters/47896>

Hespanhol, F. L., Tinoco, E. M. B., Teixeira, H. G. C., Falabella, M. E. V., & Assis, N. M. S. P. (2010). Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1085–1094. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000700016>

INCA. (2002). Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle de Sintomas. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (2). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2002v48n2.2245>

Instituto Nacional de Estatística - INE. (2020-03-31). *Projeções de população residente em Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística. (2017-03-29). *Projeções de população residente em Portugal*.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2

Iriart, J. A. B. (2019). Precision medicine/personalized medicine: A critical analysis of movements in the transformation of biomedicine in the early 21st century. *Cadernos de Saude Publica*, 35(3), 1–14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00153118>

Jucan, A. C., & Saunders, R. H. (2015). Maintaining Oral Health in Palliative Care Patients. *Annals of Long Term Care*, 23(9), 15–20. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=110491451&site=ehost-live>

Kenny, C., Regan, J., Balding, L., Higgins, S., O’Leary, N., Kelleher, F., McDermott, R., Armstrong, J., Mihai, A., Tiernan, E., Westrup, J., Thirion, P., & Walsh, D. (2019). Dysphagia Prevalence and Predictors in Cancers Outside the Head, Neck, and Upper Gastrointestinal Tract. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(6), 949-958. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.06.030>

Kiernan, M. C., Vucic, S., Cheah, B. C., Turner, M. R., Eisen, A., Hardiman, O., Burrell, J. R., & Zoing, M. C. (2011). Amyotrophic lateral sclerosis. *The Lancet*, 377(9769), 942–955. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61156-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61156-7)

Kumari, M., Kumar, T., Rai, S., Rai, A., Sultana, R., & Priya, L. (2020). Evaluation of Dental Health in Terminally Ill Patients. *Journal of Medicine and Life*, 13(3), 321–328. <https://doi.org/10.25122/jml-2020-0023>

LauritAno, D., Moreo, G., Carinci, F., Borgia, R., Lucchese, A., Contaldo, M., Vella, F. D., Bernardelli, P., Moreo, G., & Petrucci, M. (2019). Aging and oral care: An observational study of characteristics and prevalence of oral diseases in an Italian cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 2-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193763>

Lima, G. S.; Nascimento, N. M. (2017). Oncologia: Cuidados paliativos aos pacientes oncológicos. *Temas em Saúde*, 17(1), 281–331. <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/05/17116.pdf>

Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s) Estado da Arte*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0355-1>

Lima, L. C. S., Andalécio, M. M., Andrade, R. S. de, Machado, F. C., Novais, V. R., & Carvalho, T. de A. (2021). Implicações clínicas orais e a importância dos cuidados

odontológicos em pacientes sob cuidados paliativos: Revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 10(9), 1-8. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.1835>

Lopez-Silva, C. P., Wei-Ting, M. A., Sundaresan, P. D., & Borromeo, G. (2019). Oral Management of Patients with Cancer. *Revista Facultad de Odontologia*, 31(1-2), 178-197. <https://doi.org/10.17533/udea.rfo.v31n1-2a16>

Lucena, V. L., Almeida, T. L. C., Cruz, R. L., Souto, P. A. N. G., Wanderley, J. P. M., & Filho, C. E. G. S. (2020). Dysphagia Influence Towards the Quality of Life of Cancer Patients Undergoing Palliative Care. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 12(1), 1329-1333. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12>.

Luchesi, K. F., & Silveira, I. C. (2018). Palliative care, amyotrophic lateral sclerosis, and swallowing: A case study. *Codas*, 30(5), 1-6. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017215>

Machado, V., Botelho, J., Proença, L., Alves, R., Oliveira, M. J., Amaro, L., Águas, A., & Mendes, J. J. (2020). Periodontal status, perceived stress, diabetes mellitus and oral hygiene care on quality of life: A structural equation modelling analysis. *BMC Oral Health*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01219-y>

Maiello, A.P. M. V., Borges, A.P.S., Pires, C. T., Achette, D., Forte, D. N., Saporetti, L., Carvalho, L.F. G., Delponte, V., & Schulz, V. (2018). Manual de cuidados paliativos. *ARS Medica Revista de Ciências Médicas*, 23(3). <https://doi.org/10.11565/arsmed.v23i3.1048>

Manflin, G. C. M. F. & Gimenez, F. V. M. (2020). Revisão de literatura: Demência por corpúsculos de Lewy e contribuições da enfermagem. *Revista Científica Eletrônica de Enfermagem da FAEF*, 3(9), 1-8. http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/QnWE5a467iG24pE_2020-7-7-8-49-2.pdf

Marinho, E. da C., Custódio, I. D. D., Ferreira, I. B., Crispim, C. A., Paiva, C. E., & Maia, Y. C. P. (2018). Relationship between food perceptions and health-related quality of life in a prospective study with breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Clinics (São Paulo, Brazil)*, 73(8), 1-8. <https://doi.org/10.6061/clinics/2018/e411>

Masulo, L. J., Muñoz, I. S. S., Costa, D. R., Maciel, S., & Nicolau, R. A. (2009). Xerostomia: etiologia, diagnóstico e tratamento – revisão de literatura. 5. 1-6. http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2013/anais/arquivos/RE_0428_0290_01.pdf

Médicos sem fronteiras. (2020-05-21). *Cuidados paliativos*. <https://msfcovid19.org/wp-content/uploads/2020/05/CV058-TTM-Cuidados-paliativos-para-pacientes-geri%C3%A1tricos-fichas-PT-20200521-Final-OK.pdf>

Mendonça, L. G. M., Castro, P. N., Concílio, L. R. da S., & Neves, A. C. C. (2021). Osteorradionecrose - Uma Complicação Da Radioterapia Na Região De Cabeça E Pescoço: Revisão De Literatura. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 7911–7920. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-537>

Mercadante, S., Aielli, F., Adile, C., Ferrera, P., Valle, A., Fusco, F., Caruselli, A., Cartoni, C., Massimo, P., Masedu, F., Valenti, M., & Porzio, G. (2015). Prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 23(11), 3249–3255. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2720-y>

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. https://sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Moraes, E. N. De, Moraes, F. L., & Lima, S. P. P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1), 67–73. http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf

Mulk, B. S., Chintamaneni, R. L., Prabhat, M. P. V., Gummadapu, S., & Salvadhi, S. S. (2014). Palliative dental care - A boon for debilitating. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(6), 1–6. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8898.4427>

Nakajima, N. (2017). Characteristics of Oral Problems and Effects of Oral Care in Terminally Ill Patients with Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(5), 430–434. <https://doi.org/10.1177/1049909116633063>

Nouvet, E., Sivaram, M., Bezanson, K., Krishnaraj, G., Hunt, M., de Laat, S., Sanger, S., Banfield, L., Rodriguez, P. F. E., & Schwartz, L. J. (2018). Palliative care in humanitarian crises: a review of the literature. *Journal of International Humanitarian Action*, 3(5), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s41018-018-0033-8>

Observador. (2019-05-14). *Cancro: os números já são uma realidade*. <https://observador.pt/2019/05/14/cancro-os-numeros-que-ja-sao-uma-realidade/>

Oliveira, C. S. de, Montenegro, C. P. D., & Lima, A. M. da C. (2019). Odontologia e cuidados paliativos: estudo de caso. *Rev. Longeviver*, 4, 46–54. <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/view/805/864>

Organização das Nações Unidas. (2017-04-17). *Cúpula da ONU discute envelhecimento populacional e desenvolvimento sustentável*. Nações Unidas Brasil. <https://brasil.un.org/pt-br/76184-cupula-da-onu-discute-envelhecimento-populacional-e-desenvolvimento-sustentavel>

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2003). *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. 1-60 https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/d_cronic.pdf

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. (2020). *Câncer*. <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>

Orphanet. (2011). *Esclerose lateral amiotrófica (ELA)*. Orphanet: Esclerose lateral amiotrófica (ELA)

Orsini, M., Marques, V., Reis, C. H. M., Sant Anna Jr, M., Oda, A. L., Bastos, V. H., Teixeira, S., Freitas, M. R., & Oliveira, A. B. (2017). Cuidados paliativos na esclerose lateral amiotrófica. *Fisioterapia Brasil*, 18(3), 257-259. <https://doi.org/10.33233/fb.v18i3.1047>

Palmela, P. & Salvado, F. (2010). Guidelines para cuidados de saúde oral em doentes oncológicos. *Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. http://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Cuidados_Saude_Oral_Doentes_Oncologicos.pdf

Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241–250. <https://doi.org/10.1590/s1807-55092012000200007>

Pérez-Moreno, D. P., López-Ramírez, J. H., & Torres-Espinosa, C. (2020). Palliative care for patients with SARS-CoV-2/COVID-19 infection; proposal for a model of care. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 43(4), 288–295. <https://doi.org/10.35366/94942>

Psicología y neurociencia en español (2013-08-22). *El alcance parietal del Alzheimer*. <https://psicologiayneurocienciaenespanol.blogspot.com/2013/08/el-alcance-parietal-del-alzheimer.html?m=0>

Proctor, E. A., Fee, L., Tao, Y., Redler, R. L., Fay, J. M., Zhang, Y., Lv, Z., Mercer, I. P., Deshmukh, M., Lyubchenko, Y. L., & Dokholyan, N. V. (2016). Nonnative SOD1 trimer is toxic to motor neurons in a model of amyotrophic lateral sclerosis. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 113(3), 614–619. <https://doi.org/10.1073/pnas.1516725113>

Regezi, J. A., Sciubba, J. J. & Jordan, R. C. K. (2008). *Patologia oral: correlações clinicopatológicas*. (5^{nt} ed.). Elsevier.

Rivera-Flores, L. G., De la Teja-Ángeles, E., & Durán-Gutiérrez, L. A. (2015). Manejo paliativo de manifestaciones estomatológicas en un paciente pediátrico con leucemia en etapa terminal. Reporte de caso clínico. *Acta Pediátrica de México*, 36(2), 97-104. <https://doi.org/10.18233/apm36no2pp97-104>

Rolim, A. E. H., da Costa, L. J., & Ramalho, L. M. P. (2011). Repercussões da radioterapia na região orofacial e seu tratamento. *Radiologia Brasileira*, 44(6), 388–395. <https://doi.org/10.1590/S0100-39842011000600011>

Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Saini, R., Marawar, P., Shete, S., Saini, S., & Mani, A. (2009). Dental expression and role in palliative treatment. *Indian Journal of Palliative Care*, 15(1), 26–29. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.53508>

Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: Um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 3–10. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000100002>

Santos, L. B., Mituuti, C. T., & Luchesi, K. F. (2020). Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea. *Audiology - Communication Research*, 25, 1–7. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2019-2262>

Scully, C. (2009). *Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento*. (2nd ed.). Elsevier.

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. (2018). Convivir con la ELA Guia pacientes y cuidadores. *Editorial Respira*. <https://www.dropbox.com/s/xy4r7huzgi6mogj/Convivir%20con%20la%20ELA%20Guia%20pacientes%20y%20cuidadores.PDF?dl=0>

Schirmer, E. M., Ferrari, A., & Trindade, L. C. T. (2012). Evolução da mucosite oral após intervenção nutricional em pacientes oncológicos no serviço de cuidados paliativos. *Revista Dor*, 13(2), 141–146. <https://doi.org/10.1590/s1806-00132012000200009>

Sen, S., Priyadarshini, S. R., Sahoo, P. K., Dutta, A., Singh, A. K., & Kumar, U. (2020). Palliative oral care in patients undergoing radiotherapy: Integrated review. *Journal of family medicine and primary care*, 9(10), 5127–5131. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_827_20

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative care: The world health organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91–96. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00440-2)

Sepúlveda-Ibarra, C. (2020). Correlation Between Neurological Findings And Neuropsychiatric Symptoms In Behavioral Variant Frontotemporal Dementia:

Systematic Review *Revista Chilena de neuro-psiquiatria*. 58(1), 40–49. DOI:10.4067/S0717-92272020000100040.

Silva, M. M. P. (2014). *Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos: Análise comparativa da percepção dos doentes, cuidadores e profissionais* [Tese de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. https://eg.uc.pt/bitstream/10316/27622/1/Mario_silva_Qualidade_vida_cuidados_paliativos.pdf

Singh, D. K., Tóth, R., & Gácsér, A. (2020). Mechanisms of Pathogenic Candida Species to Evade the Host Complement Attack. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 10(94), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2020.00094>

Sood, P., Ahuja, G., Makkar, D., Gaba, R., & Sidana, J. (2014). Oral Health Related Quality Of Life: Perspectives. *Dental Journal of Advance Studies*, 2(3), 112–117. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1671996>

Souto, K. C. L., Santos, D. B. N., & Cavalcanti, U. D. N. T. (2019). Dental care to the oncological patient in terminality. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*. 67, 1-5. <https://doi.org/10.1590/1981-86372019000323592>

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Teixeira, S. C. T. (2010). *Mucosite em Cuidados Paliativos*, [Tese de mestrado, Universidade do Porto]. <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/57186>

Venkatasalu, M. R., Murang, Z. R., Husaini, H. A. binti H., Idris, D. R., & Dhaliwal, J. S. (2020). Why oral palliative care takes a backseat? A national focus group study on experiences of palliative doctors, nurses and dentists. *Nursing Open*, 7(5), 1330–1337. <https://doi.org/10.1002/nop2.480>

Venkatasalu, M. R., Murang, Z. R., Ramasamy, D. T. R., & Dhaliwal, J. S. (2020a). Oral health problems among palliative and terminally ill patients: An integrated systematic review. *BMC Oral Health*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01075-w>

Walsh, S., Merrick, R., Milne, R., & Brayne, C. (2021). Aducanumab for Alzheimer's disease? *The BMJ (Clinical research ed.)*, 374, 10–11. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1682>

Sweeney, M. P., & Bagg, J. (2000). The mouth and palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 17(2), 118–124. <https://doi.org/10.1177/104990910001700212>

Wiseman, M. (2006). The treatment of oral problems in the palliative patient. *Journal of the Canadian Dental Association*, 72(5), 453–458. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16772071/>

Wiseman, M. A. (2000). Palliative care dentistry. *Gerodontology*, 17(1), 49–51. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2000.00049.x>

Wolff, A., Joshi, R. K., Ekström, J., Aframian, D., Pedersen, A. M. L., Proctor, G., Narayana, N., Villa, A., Sia, Y. W., Aliko, A., McGowan, R., Kerr, A. R., Jensen, S. B., Vissink, A., & Dawes, C. (2017). A Guide to Medications Inducing Salivary Gland Dysfunction, Xerostomia, and Subjective Sialorrhea: A Systematic Review Sponsored by the World Workshop on Oral Medicine VI. *Drugs in R and D*, 17(1), 1–28. <https://doi.org/10.1007/s40268-016-0153-9>

Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África. (2016). *Promover a saúde oral em África: prevenção e controlo das doenças orais e do noma como intervenções essenciais contra as doenças não transmissíveis*. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250678>

World Health Organization's Global Action Plan on the Public Health Response To Dementia 2017-2025. *Alzheimer's & Dementia*, 13(7), 1450–P1451. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.07.758>

World Health Organization. (2021). *Oral Health*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health>

World Health Organization. (2021,03 21). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

World Health Organization. (1998). Draft Programme on Mental WHOQOL User Manual. *World Health Organization*, 1–106. http://www.springerreference.com/index/doi/10.1007/SpringerReference_28001

World Health Organization. (2007). Cancer Control Palliative Care. *Chest*, 123(1), 284–311. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12527586>

World Health Organization. (2017, 12 7). *Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>

World Health Organization. (2018). *Diet and Oral Health: Factsheet on oral health and sugars. September.* https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/365850/oral-health-2018-eng.pdf

World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide.* <http://www.who.int/servicedeliverysafety/en>

World Health Organization. (2021, 09 25). *Who coronavirus (covid-19) dashboard.* <https://covid19.who.int/>

Wu, T. Y., Liu, H. Y., Wu, C. Y., Chen, H. C., Huang, S. Te, & Chen, P. H. (2020). Professional oral care in end-of-life patients with advanced cancers in a hospice ward: improvement of oral conditions. *BMC Palliative Care*, *19*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00684-0>

Zucoloto, M. L., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2016). Impact of oral health on health-related quality of life: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, *16*(1), 2–7. <https://doi.org/10.1186/s12903-016-0211-2>

V – Anexos

Re: Solicitação de autorização para o uso de imagem

Você respondeu em Seg, 13/09/2021 14:18

FS Francisco
Salvado <fjsalvado2002@yahoo.com>

Seg, 13/09/2021 08:55

Para: Você

Pode usar desde que seja efectuada a devida identificação e referencia .
Com os melhores cumprimentos
Francisco Salvado

On Saturday, September 11, 2021, 11:31:00 PM GMT+1, Fabrícia Luciano
<fabriciabinha@hotmail.com> wrote:

Boa Dia Professor Doutor Francisco Salvado

Meu nome é Fabrícia Luciano e sou aluna do 5º de Medicina Dentária do Instituto Universitário Egas Moniz.

Neste momento me encontro na elaboração da minha tese de mestrado. A minha tese de mestrado, orientada pelo Professor Doutor Carlos Zagalo, consiste em fazer uma revisão sistemática sobre as principais patologias orais nos pacientes em cuidados paliativos.

Sendo assim venho por este meio solicitar a **autorização** do uso de imagem presente na "Guidelines para cuidados de saúde oral em doentes oncológicos" uma vez que algumas imagens e conteúdo vão de encontro com a minha tese de mestrado.

Desde já muito obrigada!



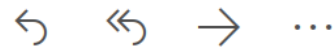
Autorización uso del fotografía Convivir con la ELA



Traduzir a mensagem para: Português (Brasil) |
Nunca traduzir do: Espanhol

MS

Miriam SEPAR
<miriam@separ.es>



Sex, 09/07/2021 06:17

Para: Você

Buenos días Fabrícia,

No hay ningún inconveniente en emplear las fotos del libro "Convivir con la ELA", siempre teniendo en cuenta que el copyright es de SEPAR y que debe citar la fuente y los autores en el material empleado.

Reciba un cordial saludo

Miriam

Secretaría SEPAR



Sociedad Española
de **Neumología**
y **Cirugía Torácica**
SEPAR

Secretaría SEPAR

Oficina de Madrid - General Lacy,
+34 91 049 84 84
www.separ.es

Additional file 1: Supplementary Table 1

The improvement of oral symptom scores before and after oral care interventions in unconscious patients.

Rights and permissions

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

[Reprints and Permissions](#)

About this article



Check for updates

Cite this article

Wu, TY., Liu, HY., Wu, CY. *et al.* Professional oral care in end-of-life patients with advanced cancers in a hospice ward: improvement of oral conditions. *BMC Palliat Care* **19**, 181 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00684-0>

[Download citation](#) ↓

Received

11 November 2019

Accepted

10 November 2020

Published

27 November 2020

DOI

<https://doi.org/10.1186/s12904-020-00684-0>

Sections

Figures

References

Abstract

Background

Methods

Results

Discussion

Conclusions

Availability of data and materials

Abbreviations

References

Acknowledgements

Funding

Author information

Ethics declarations

Additional information

Supplementary Information

Rights and permissions

About this article

Advertisement

npj | schizophrenia

Call for Papers

EDITOR-IN-CHIEF
Dr. James H. Meador-Woodruff

Part of the Nature
Partner Journals series

npj nature partner
journals

nature portfolio