

Élodie Ribeiro Da Rocha

Patologia oral nos doentes em cuidados paliativos oncológicos
– IPO-Porto



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde
Porto 2011

Élodie Ribeiro Da Rocha

Patologia oral nos doentes em cuidados paliativos oncológicos

– IPO-Porto



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto 2011

Élodie Ribeiro Da Rocha

Patologia oral nos doentes em cuidados paliativos oncológicos
– IPO-Porto

Atesto a originalidade do trabalho

“Trabalho realizado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, sob orientação do Professor Doutor Lúcio Lara Santos, e co-orientação da Professora Doutora Maria Conceição Manso e do Mestre José António Saraiva Ferraz Gonçalves”

RESUMO:

Os cuidados paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes na fase final da vida. Estes devem ser totais e activos, prestados por uma equipa multidisciplinar qualificada, com o objectivo de proporcionar a melhor qualidade de vida aos doentes e seus familiares.

Assim, os doentes em cuidados paliativos oncológicos sofrem de alterações da cavidade oral podendo estas ser devido à própria doença ou às terapêuticas agressivas. Deste modo, é fundamental promover a qualidade de vida destes doentes, incluindo os cuidados orais adequados.

Neste estudo, pretendeu-se avaliar quais as alterações orais mais frequentes nos doentes paliativos oncológicos, verificar a necessidade de cuidados orais e dentários, e identificar técnicas e recursos necessários para a implementação desses cuidados.

Para a elaboração deste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica através dos motores de busca on-line, como o Pubmed, a B-on e Google académico.

Foram avaliados 29 doentes do serviço de cuidados paliativos do IPO-Porto, com recurso a uma ficha de avaliação oral, para identificar as alterações na cavidade oral e identificar os fármacos cuja acção pode influir na saúde oral.

Após avaliação da cavidade oral, as alterações da mucosa oral encontradas foram: candidíase oral em 17 (58,6%) doentes, mucosite em 3 (10,3%), língua despilada em 10 (34,5%), língua saburrosa em 8 (27,6%), língua pilosa em 1 (3,4%) e os restantes 5 (17,2%) doentes não apresentavam alterações na mucosa oral.

A xerostomia foi observada em 21 (72,4%) doentes, sendo esta associada significativa relativamente ao número total de fármacos prescritos ($p = 0,003$): foi verificado nos doentes da amostra que tomavam 4 ou mais fármacos que induzem xerostomia. Nos doentes com candidíase, 11 (37,9%) estavam medicados com antibióticos ou corticóides sistémicos.

Observámos que todos os casos com mucosite ($n=3$), tinham neoplasia de cabeça e pescoço.

Na amostra, verificou-se que a degradação dos tecidos duros dentários era elevada neste grupo de doentes, apresentando um CPO-D médio de 26,1 (dp 6,2). Verificámos também que a necessidade de tratamento nestes doentes era elevada, assim 21 (72,4%) doentes necessitavam de tratamentos restauradores, 18 (62,1%) doentes necessitavam de tratamentos cirúrgicos (extrações) e 27 (93,1%) necessitavam de tratamentos protéticos.

A missão dos cuidados paliativos é ambiciosa, uma vez que estes doentes apresentam bastantes necessidades multidisciplinares e compreendem diferentes sofrimentos.

Concluímos que os doentes em cuidados paliativos necessitam de cuidados orais específicos de forma a atenuar a sintomatologia induzida pelas manifestações orais. Assim, é proposto um protocolo de avaliação e actuação da cavidade oral.

ABSTRACT:

Palliative care is an organized response to the need of treating, caring and actively supporting patients in the final stage of life. These must be total and active, provided by a qualified multidisciplinary team, with the aim to provide better quality of life for the patients and their families.

Therefore, patients in palliative care suffer from changes in the oral cavity which may be due to this very aggressive disease or to its treatment. Thus, it is essential to promote the quality of life of these patients, including proper oral care.

This study aimed at evaluating what are the most frequent oral changes in oral cancer palliative patients, as well as at assessing the need for oral and dental care, and identifying techniques and resources needed to implement this care.

To accomplish this work, a literature search was conducted through online search engines such as Pubmed, B-on and academic google.

29 patients were evaluated in the palliative care service of IPO-Porto using an oral assessment form to identify changes in the oral cavity, and identify the agents whose action can influence oral health.

After evaluation of the oral cavity mucosa the changes were: oral candidiasis in 17 (58.6%) patients, mucositis in 3 (10.3%), despalated tongue in 10 (34.5%), coated tongue in 8 (27.6%), hairy tongue in 1 (3.4%) and the remaining 5 (17.2%) patients had no changes in the oral mucosa.

Xerostomia was observed in 21 (72.4%) patients, which is associated with significance on the total number of drugs prescribed ($p = 0.003$), it was observed in patients who had four or more drugs that induce xerostomia. In patients with candidiasis, 11 (37.9%) were treated with antibiotics or systemic steroids.

We observed that all cases with mucositis ($n = 3$) had head and neck cancer. It was found in the sample that the degradation of dental hard tissues was high in this group of patients, with a mean DMFT of 26.1 (standard deviation 6.2). We have also noted that the need for treatment in these patients was high, and 21 (72.4%) patients needed restorative treatments, 18 (62.1%) patients needed surgical treatment (extractions) and 27 (93.1%) required prosthetic treatment.

The mission of palliative care is ambitious since these patients have quite different and multidisciplinary needs and have several pains.

We conclude that patients in palliative care require specific oral care in order to mitigate the symptoms induced by oral manifestations. So we propose an assessment and action protocol for the oral cavity.

DEDICATÓRIA:

Aos meus pais, obrigada pelo amor, apoio e
confiança que me deram.

Às minhas irmãs pelo tempo e o sorriso que me
dedicaram.

Ao meu sobrinho, Rafa, a quem roubei algumas
oportunidades de brincadeira....

Ao Sérgio, obrigada pelo amor, alegria e atenção
sem reservas...

...A todos os meus familiares pelo incentivo
recebido ao longo destes
anos...

Dedico esta investigação a todos os profissionais de saúde que diariamente trabalham
com o objectivo de minimizar a dor e melhorar a qualidade de vida dos doentes em fase
terminal oferecendo-lhes um mínimo de dignidade...

AGRADECIMENTOS:

Seriam muitas as pessoas a quem teria de agradecer pois, de uma forma directa ou indirecta me ajudaram a realizar este trabalho, com o apoio que me deram....

Ao Professor Doutor Lúcio Santos, orientador da tese de dissertação pela disponibilidade, apoio, partilha do saber e das suas valiosas contribuições para a realização desta.

Aos meus co-orientadores, Professor Doutor Ferraz Gonçalves, pela disponibilidade e à Professora Doutora Conceição Manso pelo apoio estatístico indispensável na concretização deste trabalho.

À professora Sandra Gonçalves por todo o apoio, dedicação e ajuda que me prestou.

À Dr. Paula (IPO), pela simpatia, disponibilidade e partilha do seu saber.

Ao IPO-Porto pela oportunidade que me deu, de investigar através de um contacto directo com este grupo de doentes, permitindo uma pesquisa mais alargada e enriquecedora.

À minha binómia Soraia pelo longo percurso que partilhamos juntas, e por todos os momentos inesquecíveis que vão ser recordados com saudades.

À Diana pela disponibilidade e tempo cedido para a concretização da recolha de dados.

Por último, mas não menos importante, agradeço às minhas amigas: Pereirinha, Cecília, Susana e Sara; aos colegas de curso e a todos os professores que comigo partilharam do seu saber.

...O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação.....

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	xii
ÍNDICE DE QUADROS	xiii
ÍNDICE DE TABELAS	xiv
ÍNDICE DE ANEXOS	xv
ABREVIATURAS E SIGLAS	xvi
INTRODUÇÃO.....	1
FASE CONTEXTUAL	4
CAPITULO I	5
I.1 – Caracterização dos cuidados paliativos	5
I.2 – Doentes a que se destinam os cuidados paliativos.....	7
I.3 – Tipologia de serviços	8
I.3.1 – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI.....	8
I.3.2 – Unidade de Cuidados Paliativos - IPO-Porto	12
I.4 – Alterações da cavidade oral decorrentes da doença/tratamento oncológico..	13
I.4.1 – Xerostomia	15
I.4.2 – Alterações do paladar	17
I.4.3 – Sialorreia	18
I.4.4 – Halitose.....	19
I.4.5 – Mucosite	20
I.4.6 – Infecções.....	23
I.4.6.1 – Infecções fúngicas	23
I.4.6.2 – Infecções bacterianas	26
I.4.6.3 – Infecções víricas	26
I.4.7 – Trimus	27
I.4.8 – Carie induzidas por radiação	28
I.4.9 – Osteorradiationecrose	29

CAPITULO II	31
II.1 – Material e métodos	31
II.1.1 – Pesquisa bibliográfica	31
II.1.2 – Investigação científica.....	32
II.1.2.1 – Tipologia de estudo.....	32
II.1.2.2 – Amostra.....	32
II.1.2.3 – Metodologia e recolha de dados	33
II.1.2.4 – Equipa: observador/avaliador	33
II.1.2.5 – Materiais utilizados.....	33
II.1.2.6 – Condições observadas na avaliação clínica	34
II.1.2.7 – Tratamento estatístico dos dados	35
II. 2 – Resultados	36
II.2.1 – Caracterização da amostra	36
II.2.2 – Neoplasia maligna	37
II.2.3 – Patologia associada.....	38
II.2.4 – Principais motivos de admissão.....	39
II.2.5 – Hábitos de risco	40
II.2.6 – Avaliação da cavidade oral.....	41
II.2.7 – Auto avaliação do estado de saúde oral.....	48
II.3 – Discussão.....	49
II.4 – Limitações do estudo	56
II.5 – Perspectivas futuras	56
CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Tipos de resposta de RNCCI.....	9
Figura 2 – Unidade de cuidados paliativos da rede – IPO-Porto	12
Figura 3 – Xerostomia.....	15
Figura 4 – Xerostomia.....	15
Figura 5 – Biopatologia da mucosite: o processo das cinco fases.....	22
Figura 6 – Infecção fúngica (Candidíase) no dorso da língua.....	25
Figura 7 – Infecção fúngica (Candidíase) no bordo lateral da língua	25
Figura 8 – Infecção fúngica (Candidíase) na comissura labial – Queilite angular.....	26
Figura 9 – Trismus acentuado (doente em abertura máxima da boca).....	28
Figura 10 – Cáries dentárias	28
Figura 11 – Cáries dentária.....	28
Figura 12 – Esquematização dos resultados da pesquisa no motor de busca Pubmed...31	
Figura 13 – Distribuição da amostra por grupos etários.....	36
Figura 14 – Distribuição do nº de patologias que cada doente apresenta.....	39
Figura 15 – Avaliação da higiene ora.....	40
Figura 16 – Alterações da mucosa na cavidade oral – Diagnóstico clínico	41
Figura 17 – Guia de avaliação oral da mucosa.....	44
Figura 18 – Avaliação do tipo de colutório usado.....	45
Figura 19 – Avaliação da halitose	45
Figura 20 – Necessidades de tratamento dos doentes	47
Figura 21 – Distribuição dos doentes que acham/não acham que a saúde oral tem piorado devido à saúde geral	48

ÍNDICE DE QUADROS

<i>Quadro n.º 1</i> – Sintomas/alterações orais	14
<i>Quadro n.º 2</i> – Causas de xerostomia	15
<i>Quadro n.º 3</i> – Causas de alteração do paladar	17
<i>Quadro n.º 4</i> – As causas mais importantes da halitose.....	19
<i>Quadro n.º 5</i> – Causas relacionadas com o doente	21
<i>Quadro n.º 6</i> – Causas relacionadas com a terapia citotóxica	21
<i>Quadro n.º 7</i> – Causas das infeções fúngicas.....	24

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Neoplasia primária que cada doente apresenta	37
Tabela 2 – Localização da metástase	37
Tabela 3 – Patologias associadas presentes nos doentes estudados	38
Tabela 4 – Distribuição dos doentes segundo idade, dor, neoplasia primária, metástase, patologias associadas e motivo de internamento	39
Tabela 5 – Avaliação do efeito da quantidade de fármacos potencialmente xerostómicos	42
Tabela 6 – Radioterapia e xerostomia	42
Tabela 7 – Quimioterapia e xerostomia	43
Tabela 8 – Xerostomia e potenciais agentes etiológicos	43
Tabela 9 – Candidíase oral e fármacos que potencialmente facilitam a colonização ou infecção por fungos – corticóides sistémicos/antibióticos	44
Tabela 10 – CPO-D da amostra total	46
Tabela 11 – CPO-D dos doentes com neoplasia maligna de cabeça e pescoço (6 doentes) e CPO-D dos restantes doentes (23 doentes)	46
Tabela 12 – Alterações morfológicas da gengiva aderida	47
Tabela 13 – Mobilidade dentária.....	47

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Carta de pedido de autorização para realizar projecto de investigação	68
ANEXO 2 – Projecto realizado para entregar no IPO-Porto.....	70
ANEXO 3 – Parecer do IPO-Porto.....	78
ANEXO 4 – Ficha clínica e consentimento informado	80
ANEXO 5 – Escala de dor.....	87
Figura 1 – Escala de dor	88
ANEXO 6 – Fármacos.....	89
Tabela 1 – Medicação utilizada na unidade de cuidados paliativos da rede do IPO-Porto que potencialmente induz xerostomia	90
Tabela 2 – Medicação utilizada na unidade de cuidados paliativos da rede do IPO-Porto que potencialmente facilita a colonização ou infecção por fungos	90
ANEXO 7 – Constituição do colutório IPO-Porto	91
Figura 1 – Colutório IPO-Porto	92
ANEXO 8 – Protocolo para realização de cuidados orais em doentes paliativos	93
Figura 1 – Algoritmo de actuação da higiene oral.....	94
ANEXO 9 – Fotografias tiradas na unidade de cuidados paliativos do IPO-Porto.....	104
Figura 1 – Zaragatoa individual de higiene oral se dentífrico	105
Figura 2 – Infecção fúngica (candidíase).....	105
Figura 3 – Infecção fúngica (candidíase).....	105

Figura 4 – Infecção fúngica (candidíase).....	106
Figura 5 – Cáries dentárias	106
Figura 6 – Infecção fúngica (candidíase).....	106
Figura 7 – Restos necróticos, da cirurgia para remoção do tumor das glândulas salivares	107
Figura 8 – Restos necróticos, da cirurgia para remoção do tumor das glândulas salivares	107
Figura 9 – Cáries dentárias, Trismus acentuado, Infecção fúngica (candidíase).....	107
Figura 10 – Infecção fúngica (candidíase).....	108
Figura 11 – Ulceração, mucosite	108
Figura 12 – Ulceração, mucosite	108
Figura 13 – Ulceração, mucosite	109
Figura 14 – Ulceração, mucosite	109
Figura 15 – Infecção fúngica – Queilite angular	109
 ANEXO 10 – Resultados complementares	 110
Tabela 1 – Distribuição das patologias pelas neoplasias primárias presentes nestes doentes.....	111
Tabela 2 – Avaliação de gramas de álcool ingeridas por dia	111
Figura 1 – Distribuição do consumo de álcool (em gramas) pelos doentes (em %).....	112
Figura 2 – Distribuição do consumo de álcool pelos doentes com neoplasias de cabeça e pescoço e sem neoplasias de cabeça e pescoço	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IPO-Porto	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE - Porto.
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
ECR	Equipa de Coordenação Regional
ECL	Equipa de Coordenação Local
ARS	Administração Regional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
CPO-D	Cariados (C), Perdidos (P), Obturados (O) por dente permanente
gr	gramas
ml	mililitros
x	vezes (ex: 4x/dia – quatro vezes por dia)
CHX	Clorhexidina
ORN	Osteorradionecrose
%	Percentagem
ATM	Articulação Temporomandibular

INTRODUÇÃO

Anualmente são diagnosticados cerca de 33.000 novos casos de cancro em Portugal, sendo que, em aproximadamente 40%, a doença se encontra em estágio avançado no momento do diagnóstico. Este facto determinará, muitas vezes a incurabilidade e a necessidade de cuidados personalizados (Roreno, 2001).

Mas, mesmo num estágio avançado a dor pode ser reduzida e a progressão pode ser retardada. Para tal, são necessários cuidados adequados (Palliative Care, 2007).

Os cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e/ou rapidamente progressiva denominam-se cuidados paliativos. O objectivo destes cuidados é a promoção do bem-estar e da qualidade de vida. (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010)

Segundo o programa nacional de saúde “os cuidados paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes na fase final da vida” e, devendo estes ser totais, activos e prestados por uma equipa multidisciplinar qualificada (ANCP, 2006).

Trata-se de uma necessidade humanitária urgente em todo o mundo para as pessoas com doença terminal.

Deve ter-se em consideração as necessidades dos doentes e seus familiares, num vasto domínio psicológico, espiritual, emocional e físico. Idealmente os cuidados paliativos deveriam ser providenciados a partir do momento em que a doença coloca a vida do doente em risco, e esta não seja possível de cura. Após este diagnóstico, os cuidados deviam ser integrados e adaptados ao momento específico da doença (Palliative Care, 2007 e ANCP, 2006).

Os doentes paliativos apresentam sequelas na cavidade oral, decorrentes do tratamento que realizaram ou mesmo decorrentes da própria doença o que implica uma atenção médico-dentária contínua (Wiseman, 2006).

No entanto as alterações da cavidade oral, neste grupo de doentes são pouco conhecidas.

Por esse motivo decidimos organizar um estudo cujos objectivos são:

- 1) Identificar as alterações dentárias e da mucosa oral,
- 2) Avaliar a necessidade de cuidados orais e dentários a prestar,
- 3) Identificação de técnicas e recursos necessários para a implementação desses cuidados.

A motivação para este estudo foi o facto de existir pouca informação sobre a necessidade de cuidados orais e sobre a natureza das alterações da mucosa oral e dentária nos doentes em cuidados paliativos oncológicos.

FASE CONTEXTUAL

CAPITULO I:

I.1 – CARACTERIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) os cuidados paliativos são vistos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, quando estes estão a enfrentar uma situação de doença terminal. Têm como componentes essenciais a prevenção e redução da dor.

A acção paliativa baseia-se em terapêuticas sem intenção curativa, que pretendem diminuir as repercussões negativas da doença, nomeadamente em situações de doença crónica progressiva ou irreversível (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010).

Os principais objectivos da prática de cuidados paliativos são (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004):

- a) Afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural;
- b) Encarar a doença como causa de sofrimento a minorar;
- c) Considerar que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;
- d) Reconhecer e aceitar em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- e) Considerar que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;
- f) Considerar que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- g) Assenta na concepção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- h) Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
- i) É baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;

- j) Centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- k) Só é prestada quando o doente e a família a aceitam;
- l) Respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
- m) É baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade.

A prática dos cuidados paliativos também determina direitos aos doentes e seus familiares (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004):

- a) receber cuidados;
- b) autonomia, identidade e dignidade;
- c) apoio personalizado;
- d) alívio do sofrimento;
- e) ser informado de forma adequada;
- f) ser ouvido;
- g) participar nas decisões, num trabalho de partilha e parceria com a equipa prestadora de cuidados;
- h) recusar tratamentos;
- i) serem identificadas as suas necessidades e preferências.

Os cuidados paliativos em medicina dentária são prestados em situação de acompanhamento do doente com doença activa, progressiva e muito avançada, em locais da cavidade oral que estejam comprometidos directamente pela doença ou pelo seu tratamento. O principal objectivo é melhorar a qualidade de vida. Esta abordagem não envolve só o suporte para as necessidades físicas do doente, mas também o apoio para os familiares (Wiseman, 2006).

Este grupo de doentes apresenta determinados problemas orais, tais como: mucosite, xerostomia, dor entre outros, que produzem um desconforto contínuo. Para minimizar estas sequelas deve ser realizada a planificação de cuidados orais precocemente (Wiseman, 2006).

I.2 – DOENTES A QUE SE DESTINAM OS CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos são determinados pelas necessidades do doente. Estes são dirigidos a doentes que apresentem determinados critérios tais como:

- Prognóstico de vida limitado
- Intenso sofrimento
- Problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010).

O aumento da esperança média de vida, da incidência de neoplasias malignas, das doenças incuráveis e a exigência social aumentada impõem aos sistemas de saúde a criação de redes de prestação de cuidados dirigidos a doentes em fase avançada de doença ou terminal (Sepúlveda et al., 2002).

I.3 – TIPOLOGIA DE SERVIÇOS

I.3.1 – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI

Em Portugal estes cuidados têm sido organizados pelo ministério da saúde, tendo sido, criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Na RNCCI é possível, por trimestre, atender cerca de 12.500 doentes, sendo cerca de 4.500 em regime de internamento e 8.000 em regime domiciliário. As taxas de ocupação da RNCCI, a nível nacional, estão entre os 89% e 99% (Ministério da Saúde, 2010).

O Ministério do Trabalho, no qual se articulam a saúde e a segurança social, criou um novo modelo organizacional denominado de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esta é formada por um conjunto de instituições públicas, privadas e sociais que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social (Ministério da Saúde, 2010).

O objectivo geral da RNCCI é a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a indivíduos em situação de dependência e com perda de autonomia, independentemente da idade. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontram (Ministério da Saúde, 2010).

A RNCCI é um sistema complexo, que se desenvolve a vários níveis de intervenção e competência, exigindo, desta forma, uma coordenação completa e organizada. Assim sendo, a coordenação da RNCCI é executada a nível nacional e estão ao encargo da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local. A coordenação da rede ao nível regional e local visa a sua operacionalização em dois níveis territoriais, permitindo, desta forma, uma articulação dos diferentes níveis de coordenação da rede, garantindo uma flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas que a compõem. Esta coordenação é efectuada em três níveis de actuação, a coordenação nacional

(UMCCI), a coordenação regional (ECR) e a coordenação local (ECL), englobando profissionais de saúde e da segurança social (UMCCI, 2009).

Todo o processo de referenciação dos doentes da RNCCI é feito proporcionando-lhes as melhores condições de convalescença. Este assenta em níveis operacionais: as equipas de gestão de altas, as equipas coordenadoras locais e as equipas coordenadoras regionais. O acesso dos doentes à RNCCI pode ser feito através das equipas de gestão de alta ou dos centros de saúde (UMCCI, 2009).

A rede é constituída por unidades, equipas de cuidados continuados de saúde e apoio social, onde se incluem também os cuidados paliativos.

A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de quatro tipos de respostas (Ministério da Saúde, 2010):

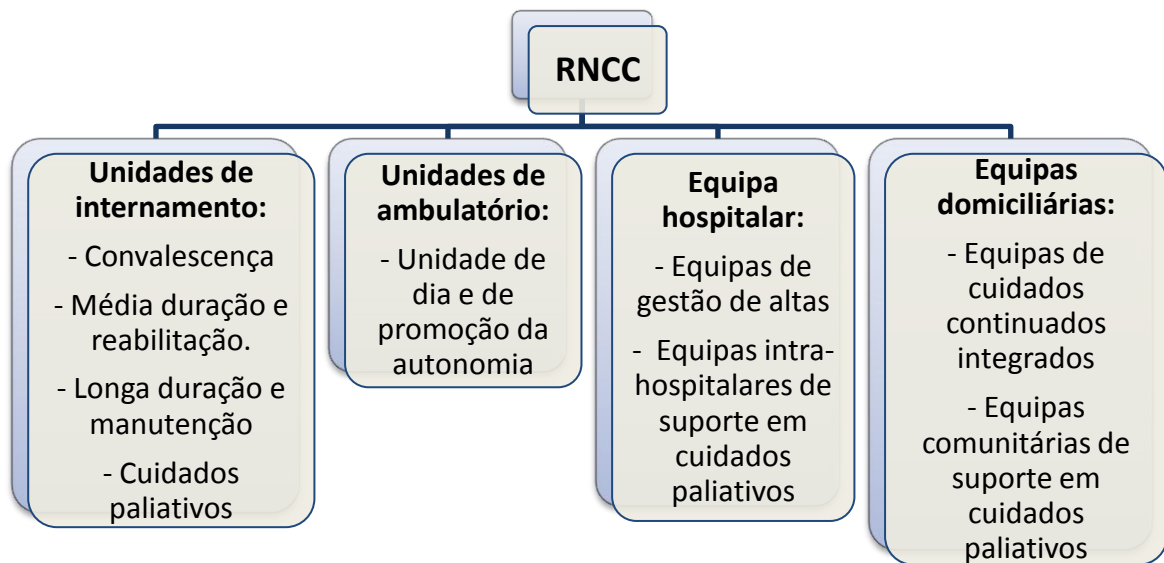


Figura 1 – Tipos de resposta de RNCCI.

As unidades de internamento englobam as unidades de convalescença, unidades de média-duração e reabilitação, unidades de longa-duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos. A unidade de ambulatório envolve a unidade de dia e de promoção da autonomia. As equipas hospitalares são constituídas pelas equipas de gestão de altas e as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, por último, as equipas domiciliárias são constituídas por equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (Ministério da Saúde, 2010).

A **unidade de convalescença** define-se como sendo uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico - art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, (Ministério da Saúde, 2010).

A **unidade de média duração e reabilitação** é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável - art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, (Ministério da Saúde, 2010).

Seguindo-se a **unidade de longa duração e manutenção** sendo esta também uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio - art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, (Ministério da Saúde, 2010).

Por fim, a **unidade de cuidados paliativos** é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde. Esta unidade presta acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva - n.º 1 do art. 19.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, (Ministério da Saúde, 2010).

Nas unidades de ambulatório está presente a **unidade de dia e de promoção da autonomia**, em que presta cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para ser cuidadas no domicílio - n.º 1 do art. 21.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, (Ministério da Saúde, 2010).

A **equipa de gestão de altas** é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que necessitam de seguimento a nível de saúde ou sociais, quer a domicílio ou em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação (UMCCI, 2009).

As **equipas intra-hospitalares** de suporte em cuidados paliativos, sendo esta uma equipa hospitalar multidisciplinar, têm por finalidade prestar assessoria técnica diferenciada nesta área, transversalmente nos diferentes serviços do hospital (UMCCI, 2009).

Constituem as equipas domiciliárias, as **equipas de cuidados continuados integrados**, sendo esta multidisciplinar, da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social. Presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio - n.º 1 do Art. 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, (Ministério da Saúde, 2010).

As **equipas comunitárias de suporte em cuidados continuados paliativos** são multidisciplinares e pertencem aos cuidados domiciliários que prestam apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos - n.º 2 do Art. 29.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, (Ministério da Saúde, 2010).

1.3.2 – Unidade de Cuidados Paliativos - IPO-Porto

O tratamento paliativo iniciou-se em Portugal em Outubro de 1994, com a criação da primeira unidade destes cuidados (Ferraz Gonçalves, 2000).

Actualmente, no IPO-Porto existem, duas unidades distintas de cuidados paliativos. A unidade de cuidados paliativos do IPO, que é a mais antiga, e a unidade de cuidados paliativos da RNCCI.

A unidade de cuidados paliativos RNCCI foi criada, através de um protocolo estabelecido entre duas entidades: a ARS e o IPO-Porto. Esta unidade foi criada uma vez que não existia nenhum local de internamento de cuidados paliativos na região norte para receber doentes referenciados à rede para cuidados paliativos oncológicos e não oncológicos.

A unidade de cuidados paliativos da RNCCI ocupa as actuais instalações no IPO-Porto há cerca de 15 anos. Apesar da dificuldade de meios, tem ocorrido uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Esta unidade é constituída por 20 camas distribuídas em quartos individuais, uma sala de refeições e sala de estar, 4 casas de banho com chuveiro e uma casa de banho com banheira de hidromassagem, um gabinete de secretariado, uma área de gabinetes médicos e de enfermagem, e uma sala de refeições.

Segundo o Dr. Ferraz Gonçalves as unidades de cuidados continuados são indispensáveis, desta forma, é importante fazer algo útil e de forma imediata pelos doentes com doenças crónicas avançadas que estão a sofrer desnecessariamente, em vez de esperar por condições que qualquer pessoa pode imaginar como ideal (Ferraz Gonçalves, 2000).



Figura 2 – Unidade de cuidados paliativos da rede – IPO-Porto (IPO-Porto 2011)

I.4 – ALTERAÇÕES DA CAVIDADE ORAL

As alterações da cavidade oral são um problema para os doentes em cuidados paliativos. Estes problemas constituem um desconforto contínuo para os doentes. Assim sendo, nestas situações, o papel do médico dentista é fulcral, de forma a melhorar a qualidade de vida dos mesmos (Wiseman, 2006).

As lesões decorrentes na cavidade oral podem comprometer as funções físicas e psicológicas, afectando a sua própria imagem corporal, a comunicação e a nutrição, o que terá um grande impacto na qualidade de vida do doente oncológico. Nestes doentes as lesões e/ou disfunções da cavidade oral podem ser devidas à própria progressão da doença ou ser uma consequência das terapias antineoplásicas (De Conno et al., 2010).

As formas de tratamento mais utilizadas no doente oncológico são a cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Estas técnicas são essenciais e muitas vezes bastante eficazes perante um diagnóstico oncológico, mas por outro lado, muitas vezes aportam um impacto muito negativo nas estruturas da cabeça e pescoço. Os danos directos aos tecidos moles e duros da cavidade oral advém da radioterapia e quimioterapia, e os danos indirectos podem surgir devido à toxicidade sistémica. As complicações podem ocorrer durante ou após a terapia oncológicas (Hong et al., 2011).

Os sintomas/alterações orais que ocorrem num doente oncológico terminal são:

Quadro nº 1 – Sintomas/alterações orais (adaptado de: De Conno et al., 2010; Vissink et al., 2003 a; Vissink et al., 2003 b)

<i>1.4.1 – Xerostomia</i>
<i>1.4.2 – Alteração do paladar</i>
<i>1.4.3 – Sialorreia</i>
<i>1.4.4 – Halitose</i>
<i>1.4.5 – Mucosite</i>
<i>1.4.6 – Infecções</i>
<i>1.4.6.1 – Infecções fúngicas</i>
<i>1.4.6.2 – Infecções bacterianas</i>
<i>1.4.6.3 – Infecções víricas</i>
<i>1.4.7 – Trismus</i>
<i>1.4.8 – Caries induzidas por radiação</i>
<i>1.4.9 – Osteorradionecrose</i>

É discutido em várias revisões bibliográficas anteriores, que as alterações orais indesejáveis podem manifestar-se precocemente (mucosite, alteração do paladar, xerostomia ou hipossalivação e infecções) e outras tardias (xerostomia ou hipossalivação, cáries por radiação, trismus e osteorradionecrose) (Vissink et al., 2003 b ; Joshi, 2010).

Estas alterações podem ser limitantes, assim a prevenção e a redução desses efeitos deve ser ponderada, sendo desta forma parte integrante do tratamento de cancro (Vissink et al., 2003 b).

1.4.1 – Xerostomia

A xerostomia é definida como a sensação subjectiva de boca seca, sendo geralmente o resultado de uma diminuição no volume de saliva ou de uma alteração da composição salivar segregada (Davies et al., 2001). Em estudos anteriores tem sido relatada uma elevada taxa de prevalência desta patologia em indivíduos com cancro avançado (>50%) (Davies et al., 2002).



Figura 3 – Xerostomia (IPO-Porto-2011).



Figura 4 – Xerostomia (IPO-Porto-2011).

Este é um problema comum nos doentes em tratamento paliativo, principalmente como resultado do tratamento oncológico (Wiseman, 2006).

As causas da xerostomia podem ser várias, mas nestes doentes o mais frequentemente associado são os fármacos administrados (Ferraz Gonçalves, 2002).

Quadro nº 2 – Causas de Xerostomia (adaptado de: De Conno et al., 2010)

1. Medicação
✓ Anticolinérgicos
✓ Antidepressivos e Antipsicóticos
✓ Diuréticos
✓ Antihipertensivos
✓ Sedativos e Ansiolíticos
✓ Relaxantes musculares
✓ Analgésicos
✓ Antihistamínicos
2. Radioterapia e/ou Quimioterapia das regiões da Cabeça e Pescoço

-
3. Progressão do Cancro Oral
 4. Infecções Oraís
 5. Desidratação
 6. Depressão e Ansiedade
 7. Disfunções dos Tecidos Conjuntivos e/ou imunológicos
-

Existem outros factores que podem contribuir para a xerostomia, sendo estes a mastigação diminuída, estomatite, oxigenoterapia, respiração bucal, doenças sistémicas como a S. Sjögren, sarcoidose e a artrite reumatóide (Ferraz Gonçalves, 2002).

A radioterapia nos tumores da cabeça e pescoço pode levar muitas vezes os doentes a sofrerem de xerostomia, mesmo desde o início do tratamento. Dependendo da quantidade e direcção do foco de radiação, uma ou ambas as parótidas e submandibulares podem ser afectadas, e assim diminuir o fluxo salivar, devido à inflamação e degeneração dos ductos acinares, tecido conjuntivo, e componentes vasculares das glândulas salivares. Durante a irradiação ocorrem modificações na composição salivar, tornando esta mais viscosa e mais acidificada com perda de componentes orgânicos e inorgânicos (De Conno et al., 2010).

A quimioterapia e a cirurgia nas regiões bucal e submandibular também podem provocar xerostomia (Ferraz Gonçalves, 2002).

As alterações quantitativas e qualitativas da saliva dificultam a actuação desta contra substâncias irritativas ou mesmo na remoção de detritos bacterianos, diminuindo assim a acção de limpeza. Ocorre uma alteração da flora oral e um aumento exponencial de *streptococcus*, *lactobacillus* e *candida albicans* (De Conno et al., 2010).

A saliva é um fluido essencial que desempenha um papel fundamental na cavidade oral. As alterações, que muitas vezes são irreversíveis provocam problemas orais a vários níveis (Sweeney et al., 1998). Um exemplo destes problemas é a perda de estruturas dentárias, que por sua vez leva a outras consequências tais como a dificuldade mastigatória. E assim, o problema associado à xerostomia conduz a alterações na deglutição e na digestão dos alimentos (De Conno et al., 2010).

1.4.2 – Alteração do paladar

Pode ocorrer em doentes que estão numa fase avançada da doença, devido a alterações das papilas gustativas, mas também devido às alterações que ocorrem na saliva, com influência das terapias ou da progressão da própria doença (Vissink et al., 2003 a ; Jham e Freire, 2006).

As alterações do paladar podem manifestar-se como:

- ✓ Redução da sensibilidade para o gosto – hipogeusia
- ✓ Ausência da sensação gustativa – ageusia
- ✓ Distorção do gosto – disgeusia

O gosto é mediado por receptores específicos que se localizam na língua, entre o palato duro e mole, na faringe, laringe, epiglote, úvula, lábios, bochechas, no terço superior do esófago, sendo esta uma consequência dos tratamentos oncológicos (De Conno et al., 2010).

As causas prováveis da alteração do paladar estão citadas no Quadro nº 3, sendo que ainda não existe uma relação directa entre o cancro e a alteração do paladar.

Quadro nº 3 – Causas de alteração do paladar (adaptado de: De Conno et al., 2010)

Doença local da boca e língua causada pelo cancro
Glossectomia parcial
Consumo de tabaco
Eliminação do componente olfactivo do gosto após laringectomia
Remoção cirúrgica do palato
Danos no sistema nervoso seguido de cirurgia de lesões cerebrais
Alterações no ciclo das células regenerativas:
✓ Malnutrição
✓ Radioterapia

✓ Fármacos
✓ Distúrbios metabólicos
✓ Xerostomia
✓ Estomatite
✓ Infecções orais
✓ Factores endócrinos: tireoidectomia, hipofisectomia e adrenalectomia
Modificações nos receptores das células devido a alterações na saliva através de agentes metabólicos, fármacos, radiação
Patologia dentária
Má higiene oral

Especialmente a quimioterapia e radioterapia são as terapias que mais facilmente causam alterações do paladar, nos doentes paliativos (Wiseman, 2006).

Estas alterações podem levar o doente a recusar a ingestão alimentar, pois estes doentes referem muitas vezes que a comida está “sem gosto”, “amarga” ou que “tem um sabor metálico” (De Conno et al., 2010).

Ao fim de alguns meses o paladar retorna ao normal, mas esta alteração pode durar até 5 anos. Este tempo de recuperação depende da dose de radiação recebida (Vissink et al., 2003 a).

Em geral não há necessidade de tratamento específico, mas pode ser feita uma prevenção realizando uma “blindagem” do tecido saudável, ou colocar esses tecidos fora do campo de radiação, dependendo do tumor em questão (Vissink et al., 2003 b).

1.4.3 – Sialorreia

A salivação excessiva é uma alteração muito rara em doentes com cancro avançado (Ferraz Gonçalves, 2002).

As causas mais frequentes desta são: ressecção radical da mandíbula, cancro oral recorrente que colocam a cavidade oral mais exposta, irritantes locais, dores orais devido a úlceras, fármacos (lítio, inibidores da colinesterase, agonistas colinérgicos), psicose e epilepsia (De Conno et al., 2010).

Para o tratamento podem ser usados antagonistas colinérgicos com atropina e bromidrato de escopolamina (Ferraz Gonçalves, 2002). Estes devem ser administrados cuidadosamente porque aportam efeitos laterais como: xerostomia, obstipação, retenção urinária, visão turva, irritabilidade e confusão (De Conno et al., 2010).

1.4.4 – Halitose

A halitose ocorre quando o ar exalado é combinado com substâncias com mau odor derivadas de várias partes do trato respiratório ou da parte superior do trato digestivo (De Conno et al., 2010).

A causa que mais vezes é relacionada com a halitose é a acumulação de restos alimentares, resultando de uma má higiene oral.

Quadro nº 4 – Causas mais importantes da halitose (adaptado de: Ferraz Gonçalves, 2002)

<u>Causas Reais:</u>	
1. Cavidade oral	
✓ Má higiene oral	
✓ Xerostomia	
✓ Infecções –periodontite, gengivite, etc	
✓ Cancro	
2. Trato respiratório	
✓ Sinusite	
✓ Faringite	
✓ Bronquiectasias	
✓ Abscesso pulmonar	
✓ Cancro	
3. Trato gastrointestinal	
✓ Estase gástrica	
✓ Divertículos do esófago	

✓ Hérnia do hiato
4. Outras patologias
✓ Cetoacidose diabética
✓ Urémia
✓ Insuficiência hepática
5. Fármacos
✓ Anticolinérgicos
✓ Dinitrato de isosorbido SL
6. Alimentos
✓ Cebola
✓ Alho
7. Outros
✓ Álcool
✓ Tabaco
<u>Causas imaginárias:</u>
1. Doenças neuropsiquiátricas
✓ Hipocondria
✓ Depressão
✓ Esquizofrenia
✓ Epilepsia do lobo temporal

I.4.5 – Mucosite

A terminologia mucosite e estomatite tem sido usada tradicionalmente, sendo necessário esclarecer estes termos, para que melhore e simplifique a comunicação entre os profissionais de saúde (Eilers e Million, 2007).

A mucosite refere-se ao processo inflamatório que envolve as membranas mucosas da cavidade oral e trato gastrointestinal. A estomatite refere-se às doenças inflamatórias da boca incluindo não só as mucosas, mas também a dentição, periápices e periodonto. Assim sendo, surge uma proposta para usar o termo “mucosite do trato gastrointestinal” como uma só (Eilers e Million, 2007).

A mucosite é uma complicação comum nos doentes oncológicos, sendo que este efeito secundário é uma das causas mais significativas para o atraso do plano de tratamento. Esta condição acaba por aumentar inevitavelmente a necessidade de terapêuticas e as despesas da mesma (Sonis, 2004).

Os sinais e sintomas mais frequentes que os doentes apresentam são: dor, sangramento, infecção, ulceração, xerostomia, alteração do paladar, alteração do estado nutricional, dificuldade em falar e engolir, náusea e fadiga (Sonis, 2004; Peterson, 2006).

Os factores causais da mucosite ainda são classificados em duas categorias distintas:

- Causas relacionadas com o doente;
- Causas relacionadas com a terapia citotóxica (Eilers e Million, 2007).

Quadro nº5 – Causas relacionadas com o doente (adaptado de: Eilers e Million, 2007).

Idade
Género
Higiene e saúde oral
Funções secretoras salivares
Factores genéticos
Índice de massa corporal
Função renal
Tabaco
Tratamento oncológico prévio

Quadro nº6 – Causas relacionadas com a terapia citotóxica (adaptado de: Eilers e Million, 2007).

Agentes específicos da quimioterapia/bioterapia
Dosagem do agente e programa de administração
Tipo de transplante
Zona de radiação e radiação fraccionada
Terapia combinada

Segundo Sonis (2004), a mucosite é um processo complexo que envolve interações biológicas e desenvolve-se em cinco fases:

- **Iniciação:** é o dano directo, reversível e irreversível do DNA causado pela quimioterapia e radioterapia.
- **Regulação e geração da mensagem:** Factores de transcrição são activados e movidos para o núcleo da célula, onde são capazes de regular genes que produzem proteínas efectoras, que causam dano tecidual.
- **Amplificação e sinalização:** Algumas proteínas produzidas durante a fase de regulação têm o objectivo de amplificar o dano tecidual iniciado na fase anterior.
- **Ulceração:** Formam-se úlceras que podem penetrar no epitélio até à submucosa, causando dor e disfunção.
- **Cura:** o processo biológico continua, no qual o epitélio forma uma superfície intacta por cima das úlceras mucosas (Sonis, 2004 *cit in* Sieracki et al. 2009).

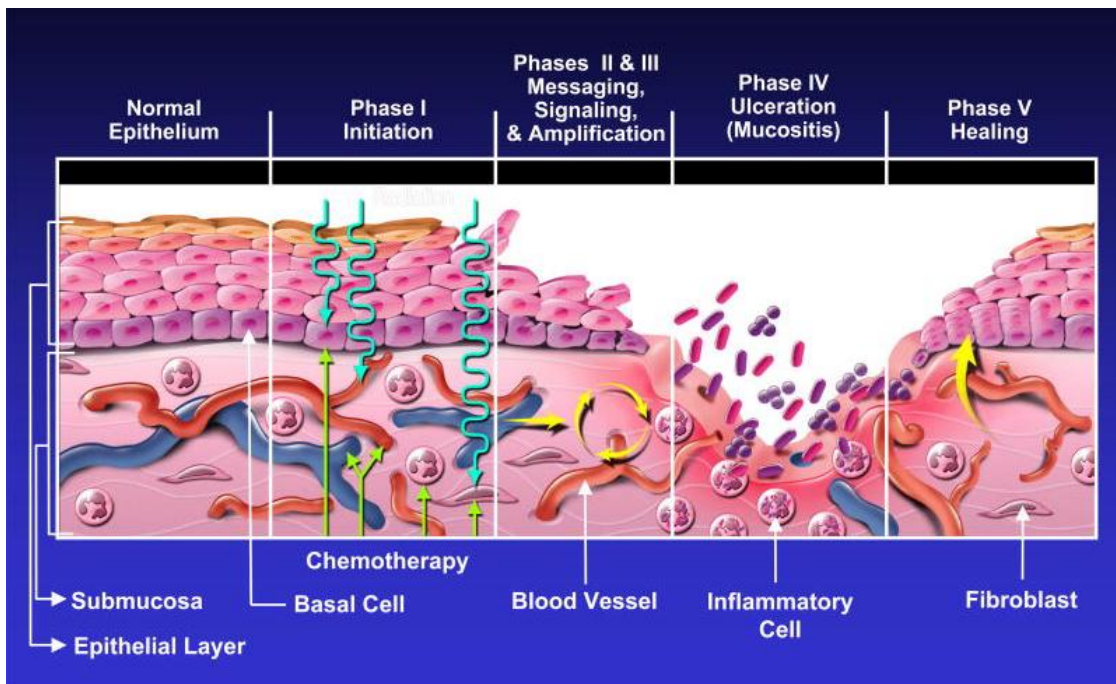


Figura 5 – Biopatologia da mucosite: o processo das cinco fases (Sonis, 2004 *cit in* Sieracki, et al., 2009).

Segundo o modelo patogénico da mucosite, a quimioterapia e radioterapia causam danos no ADN das células que levam à produção e amplificação de um processo inflamatório. Desta forma, ocorre perda da integridade da mucosa e aparecem lesões dolorosas (Pavesi et al., 2009).

Quando se realiza a quimioterapia, o 5-fluorouracil, o metotrexato (Volpato et al., 2007; Keefe, 2006), e o melfalan são os fármacos que mais potenciam a mucosite na cavidade oral, enquanto que o irinotecano é o que potencia mais a mucosite no trato gastrointestinal (Keefe, 2006).

A radioterapia provoca xerostomia, o que conduz à diminuição da lubrificação e de agentes protectores da saliva. Consequentemente os tecidos ficam mais susceptíveis à acção de patogénios tornando-os ulcerados e eritematosos (Wiseman, 2006).

1.4.6 – Infecções

Os doentes com cancro apresentam uma predisposição para infecções oportunistas de origem fúngica, bacteriana e vírica (Martins et al., 2002).

Doentes irradiados da cabeça e do pescoço ou que recebem quimioterapia sistémica estão mais susceptíveis a estas infecções (Davies, 2008), sendo que em doentes com cancro avançado pode ser potencialmente fatal, uma vez que estas podem servir de porta de entrada para a disseminação sistémica (Martins et al., 2002).

1.4.6.1 – Infecções fúngicas

A infecção fúngica mais comum em doentes oncológicos é a candidíase, sendo que o patogénio mais frequentemente identificado é a *cândida albicans* (Wiseman, 2006; Davies et al., 2008).

A candidíase oral é uma infecção oportunista, constituindo uma causa importante de morbilidade em doentes com cancro avançado (Davies et al., 2008).

A maioria dos doentes paliativos são tratados com doses repetidas de medicação anti-fúngica para as infecções fúngicas consecutivas, sem obter confirmação do diagnóstico através de cultura (De Conno et al., 2010). No entanto, a presença de cultura positiva sem sintomas clínicos não é indicativa de infecção por cândida, (Wiseman, 2006).

Geralmente o diagnóstico de candidíase não necessita de citologia, é essencialmente feito através de avaliação clínica detalhada da mucosa (Ferraz Gonçalves, 2002). A radioterapia (Jham e Freire, 2006) e a quimioterapia (Martins et al., 2002) de forma indirecta provocam esta infecção.

As principais causas das infecções fúngicas na cavidade oral podem ser locais ou sistémicas.

Quadro nº 7 - Causas das infecções fúngicas, (adaptado de: De Conno et al., 2010)

Factores locais
✓ Uso de prótese
✓ Xerostomia
✓ Alteração da composição da saliva
✓ Ruptura da mucosa oral
✓ Alterações microbianas
✓ Remoção mecânica da placa bacteriana reduzida
✓ Infecções prévias
✓ Má higiene oral
Factores sistémicos
✓ Diabetes mellitus
✓ Imunossupressão
✓ Terapias médicas (exemplo: esteróides)
Alterações do estado nutricional

A infecção oral por *Candida* apresenta várias formas:

- 1) *Candidíase pseudomenbrana aguda* – Caracterizada por pequenas placas típicas brancas ou amareladas, rodeadas por áreas eritematosas (Wiseman, 2006). Podem ser destacáveis deixando uma mucosa hemorrágica dolorosa (Ferraz Gonçalves, 2002). Geralmente acompanhadas de aumento da sensibilidade, queimadura, disfagia, disgeusia (De Conno et al., 2010).
- 2) *Candidíase atrófica aguda* – Apresenta-se como lesões vermelhas mais generalizadas e despilação da língua. Lesões dolorosas e atróficas frequentes no dorso da língua. O sintoma geralmente presente é a disgeusia (De Conno et al., 2010). Quando presente no palato, manifesta-se como placas brancas mínimas (Ferraz Gonçalves, 2002).
- 3) *Candidíase atrófica crónica* – apresenta-se como um edema e eritema, maioritariamente localizado no palato duro (onde apoia a prótese). Geralmente estes doentes apresentam disgeusia (De Conno et al., 2010; Ferraz Gonçalves, 2002).
- 4) *Candidíase hiperplásica* – apresenta-se com placas brancas ou descoloradas, que não são destacáveis. (Ferraz Gonçalves, 2002) Assemelha-se a candidíase pseudomenbranosa ou leucoplasia com sintomas geralmente ausentes (Wiseman, 2006).
- 5) *Queilite angular* – aparece como fissuras vermelhas ou brancas nas comissuras labiais (Wiseman, 2006), pode ser moderadamente dolorosa e sangrante (De Conno et al., 2010). Esta forma de candidíase nos doentes paliativos é muitas vezes uma consequência da xerostomia (Wiseman, 2006).



Figura 6 – Infecção fúngica (Candidíase) no dorso da língua (IPO-Porto-2011)



Figura 7 – Infecção fúngica (Candidíase) no bordo lateral da língua (IPO-Porto-2011)



Figura 8 – Infecção fúngica na comissura labial – Queilite angular (IPO-Porto-2011)

1.4.6.2 - Infecções bacterianas

A flora oral comum é caracterizada por uma elevada prevalência de bactérias gram positivas, mas devido à doença e por acção da xerostomia, do tratamento de quimioterapia/radioterapia e da imunossupressão, esta passa a ser maioritariamente gram negativa (Ferraz Gonçalves, 2002).

As infecções bacterianas são mais associadas a bactérias gram negativas (De Conno et al., 2010) como *E. coli* e *Pseudomonas* (Martins et al., 2002) e a colonizadores orais *S. mitis*, *S. oralis*, *S. sanguis*, sendo estes os mais frequentemente encontrados (De Conno et al., 2010).

A causa primariamente associada a esta infecção é a má higiene oral, sendo que a sua ocorrência deve-se à dor, hemorragia, debilidade ou inconsciência (De Conno et al., 2010).

Existem poucos dados relativos às infecções bacterianas em doentes com cancro avançado, porém, a sua incidência tem vindo a diminuir ao longo do tempo devido ao uso de antibióticos profiláticos (De Conno et al., 2010).

1.4.6.3 – Infecções víricas

As principais infecções víricas na cavidade oral são o herpes simples, citomegalovirus, varicela-zoster e epstein-bar (Ferraz Gonçalves, 2002; De Conno et al., 2010).

Estas infecções víricas ocorrem devido à inibição da replicação celular combinada com a citólise, que resulta na degradação da mucosa. Desta forma, a degradação ajuda na colonização secundária por bactérias patogénicas e, na reactivação do herpes simples (Martins et al., 2002). As infecções quando ocorrem em doentes com cancro avançado representam uma reactivação do vírus latente e não uma infecção primária (Ferraz Gonçalves, 2002).

O tipo de vírus mais frequentemente encontrado em doentes submetidos a quimioterapia e radioterapia da cabeça e pescoço é o herpes simples (Ferraz Gonçalves, 2002; De Conno et al., 2010; Martins et al., 2002) e a varicela zooster (Martins et al., 2002).

As lesões apresentam-se como lesões amareladas e dolorosas, geralmente presentes na gengiva aderida e palato duro. Pode também ocorrer lesões no lábio, geralmente acompanhadas de febre, anorexia e mal-estar (De Conno et al., 2010; Ferraz Gonçalves, 2002).

O diagnóstico do herpes é principalmente clínico, no entanto, em determinadas situações torna-se difícil a identificação devido à presença de outras infecções orais. Esta infecção deve ser diferenciada de úlceras aftosas (De Conno et al., 2010; Ferraz Gonçalves, 2002).

1.4.7 – Trismus

O trismus ou abertura de boca limitada é resultado da fibrose gradual dos músculos e ligamentos ao redor da ATM (Vissink et al., 2003 a).

As causas associadas são derivadas da radioterapia quando esta tem no seu campo de radiação a ATM e os músculos da mastigação, ou devido à invasão do tumor nos músculos da mastigação e ATM, podendo também ser uma combinação das duas (Vissink et al., 2003 a; De Conno et al., 2010). Geralmente o factor mais importante que determina a presença de trismus é a inserção dos músculos pterigoideu medial no campo de radiação (Vissink et al., 2003 b).



Figura 9 – Trismus acentuado (doente em abertura máxima da boca) (IPO-Porto-2011)

O trismus é muito comum em lesões do trigono retromolar, em tumores muito avançados do pilar tonsilar anterior, fossa tonsilar e lesões do palato mole. Pode ocorrer com frequência e gravidade imprevisível, tendo em consideração que a gravidade está relacionada com a configuração do campo de radiação, com a fonte de radiação, e com a dose de radiação (De Conno et al., 2010).

Esta alteração aporta alguns problemas para a integridade da saúde oral, uma vez que dificulta a higiene oral, a fala, a nutrição e o tratamento dentário, o que se traduz num extremo desconforto para o doente (Vissink et al., 2003 a; Vissink et al., 2003 b).

1.4.8 – Cáries induzidas por radiação

Durante e após a radioterapia muitos doentes apresentam alterações na dentição, no entanto, a mais ameaçadora é a carie por radiação. Esta é uma forma altamente destrutiva da cárie dentária, que apresenta início e progressão rápida (Vissink et al., 2003 b).



Figura 10 – Cáries dentária (IPO-Porto-2011)



Figura 11 – Cáries dentária (IPO-Porto-2011)

Apesar da sua rápida progressão, raramente ocorrem dores agudas associadas a esta, mesmo nas manifestações mais graves (Vissink et al., 2003 a).

A cárie dentária por radiação é causada, de forma indirecta pela alteração das glândulas salivares que pode resultar na hipossalivação e na composição salivar modificada, ou também na alteração da flora oral aumentando as bactérias cariogénicas (Jham e Freire, 2006). A causa directa de cárie dentária é a acção da radiação sobre os dentes, que provoca alterações dentinárias em dentes vitais. Este tema ainda é um pouco controverso, pois, discute-se ainda se a alteração é devida a um efeito directo da radiação sobre os dentes, indirecto, ou ambos (Vissink et al., 2003 a).

Esta alteração na dentição é uma ameaça permanente nos doentes oncológicos, principalmente nos doentes que tenham recebido tratamento por radiação. Consequentemente há uma necessidade de cuidados orais ao longo de todo o tratamento, tal como uma higiene oral meticulosa e aplicações de flúor. No entanto, esta acção preventiva é muito difícil de atingir pela baixa adesão por parte dos doentes (Vissink et al., 2003 b; Hong et al., 2011).

1.4.9 – Osteorradionecrose

A osteorradionecrose (ORN) é definida como uma progressiva desvitalização de tecido ósseo irradiado, sendo esta irreversível (Hancock et al., 2003). Esta ocorre muitas vezes devido a extracções dentárias, sendo que a mandíbula é mais afectada que a maxila, e os doentes dentados têm maior probabilidade de desenvolver ORN (Jham e Freire, 2006).

A ORN é um efeito secundário e uma das mais sérias consequências da radioterapia, umas das terapias mais usadas para tratamento de tumores da cabeça e pescoço. A terapia radioactiva pode ser usada como terapia primária, como adjuvante à cirurgia em tumores irresssecáveis, em conjunto com a quimioterapia ou como tratamento paliativo numa fase terminal de vida (Madrid et al., 2010).

O factor de risco mais importante para o aparecimento de ORN é a radiação incluindo também: a dose total, a energia do fotão, a braquiterapia, o tamanho do campo e o fraccionamento. Outros factores que colocam o doente em risco são: a cirurgia e trauma (extracção de dentes, cirurgias ósseas), o abuso de álcool e o consumo de tabaco (Madrid et al., 2010).

As manifestações clínicas da ORN podem ser dor, edema, fístulas orofaciais, exposição de osso necrótico, fracturas patológicas e supuração (Hancock et al., 2003; Jham e Freire, 2006).

CAPITULO II

II.1 – MATERIAL E MÉTODOS

II.1.1 – Pesquisa Bibliográfica

Foi feita uma revisão bibliográfica seguida de uma investigação científica.

Para a realização deste trabalho foi efectuada uma pesquisa bibliográfica deveras exaustiva, no entanto e visto ser um tema pouco desenvolvido surgiram algumas dificuldades em encontrar material para a sua realização. Esta foi realizada através de motores de busca on-line, como o Pubmed, a B-On, o Google académico, nas bibliotecas da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Foram pedidos alguns artigos aos próprios autores, via e-mail.

A pesquisa online foi realizada até Fevereiro de 2011, tendo sido seleccionados como limite temporal 10 anos. Esta foi realizada utilizando palavras-chave como: “Palliative care”[Mesh] AND “Mouth Neoplasms”[Mesh]; “Dental care”[Mesh] OR “Dental care for chronically ill” [Mesh] AND “Mouth Neoplasms” [Mesh]; Medical oncology terminal care; “Preventive Dentistry” [Mesh] AND “Radiotherapy” [Mesh]; “Mouth Neoplasms”[Mesh] AND “Early Detection of Cancer” [Mesh].

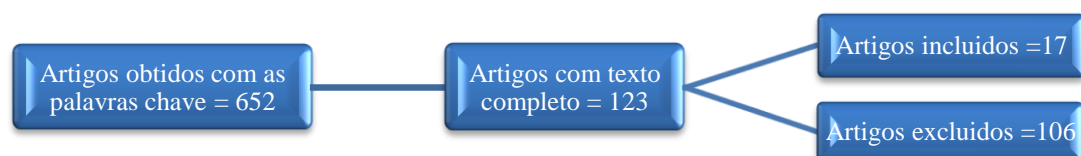


Figura 12 – Esquematização dos resultados da pesquisa no motor de busca Pubmed.

Os artigos que preenchiam os requisitos mínimos para a realização deste tema foram 17. Juntamente a estes adicionou-se artigos de outras fontes, porque para além dos artigos

seleccionados através desta pesquisa, foram ainda obtidos alguns através de referências bibliográficas, cedidos pelo autor e no Google académico.

Foram consultados alguns livros relacionados com o tema em questão, encontrados na biblioteca da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

II.1.2 – Investigação Científica

II.1.2.1 – Tipologia de estudo

Após autorização do IPO-Porto para a realização do estudo e parecer favorável da comissão de ética deste hospital (ver anexo 1,2,3), realizou-se um estudo piloto observacional transversal, no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE - Porto.

II.1.2.2 – Amostra

A amostra foi constituída por todos os doentes possíveis de observar no período do estudo designado para as observações clínicas.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- doentes oncológicos em cuidados paliativos;
- consentiu e integrou o estudo.

Como critérios de exclusão foram definidos:

- doentes não oncológicos em cuidados paliativos;
- doentes oncológicos com alterações do foro psicológico ou não colaborantes;
- doentes oncológicos infectados e em isolamento;
- doentes oncológicos que não aceitaram integrar o estudo;
- doentes oncológicos inconscientes.

Foram assim observados todos os doentes possíveis no período do estudo, a amostra inclui 29 doentes admitidos na unidade da rede de cuidados continuados do IPO-Porto – Serviço de cuidados paliativos entre dia 1 de Março e 19 de Abril de 2011.

II.1.2.3 – Metodologia e recolha de dados

A todos os intervenientes foi explicado o motivo do estudo e entregue um documento onde o doente consentiu integrar o estudo.

Foi avaliada a cavidade oral com recurso a um instrumento de avaliação (ver anexo 4).

II.1.2.4 – Equipa: observador/avaliador

Para habilitar o investigador, o grau de concordância da avaliação por ele realizada foi comparada com a avaliação realizada por uma docente de Medicina oral da Faculdade de Ciências das Saúde da Universidade Fernando Pessoa, foram realizadas oito observações e só uma é que diferiu entre observadores, devido ao baixo número de observações obteve-se uma classificação de razoável a boa, sendo 0,6 o kappa de Cohen (κ).

Um auxiliar previamente instruído sobre o tema da investigação, registou todas as alterações observadas, numa ficha clínica anteriormente elaborada (ver anexo 4).

II.1.2.5 – Materiais utilizados

Assim, observações clínicas foram realizadas nos respectivos quartos dos doentes sentados ou deitados na cama por um examinador recorrendo a um kit esterilizado constituído por:

- Espelho;
- Sonda exploratória;
- Gazes;
- Luvas;
- Mascara;
- Escala de dor.

II.1.2.6 – Condições observadas na avaliação clínica

Para determinar o estado de saúde dos doentes, e com recurso aos processos internos do IPO registou-se: os antecedentes patológicos, a história da doença actual, os tratamentos efectuados e a medicação actual.

Foram registados dados relativos a hábitos:

- Etilícos: para converter o número de copos que o doente bebia em média por dia para gramas de álcool foram usados os seguintes pressupostos: no vinho considerou-se que um copo continha 150ml com 12% de álcool; na cerveja estimou-se que uma garrafa continha 330ml com 6% de álcool; nas bebidas brancas estimou-se que um copo continha 50ml com 40% de álcool).
- Tabágicos: número de cigarros por dia.
- Higiene oral actual e antes do diagnóstico da doença.

Foram ainda registados as alterações orais sempre que houve indícios de:

- Xerostomia
- Alterações da mucosa:
 - Mucosite : avaliada através do Guia de avaliação oral (ver anexo 4), sendo preenchido um quadro no qual se obtinha uma pontuação. De 0-8 pontos o doente apresentava uma cavidade oral saudável, de 8-24 apresentava necessidade de cuidados orais específicos, mais de 24 pontos apresentava mucosite grave.
 - Infecções: fúngicas, bacterianas, víricas.
- Alterações dos lábios e assimetria.
- Exame dentário: foi preenchido um odontograma e calculado o índice CPO-D. Para avaliar os dentes cariados, perdidos e obturados procedeu-se ao exame visual de todos os dentes presentes em boca, em que a condição dentária foi avaliada e às quais são atribuídas um código: 0 – hígido; 1- cariado; 2- restaurado com cárie; 3- restaurado sem cárie; 4- ausente por cárie; 5 - ausente por outro motivo; 6- selante de fissuras; 7- prótese fixa, coroa ou implante; 8- não erupcionado; T- traumatismo; 9- não registado. Aqui foi integrado um possível tratamento a

efectuar perante o diagnóstico dentário: 1- tratamento restaurador; 2- tratamento cirúrgico; 3- tratamento protético.

- Exame periodontal: foram realizadas observações visuais, verificou-se quando as gengivas e mucosas apresentavam alterações morfológicas.

Foi mostrado aos doentes uma escala de dor para estes conseguirem mais facilmente classificar a dor que apresentavam na cavidade oral (ver anexo 5).

II.1.2.7 – Análise estatística

Os dados do estudo foram apresentados em tabelas de frequência e diagramas de barras. Para a análise estes foram colocados no programa *Microsoft Office Excel (2007)*, posteriormente, estes foram analisados com recurso ao aplicativo informático *Statistical Package for the Social Sciences (IBM® SPSS®) Vs. 19.0 (2011)*.

Para a análise descritiva foi avaliada a frequência relativa, os valores médios e a sua dispersão (média \pm desvio padrão). Nas variáveis cuja distribuição não era normal avaliou-se o intervalo total e a mediana. A comparação das variáveis categóricas foi realizado utilizando o teste de qui-quadrado ou teste de Fischer quando os valores esperados eram < 5 .

II.2 – RESULTADOS

II.2.1 – Caracterização da amostra

Foram observados 29 doentes da unidade de cuidados paliativos da rede do IPO-Porto. No período da recolha de dados estiveram internados na unidade 46 doentes, dos quais, 29 (63%) doentes foram incluídos no estudo, 17 (37%) doentes não preenchiam os critérios de inclusão.

Dos doentes observados 17 (37%) eram do género feminino e 12 (41,4%) eram do género masculino.

A distribuição por grupos etários está apresentada na Figura 13. A idade mediana foi de 71 anos, sendo que as idades variaram entre os 24 anos e os 91 anos.

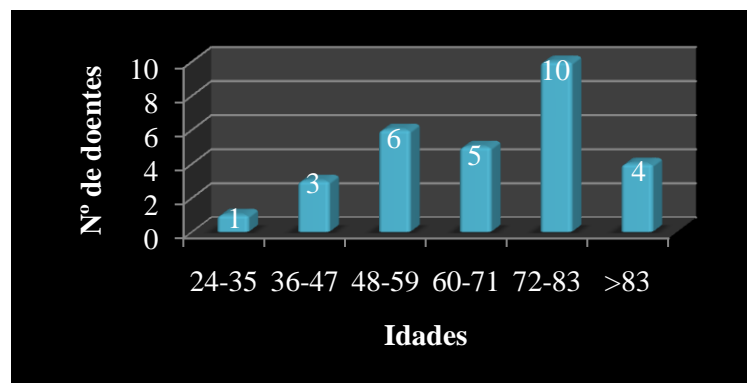


Figura 13 – Distribuição da idade (grupos etários) dos doentes.

II.2.2 – Neoplasia maligna/ Doença actual

As neoplasias malignas primárias nestes doentes foram maioritariamente da cabeça e pescoço e do estômago (Tabela 1) (ver anexo 10 - Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de neoplasia primária que os doentes apresentam.

Neoplasia maligna primária	n	%
Mama	1	3,4
Pulmão	4	13,8
Bexiga	1	3,4
Cabeça e pescoço	6	20,7
Estômago	6	20,7
Colorrectal	2	6,9
Colo do útero	3	10,3
SNC	3	10,3
Fígado	1	3,4
Próstata	1	3,4
Outra	1	3,4
Total	29	100,0

Contabilizou-se que 19 (65,3%) doentes apresentavam metastização à distância (Tabela 2).

Tabela 2 – Localização da metástase.

Metástases	n	% (19)	% total (29)
Localmente avançado	1	5,3	3,4
Óssea	2	10,5	6,9
Hepática	3	15,8	10,3
Pulmonar	1	5,3	3,4
SNC	1	5,3	3,4
Outra	2	10,5	6,9
Multifocal	9	47,4	31,0
Total	19	100,0	65,3%

II.2.3 – Patologias associadas

Dos doentes incluídos na amostra, apenas 3 (10,3%) não tinham patologia associada relevante (Tabela 3) (ver anexo 10 - Tabela 1).

Tabela 3 – Patologias associadas presentes nos doentes estudados.

Patologia associada		N	%
	HTA	12	18%
	Outra patologia cardiovascular	11	17%
	Alterações hematológicas	1	2%
	Problemas gástricos	4	6%
	Patologia respiratória	5	8%
	Patologia renal	6	9%
	Patologia endócrina	11	17%
	Epilepsia/ convulsões	5	8%
	Outras	10	15%

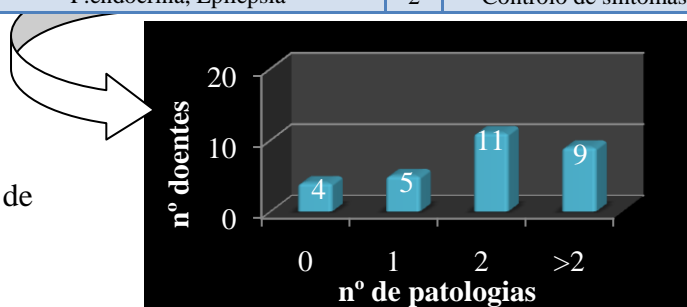
II.2.4 – Principais motivos da admissão

Os motivos de admissão foram vários dada a sua variabilidade decidiu-se compilar na Tabela 4 para os doentes.

Tabela 4 – Distribuição dos doentes segundo idade, neoplasia primária, metástase, patologias associadas e motivo de internamento.

Doentes	Idade	Neoplasia	MTX	Patologias associadas	total	Motivo do internamento
1	80	Bexiga	Óssea	HTA	1	Hematúria
2	62	Estômago	Hepática		0	Controlo de sintomas
3	89	Cabeça e pescoço		HTA, P.respiratória	2	Controlo de sintomas
4	86	Colorrectal	Multifocal	HTA, P. endócrina	2	Controlo de sintomas
5	82	Estômago	Multifocal	P.cardiovascular, P. osteoarticular	2	Controlo de sintomas + Cuidados terminais
6	88	Colo do útero	Multifocal		0	Cuidados terminais
7	69	SNC		HTA, P.cardiovascular, Epilepsia	3	Controlo de sintomas
8	60	SNC		P.cardiovascular, Epilepsia, P.endócrina, Hipotensão	4	Controlo de sintomas
9	43	Cabeça e pescoço	Multifocal		0	Controlo de sintomas + Cuidados terminais
10	81	Estômago	Estômago	P.endócrina, Ascite	2	Controlo de sintomas
11	91	Estômago	Hepática	HTA, P.cardiovascular, P.renal, P.endócrina (diabetes), P. endócrina (tíróide), D. psiquiátrica, Prob. Prostático	7	Controlo de sintomas
12	54	Colo do útero	Pulmonar	HTA, P.cardiovascular, P.gástricos, P.respiratória, P.renal, P. endócrina, Epilepsia, D. psiquiátrica	8	Cuidados terminais
13	41	Mama	Multifocal	P. endócrina	1	Controlo de sintomas
14	81	Pulmão	Outra	HTA, P.respiratória, P.endócrina	3	Controlo de sintomas
15	24	SNC		Inf. Urinária, Depressão	2	Controlo de sintomas
16	71	Pulmão	Multifocal	HTA, Epilepsia	2	Controlo de sintomas
17	77	Colo do útero		HTA, P.cardiovascular, P.renal, P.endócrina	4	Controlo de sintomas
18	56	Cabeça e pescoço	Localmente avançado		0	Controlo de sintomas + Cuidados terminais
19	77	Prostata	Multifocal	P.renal	1	Controlo de sintomas
20	73	Cabeça e pescoço	Outra	P.cardiovascular, Obesidade	2	Controlo de sintomas
21	76	Colorrectal		HTA, P.endócrina, D. psiquiátrica	3	Controlo de sintomas
22	48	Fígado	Óssea	P.respiratória, HIV	2	Controlo de sintomas
23	60	Pulmão		HTA, P.cardiovascular, P.gástricos, P.renal, D. psiquiátrica	5	Cuidados terminais
24	51	Cabeça e pescoço	Multifocal	P.gástricos	1	Controlo de sintomas
25	76	Estômago	Multifocal	HTA, P. cardiovascular	2	Controlo de sintomas
26	79	Cabeça e pescoço		P. cardiovascular, P.respiratória, P.renal	3	Controlo de sintomas
27	36	Estômago		P.gástricos, Depressão	2	Cuidados terminais
28	54	Outra	Hepática	Alterações hematológicas	1	Controlo de dor e agitação
29	52	Pulmão	SNC	P.endócrina, Epilepsia	2	Controlo de sintomas

Figura 14 – Distribuição do nº de patologias que cada doente apresenta.



II.2.5 – Hábitos de risco

Dos doentes observados o consumo médio referido foi de 18,3 cigarros/dia ($\pm 24,6$), variando entre zero e 70 cigarros /dia (cerca de 3,5 maços/dia).

Os doentes com neoplasia de cabeça e pescoço foram aqueles em que média foi mais elevada, 36,7 cigarros/dia.

O consumo diário médio de álcool foi 85,6 gramas de álcool por dia ($\pm 156,5$) porém metade dos doentes não referiam hábitos etílicos (ver anexo 10 - Tabela 2, Figura 1 e Figura 2).

Na Figura 15, verifica-se que 3 (10,3%) doentes não tinham hábitos de higiene oral, 23 (79,3%) doentes realizavam higiene oral com colutório uma vez por dia, e 3 (10,3%) doentes realizam a higiene oral com colutório 3 vezes por dia.

Os casos que higienizam três vezes por dia correspondem a indivíduos com neoplasia de cabeça e pescoço.



Figura 15 – Avaliação da higiene oral.

II.2.6 – Avaliação da cavidade oral

Após avaliação da cavidade oral as alterações da mucosa oral encontradas foram: candidíase oral em 17 (58,6%), mucosite em 3 (10,3%), língua despilada em 10 (34,5%), língua saburrosa em 8 (27,6%), língua pilosa em 1 (3,4%) e os restantes 5 (17,2%) doentes não apresentavam alterações na mucosa oral (Figura 16).

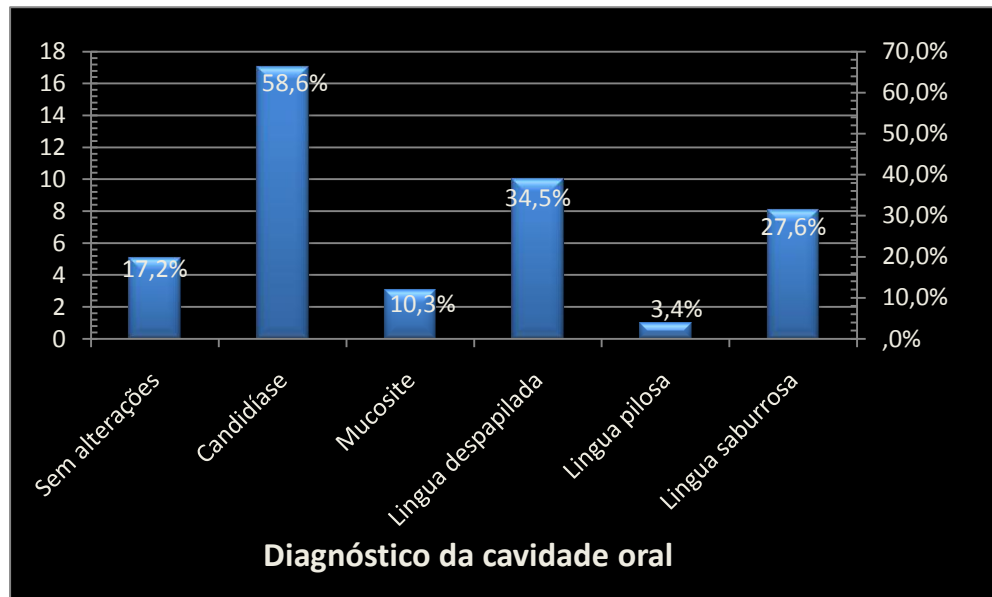


Figura 16 –Diagnóstico clínico de alterações da mucosa na cavidade oral (ver anexo 9).

Vinte e um (72,4%) doentes referiam sintomas compatíveis com xerostomia. As causas potenciais identificadas, na história clínica do doente, para o aparecimento da xerostomia foram: os fármacos de uso corrente, a história de radioterapia envolvendo as glândulas salivares e antecedentes de terapêutica citotóxica.

Verificou-se que todos os doentes (13) que estavam medicados com quatro ou mais fármacos potencialmente indutores de xerostomia (ver anexo 6 – Tabela 1) apresentam xerostomia. Nos doentes medicados com menos de quatro fármacos potencialmente xerostómicos apenas metade destes referiam xerostomia (Tabela 5). A associação observada entre xerostomia e terapêutica com mais de 4 fármacos potencialmente xerostómicos foi estatisticamente significativa $p = 0,003$ ($p < 0,05$).

Tabela 5 – Avaliação do efeito da quantidade de fármacos potencialmente xerostómicos.

		Xerostomia		Total	P
		Sem xerostomia	Com xerostomia		
Quantidade de xerostómicos	<4 fármacos xerostómicos	8	8	16	0,003
	≥ fármacos xerostómicos	0	13	13	
Total		8	21	29	

Dos 29 doentes observados, 4 (13,8%) doentes realizaram radioterapia, 2 (6,9%) doentes realizaram quimioterapia, 7 (24,1%) doentes realizaram cirurgia, 6 (20,7%) doentes realizaram a combinação de radioterapia e quimioterapia, 1 (3,4%) doente realizou a combinação de radioterapia, quimioterapia e cirurgia, 9 (31%) doentes aquando do diagnóstico da doença não tinham nenhum tipo tratamento indicado.

Na Tabela 6 verifica-se que o único doente submetido a radioterapia por neoplasia da cabeça e pescoço apresentava xerostomia, O tratamento de radioterapia em outras localizações não se associaram a xerostomia ($p = 0,659$).

Tabela 6 – Radioterapia e xerostomia (* Um doente realizou radioterapia da cabeça e pescoço).

		Radioterapia		Total	P
		Sim	Não		
Xerostomia	Sem xerostomia	3	5	8	0,659
	Com xerostomia	8*	13	21	
Total		11	18	29	

Relativamente à quimioterapia dos 9 doentes que foram submetidos a este tratamento, 7 apresentavam xerostomia (Tabela 7).

Tabela 7 – Quimioterapia e xerostomia

		Quimioterapia		Total	P
		Sim	Não		
Xerostomia	Sem xerostomia	2	6	8	0,517
	Com xerostomia	7	14	21	
Total		9	20	29	

Os potenciais agentes etiológicos da xerostomia estão condensados na tabela 8.

Tabela 8 – Xerostomia e potenciais agentes etiológicos.

	Total	Terapêutica potencialmente xerostômica		QT		Radioterapia Cabeça/pescoço
		< 4 fármacos	>= 4 fármacos	Sim	Não	
Com xerostomia	21	8	13	7	14	1
Sem xerostomia	8	8	0	2	6	0

A Tabela 9 ilustra a relação entre a presença de candidíase oral e os fármacos que usualmente facilitam a colonização ou infecção por fungos (ver anexo 6, Tabela 2). Neste estudo os fármacos referidos são os corticóides sistémicos e antibióticos.

Dos 17 (58,6%) doentes que apresentam candidíase oral, 11 (37,9%) estavam medicados com corticóides sistémicos/antibiótico, porém dos 12 (41,4%) doentes que não têm candidíase oral, 4 (13,8%) estavam medicados com corticóides sistémicos/antibióticos.

Tabela 9 – Candidíase oral e fármacos que potencialmente facilitam a colonização ou infecção por fungos – corticóides sistémicos/antibióticos.

		Candidíase oral		Total	P
		Sim	Não		
Medicação corticóides/antibióticos	Não	6	8	14	0,096
	Sim	11	4	15	
Total		17	12	29	

Observamos que todos casos com mucosite (n=3), tinham neoplasia de cabeça e pescoço.

Estes doentes foram medicados com corticóides sistémicos/antibióticos e realizaram Quimioterapia, apenas 1 caso realizou também radioterapia cervical.

Nos 29 doentes observados verificou-se que nenhum doente tinha a cavidade oral saudável ou mucosite grave. Todos os doentes necessitavam de cuidados orais específicos (Figura 17).

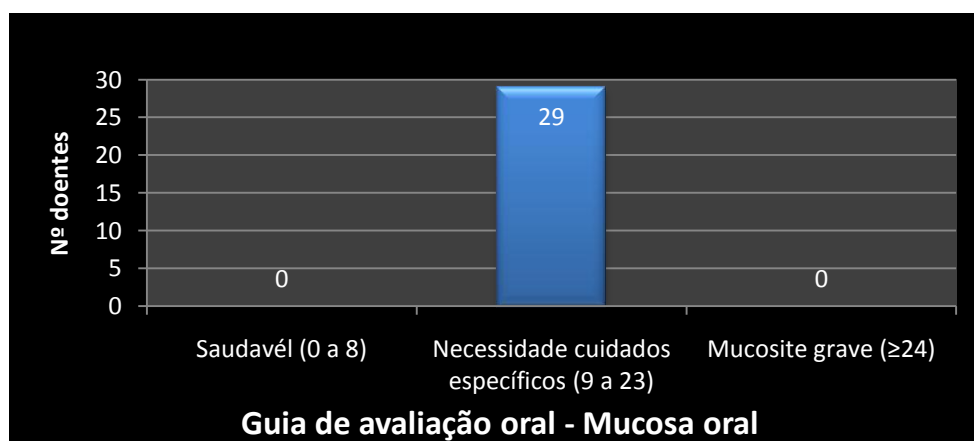


Figura 17 – Guia de avaliação oral da mucosa

Para a higiene e prevenção das mucosas são usados colutórios, nomeadamente o tantum verde e o colutório IPO (ver anexo 7). Na Figura 6 é possível observar que 3 (10,3%) dos doentes observados não usam qualquer tipo de colutório, apenas 1 (3,4%) doente utilizava o colutório IPO, e os restantes 25 (86,2%) doentes usavam o tantum verde (Figura 18).

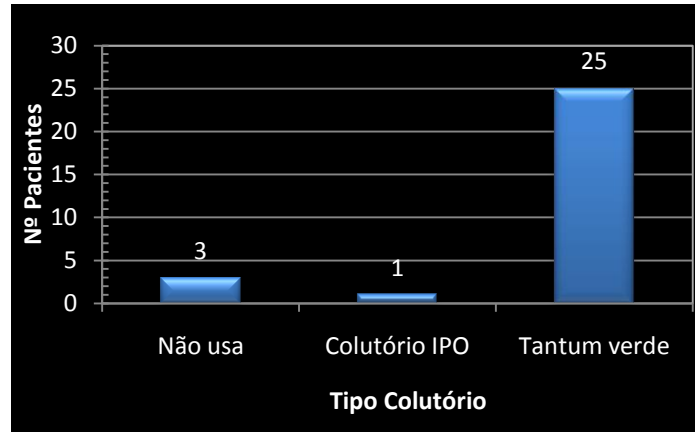


Figura 18 – Avaliação do tipo de colutório usado.

Esta população apresenta com frequência halitose, assim verificou-se que 15 doentes tinham halitose moderada e 5 doentes com halitose severa (Figura 19).

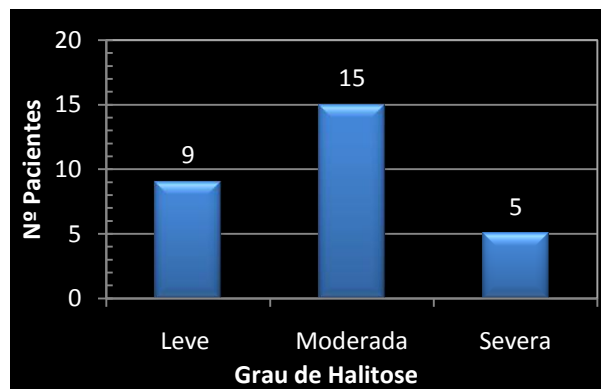


Figura 19 – Avaliação da halitose.

Na amostra estudada verificou-se que a degradação dos tecidos duros dentários era elevada. A Tabela 10 ilustra que os doentes observados apresentavam um CPO-D médio de 26,1 ($\pm 6,2$). Observou-se também que a média dos dentes cariados é de 10, dentes perdidos é de 15,8, e dentes obturados é de 0,3.

Tabela 10 – CPO-D da amostra total.

	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentiles	
							25	75
Dentes cariados	29	10,0	7,8	10	0	31	4	14,5
Dentes perdidos	29	15,8	10,5	13	1	32	8,5	26,5
Dentes obturados	29	0,3	1,2	0	0	6	0	0
CPO-D	29	26,1	6,2	28	11	32	22	32

Verificou-se, ao comparar o CPO-D dos doentes com neoplasia de cabeça e pescoço com os restantes doentes que, nos doentes com neoplasia de cabeça e pescoço este é mais elevado ($29,5 \pm 5,2$), porém sem significância estatística (Tabela 11).

Tabela 11 – CPO-D dos doentes com neoplasia maligna de cabeça e pescoço (6 doentes) CPO-D dos restantes doentes (23 doentes).

	Neoplasia de cabeça e pescoço	n	Média	Desvio padrão	Mediana	P25	P75	Mínimo	Máximo	p
Dentes cariados	Não	23	9,7	6,8	10	5	13	0	28	0,978
	Sim	6	11,2	11,7	10,5	0	19	0	31	
Dentes perdidos	Não	23	15,1	10,2	12	8	26	2	32	0,388
	Sim	6	18,3	12	16,5	9,3	32	1	32	
Dentes obturados	Não	23	0,4	1,3	0	0	0	0	6	0,359
	Sim	6	0	0	0	0	0	0	0	
CPO-D	Não	23	25,3	6,2	25	22	32	11	32	0,093
	Sim	6	29,5	5,2	32	27,3	32	19	32	

Verificou-se ao observar os dentes destes doentes que existia necessidade de tratamentos dentários, assim, 21 (72,4%) doentes necessitavam de tratamentos restauradores, 18 (62,1%) doentes necessitavam de tratamentos cirúrgicos (extracções) e 27 (93,1%) doentes necessitavam de tratamentos protéticos (Figura 20).

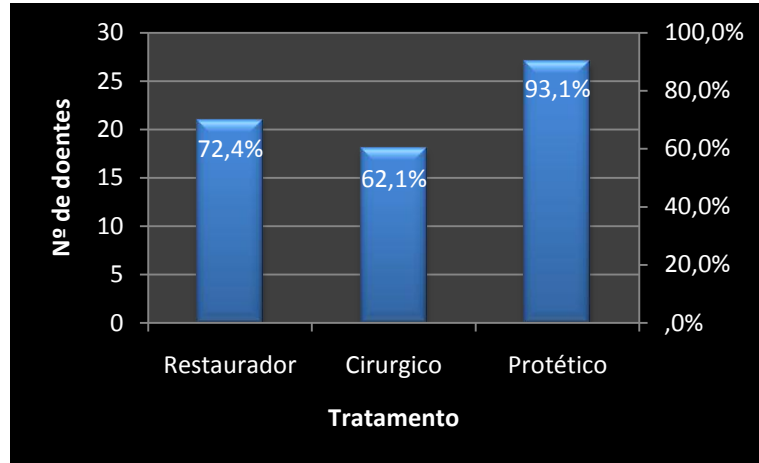


Figura 20 – Necessidades de tratamento dentário dos doentes.

Após observação do estado das gengivas verificou-se que 26 (89,7%) apresentam alterações morfológicas (cor, forma, textura) (Tabela 12).

Tabela 12 – Alterações morfológicas da gengiva aderida.

	n	%
Não	3	10,3
Sim	26	89,7
Total	29	100,0

Na tabela 13 verifica-se que 17 (58,6%) doentes não apresentam mobilidade dentária, porém nestes casos estão incluídos os desdentados totais (n=4) (Tabela 13).

Tabela 13 – Mobilidade dentária.

	n	%
Sem mobilidade dentária	17	58,6
Mobilidade grau I	4	13,8
Mobilidade grau II	7	24,1
Mobilidade grau III	1	3,4
Total	29	100,0

Em relação à presença de próteses dentárias verificou-se que 15 (51,7%) doentes referiram possuir próteses dentárias. Porém dos 15 (51,7%) doentes portadores de prótese, apenas 5 (17,2%) usavam a prótese actualmente. A causa da não utilização da prótese está associada a má adaptação ou incomodo que está provoca.

II.2.7 – Auto-avaliação do estado de saúde oral

Para avaliar a opinião que os doentes tinham relativamente à sua saúde oral, foi questionado o seguinte: “Sente que o seu estado de saúde oral tem piorado devido à sua saúde geral?”

Contabilizou-se que 22 doentes consideram que a sua saúde oral tinha piorado o que demonstra que estes doentes avaliam o seu estado de saúde oral (Figura 21).

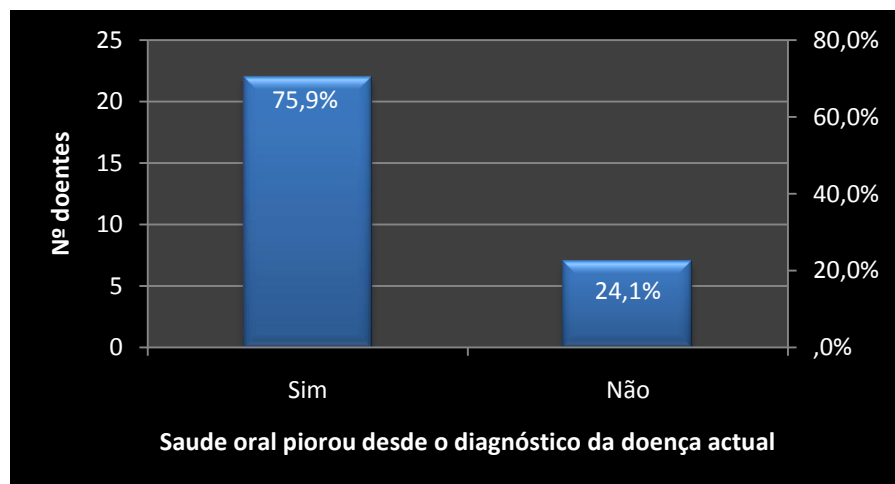


Figura 21 – Distribuição dos doentes que acham/não acham que a saúde oral tem piorado devido à saúde geral.

II.3 – DISCUSSÃO

Sabe-se que em todo o mundo existem muitos doentes oncológicos com necessidade de cuidados paliativos, e que estes devem ser prestados por uma equipa interdisciplinar preparada para o efeito, o que permite reduzir o sofrimento dos doentes e proporcionar uma melhoria na sua da qualidade de vida (Palliative Care, 2007).

Apesar da importância desta situação, as alterações orais nestes doentes não têm sido muito estudadas em Portugal.

Os estudos sobre este assunto são reduzidos e abordam apenas a mucosite, a xerostomia ou outra alteração de forma isolada, não fazendo o levantamento das lesões presentes nestes doentes de uma forma global e integrada. O presente estudo pretendeu realizar esse levantamento, no entanto, este objectivo dificulta a comparação com outros estudos.

Melhorar a qualidade de vida dos doentes em fase avançada de doença é uma preocupação actual. Com a progressão da doença torna-se cada vez mais difícil controlar os sintomas nos últimos dias de vida. Para evitar esta situação é necessário intervir através da prevenção e prestação de cuidados o mais precocemente possível (Sepúlveda, 2002).

Assim, é necessário melhorar as unidades prestadoras de cuidados a doentes oncológicos em cuidados paliativos, bem como técnicas empregues no tratamento da cavidade oral utilizadas nessas instituições.

Como se observou, são várias as alterações da cavidade oral que podem surgir durante e após o tratamento oncológico nos doentes que estão em fase terminal. Estas alterações podem persistir ou mesmo agravar-se com o passar do tempo.

Diagnosticamos nos doentes do estudo: xerostomia, mucosite, cáries, infecções fúngicas, entre outras.

A prevalência de xerostomia nos doentes com cancro avançado tem sido estimada estar entre os 70-90%, (Davies et al., 2001; Davies et al., 2002; Sweeney et al., 1998), no presente estudo os valores foram de igual forma elevados - 72,4% (21 doentes com xerostomia).

Sweeney et al. (1998), realizaram um estudo em 70 doentes com cancro terminal, cuja idade média era de 66 anos e verificou-se que 90% destes apresentavam xerostomia, sublinharam que todos os doentes examinados estavam medicados com pelo menos uma forma de fármaco potencialmente xerostómico.

Existem cerca de 400 fármacos que provocam desidratação das mucosas. Destes, destacamos os seguintes fármacos: opioides, anti-histaminicos, antidepressivos, anti-epilépticos, ansiolíticos, anti-colinérgicos, anti-inflamatórios não esteróides, inibidores da bomba de protões e diuréticos, fármacos frequentemente usados nos cuidados paliativos (Feio e Sapeta, 2005; Davies et al., 2001).

Davies et al. (2001), realizaram um estudo envolvendo doentes paliativos na qual verificaram que a xerostomia tinha uma associação significativa com o número de fármacos potencialmente xerostómicos prescritos. No presente estudo foi também comprovada associação significativa entre xerostomia e a prescrição por doente com quatro ou mais fármacos potencialmente xerostómicos.

Wiseman (2006), ao estudar 25 doentes em cuidados paliativos, verificou que todos referiam diminuição da produção de saliva, e que em todos estavam prescritos cinco fármacos das classes classificadas como potenciais indutores de xerostomia.

Portanto, este aspecto é crítico nos doentes em cuidados paliativos oncológicos. Sendo a xerostomia um factor de elevado desconforto para o doente, impõe-se acções que visem a diminuição do desconforto motivado por esta.

Os substitutos de saliva são uma hipótese terapêutica útil e devem ser usados principalmente antes das refeições para facilitar a deglutição. Pelo contrário, os colutórios que contenham álcool devem ser evitados, pois a sua acção desidratante aumenta a secura das mucosas (Wiseman, 2006), recomenda-se a alteração da utilização corrente de colutórios que contenham álcool, na unidade de cuidados paliativos da rede, no IPO-Porto.

Outro aspecto importante é a presença de fungos na cavidade oral, neste grupo de doentes.

Sweeney et al. (1998), num estudo detectaram a presença de fungos em 26% dos casos de doentes terminais.

Jham e Freire (2006), demonstraram que a *Cândida Albicans* é o fungo potencialmente patogénio mais frequentemente encontrado neste tipo de doentes.

Assim, a incidência de candidíase nos doentes paliativos tem sido estimada entre os 70-85%. Os factores predisponentes para a colonização da cavidade oral por *Cândida Albicans* dos doentes em cuidados paliativos são: o uso de corticoesteróides, de antibióticos de largo espectro, a desnutrição, a diabetes, a higiene oral deficiente, o uso de prótese e a xerostomia (Wiseman, 2006).

De igual forma, verificamos na nossa série que mais de metade (59%) apresentavam sinais clínicos compatíveis com a presença de fungos na cavidade oral. Comprovamos ainda que estes doentes estavam medicados com fármacos facilitadores da colonização ou infecção por fungos. A patologia associada, bem como o estado nutricional, revelaram-se também aspectos importantes para a colonização fúngica.

A utilização de próteses dentárias pode contribuir para a colonização fúngica por *Candida Albicans*, uma vez que na saliva de doentes em cuidados paliativos portadores de prótese observa-se a presença deste patogénio (Wiseman, 2006).

Assim, a manutenção e higienização das próteses é muito importante, e os doentes devem ser incentivados a remover e desinfectar as próteses durante a noite com a utilização de um agente químico para minimizar o risco de colonização por microrganismos (Davies et al., 2008).

A infecção fúngica é uma importante causa de morbilidade em doentes com cancro avançado, sendo esta bastante comum nesta população. Desta forma devem ser rastreados para candidíase oral e também utilizadas medidas que favoreçam o meio oral.

A mucosite foi uma alteração da mucosa pouco observada neste estudo (10,3%). Uma possível explicação para este facto é a própria condição dos doentes. Visto se tratarem de doentes paliativos, a acção dos agentes citotóxicos já não se faz sentir. Dos 3 doentes que tinham mucosite nenhuma era severa.

É necessário controlar a presença de mucosite, uma vez que a inflamação da mucosa, é uma potencial porta de entrada para microorganismos e possibilita o aparecimento de infecções graves (Volpato et al., 2007).

Nos doentes estudados foi constatada uma elevada degradação da dentição. O CPO-D médio foi de 26,1%. Os doentes com antecedentes de neoplasia de cabeça e pescoço tinham um CPO-D mais elevado (29,5).

Estes doentes necessitam de tratamentos dentários. Neste estudo verificamos que 21 (72,4%) doentes necessitavam de tratamentos restauradores, 18 (62,1%) doentes necessitavam de tratamentos cirúrgicos, nomeadamente extracções, e 27 (93,1%) doentes necessitavam de tratamentos protéticos.

A profilaxia com flúor é o método de escolha para combater as cáries nos casos de cancro avançado. O flúor fortalece a resistência dos tecidos dentários contra o ácido e pode também inibir a microbiota oral cariogénica.

A libertação contínua de flúor a partir de aparelhos intra-orais específicos tem vindo a demonstrar uma maior eficácia quando comparado com aplicações tópicas convencionais ou com elixir contendo flúor (Meurman e Gronroos, 2010; Hong et al., 2011).

Actualmente a higiene oral na maioria dos doentes é realizada com uma zaragatoa individual (esponja inserida numa haste – ver anexo 8, figura 1) embebida no colutório prescrito. Verificamos que nos doentes onde não é feita esta limpeza a média de CPO-D é de 29,3; relativamente aos que realizavam higiene oral uma vez ou três vezes por dia apresentam uma média de CPO-D de 25,5 e 27,7 respectivamente. O que poderá ter acontecido é que os doentes que realizam a higiene oral três vezes por dia são doentes com antecedentes de neoplasia de cabeça e pescoço e, sabendo que este grupo de doentes realizou radioterapia, quimioterapia, terapia combinada ou cirurgia na zona da cabeça e pescoço, naturalmente os danos nesta área vão ser mais severos.

A limpeza mecânica dos dentes é um pré requisito para uma boa saúde oral. Também entre doentes oncológicos isto tem vindo a ser estudado (Meurman e Gronroos, 2010; Hong et al., 2011).

Neste estudo foi analisado qual o colutório que usavam na unidade durante a higiene oral e verificamos que 25 doentes usavam o tantum verde, 1 doente usava o colutório IPO e 3 não usavam qualquer tipo de colutório.

Estes achados são pertinentes. Sabemos que o tantum verde usado pela maioria dos doentes é um colutório à base de álcool, o que contribui para o dano das mucosas orais já de si fragilizadas. O álcool é um componente que provoca desidratação das mucosas, portanto o seu uso é contra-indicado nestes doentes, que já referem a sensação de boca seca (xerostomia).

A CHX (Clorhexidina) é um produto sem álcool, e os colutórios que apresentam este composto na sua constituição têm uma forte acção anti-microbiana e pode ser usada se existirem infecções na cavidade oral (Feio e Sapeta, 2005).

Também é considerada o standard para o controlo químico da placa, mas a sua eficácia quando aplicada isoladamente é questionada. Em adição à CHX existem muitos outros agentes antiplaquetários como por exemplo o uso frequente da combinação de flúor e estanho, que têm mostrado grande eficácia (Meurman e Gronroos, 2010; Hong et al., 2011).

Este grupo de doentes é muitas vezes alvo de halitose, e o que se conhece é que cerca de 56-85% dos casos de halitose são derivados de alterações orais (De Conno et al., 2010).

Desta forma, verificamos que 9 doentes apresentam halitose leve, 15 apresentam halitose moderada e 5 halitose severa. Não existe dados epidemiológicos relativamente à sua incidência ou prevalência em doentes paliativos.

Devido à diminuição da saliva e das suas funções lubrificantes ocorre retenção dos restos alimentares, conduzindo ao aparecimento de mau odor. Além disso, a acção de alguns medicamentos e a destruição das mucosas também provocam o aparecimento de mau hálito (Feio e Sapeta, 2005).

Os doentes, dada a sua dificuldade em falar, a halitose e a dor decorrentes da secura das mucosas têm tendência a evitar os contactos sociais e a isolar-se, influenciando negativamente o seu bem-estar e conforto e, naturalmente, a sua qualidade de vida, características estas que devem ser avaliadas e atendidas na estratégia terapêutica (Feio e Sapeta, 2005).

Apesar das modalidades terapêuticas do cancro serem efectivas na irradicação tumoral, elas produzem danos inevitáveis aos tecidos orais e ao complexo dentário, especialmente no caso de cancro da cabeça e pescoço. Sendo a mucosa oral um dos alvos principais para a toxicidade relacionada com o tratamento, devido à taxa rápida de turn-over celular (Hong et al., 2011).

Neste contexto, a presença de um médico dentista na equipa de cuidados paliativos é justificável, pois não só pode realizar o correcto diagnóstico da patologia oral como

também no tratamento das tratar as alterações sintomáticas, sejam dentárias ou da mucosa oral.

Defendemos que nas unidades de cuidados paliativos deve ser implementado um método de avaliação sistemático de alterações orais bem com um protocolo de recomendações para cuidados orais neste grupo de doentes. No entanto, existem algumas barreiras que podem ser um obstáculo importante, entre estes sublinhamos:

- A falta de conhecimento;
- A falta de inovação;
- A inconsistência ou ausência de avaliação oral;
- A existência variados regimes e práticas de cuidados orais;
- A falta de sistematização;
- Os problemas administrativos e clínicos;
- A falta de colaboração interdisciplinar;

(McGuire, 2003).

As estratégias para implementar de cuidados orais sistematizados, baseiam-se em três pilares principais:

- 1- Reconhecer que o cuidado oral é necessário em todos os doentes oncológicos, incluindo os doentes em cuidados paliativos;
- 2- Colaborar activamente com os membros de outras disciplinas de cuidados de saúde;
- 3- Medicina baseada na evidência.

A aplicação destes três princípios permite ultrapassar as barreiras atrás referidas (McGuire, 2003).

Assim e pretendendo dar uma contribuição pessoal para a sistematização de cuidados orais neste grupo de doentes é sugerido um protocolo de actuação (ver anexo 8).

II.4 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta algumas limitações no que respeita à população estudada. O pequeno número de doentes não permite generalizar em segurança as nossas conclusões, por outro lado ao apresentarem nos doentes estudados uma esperança de vida reduzida não permitiu um seguimento prolongado para avaliarmos o impacto das medidas que sugerimos.

Relativamente ao material utilizado, podem referir-se algumas limitações nomeadamente, a falta de luz artificial para a observação intra-oral.

O método de calibragem da observação das técnicas de saúde oral envolvidas apresenta algumas limitações, nomeadamente terem sido realizadas poucas observações em conjunto com um técnico experimentado o que originou um Kappa de Cohen mais baixo do que o esperado.

II.5 – PERSPECTIVAS FUTURAS

Realizar este estudo numa série maior de doentes e em unidades de cuidados paliativos oncológicos distintos.

Comprovar o impacto em termos de saúde oral e qualidade de vida das medidas sugeridas.

CONCLUSÃO

Manter a integridade da cavidade oral do doente é essencial, tanto para prevenir lesões como infecções (Kaestli, 2004). Constatamos que os doentes em cuidados paliativos necessitam de cuidados orais específicos de forma a atenuar as manifestações orais da doença e tratamentos.

Assim, sublinhamos a importância de informar, motivar e educar o doente relativamente aos cuidados orais, mesmo neste momento da doença.

A integração do médico dentista na equipa de cuidados paliativos é necessária para determinar as necessidades do doente em cuidados orais. Este deve definir com clareza as necessidades do doente tendo em consideração o estado global de saúde do doente, o tipo de alterações pelo qual é confrontado e sobretudo os sintomas e a esperança de vida e determinar o plano de cuidados (Shoeni, 2001).

No nosso estudo podemos verificar que as alterações da mucosa oral encontradas foram: candidíase oral em 17 (58,6%), mucosite em 3 (10,3%), língua despilada em 10 (34,5%), língua saburrosa em 8 (27,6%), língua pilosa em 1 (3,4%) e os restantes 5 (17,2%) doentes não apresentavam alterações na mucosa oral.

A xerostomia foi observada em 21 (72,4%) doentes, sendo esta associada significativa relativamente ao número total de fármacos prescritos ($p = 0,003$): foi verificado nos doentes da amostra que tomavam 4 ou mais fármacos que induzem xerostomia. Nos doentes com candidíase, 11 (37,9%) estavam medicados com antibióticos ou corticóides sistémicos.

Observamos que todos casos com mucosite ($n=3$), tinham neoplasia de cabeça e pescoço.

Na amostra verificou-se que a degradação dos tecidos duros dentários era elevada, apresentando um CPO-D médio de 26,1 (dp 6,2). Verificamos que a necessidade de tratamento nestes doentes era elevada, assim 21 (72,4%) doentes necessitavam de tratamentos restauradores, 18 (62,1%) doentes necessitavam de tratamentos cirúrgicos (extracções) e 27 (93,1%) necessitavam de tratamentos protéticos.

Concluimos que prevalência de alterações da mucosa oral é elevada nos doentes oncológicos em cuidados paliativos, o que obriga a um programa sistemático de cuidados orais.

A higiene oral promove a qualidade de vida mas devem ser evitados colutórios que desidratam a mucosa. A colonização oral por fungos é frequente e deve ser controlada.

Os tratamentos dentários estão indicados quando existe sintomatologia e vontade do doente para que se realize os procedimentos. A reabilitação oral pode ser equacionada mas deve ter em conta para além da vontade do doente a sua esperança de vida.

Assim a consciencialização e sensibilização dos profissionais de saúde sobre a necessidade de cuidados orais nesta altura da doença é mais um passo para cuidados paliativos competentes e eficazes. Os Médicos dentistas têm assim um papel específico e útil pois sabem reconhecer as necessidades, os tipos de cuidados orais e garantem a sua eficácia melhorando a qualidade de vida destes doentes.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Associação Nacional de Cuidados Paliativos. (2006). Organização de serviços de cuidados paliativos – Recomendações da ANCP. Disponível em < http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf > [Consultado em: 07/02/2011].
- ✓ Biron, P. et al. (2000). Research controversies in management of oral mucositis. *Supportive Care Cancer*, 8, pp. 68-71.
- ✓ Davies, A. N., Broadley, K. e Beighton, D. (2001). Xerostomia in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22 (4), pp. 820-825.
- ✓ Davies, A. N., Broadley, K. e Beighton, D. (2002). Salivary gland hypofunction in patients with advanced cancer. *Oral oncology*, 38, pp. 680-685.
- ✓ Davies, A. N. et al. (2008). Oral Candidosis in Community-Based Patients with advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*, 35 (5/May), pp. 508-514.
- ✓ De Conno, F. et al. (2010). Mouth Care. In: Hanks, G. et al (Ed.). *Oxford Texbook of palliative medicine*. 4ª edição. Oxford, pp. 997-1009.
- ✓ Eilers, J. e Million, R. (2007). Prevention and Management of Oral Mucositis in Patients With Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 23 (3), pp. 201-212.
- ✓ Feio, M. e Sapeta, P. (2005). Xerostomia em cuidados paliativos. *Acta Médica Portuguesa*, 18, pp. 459-466.
- ✓ Ferraz Gonçalves, J. (2000). A Portuguese palliative care unit. *Supportive Care Cancer*, 9, pp. 4-7.
- ✓ Ferraz Gonçalves, J. (2002). Controlo de Sintomas no Cancro Avançado. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

- ✓ Hancock, P. J., Epstein, J.B., Sadler, G.R. (2003). Oral and dental management related to radiation therapy for head and neck cancer. *Journal of the Canadian dental association*, 69 (9), pp. 585-590.
- ✓ Hespanhol, F.L. et al. (2010). Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, pp.1085-1094.
- ✓ Hong, C. H. et al. (2011). The association between cancer treatments and oral diseases. *Evidence-based Dentistry*, 12, pp. 15-16.
- ✓ Jham, B. C. e Freire, A. R. S. (2006). Oral complications of radiotherapy in the head and neck. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 72 (5), pp.704-708.
- ✓ Joshi, V.K. (2010). Dental treatment planning and management for the mouth cancer patient. *Oral Oncology*, 46, PP. 475-479.
- ✓ Kaestli, L.Z. et al. (2004). Les soins de bouche. *Médecine et Hygiène*, 62, pp. 2285-2288.
- ✓ Keefe, D. M. K. (2006). Mucositis management in patients with cancer. *Supportive Cancer Therapy*, 3(3), pp. 154-157.
- ✓ Madrid, C., Abarca, M. e Bouferrache, K. (2010). Osteoradionecrosis: an update. *Oral Oncology*, 46, pp. 471-474.
- ✓ Martins, A. C. M., Caçador, N.P. e Gaeti, W.P. (2002). Complicações bucais da quimioterapia antineoplásica. *Acta scientiarum*, 24 (3), pp. 663-670.
- ✓ McGuire, D. B. (2003). Barriers and strategies in implementation of oral care standards for cancer patients. *Supportive Care Cancer*, 11, pp. 435-441.
- ✓ Meurman, J. H., Gronroos, L. (2010). Oral and dental health care of oral cancer patients: hyposalivation, caries and infection. *Oral Oncology*, 46, pp. 464-467.

- ✓ Ministério da Saúde. (2010). Cuidados Continuados Integrados. [Em linha]. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/Paginas/Default.aspx>. [Consultado em 19/03/2011].
- ✓ Palliative Care. (2007). Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programmes. Disponível em <http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html> [Consultado em: 16/12/2010].
- ✓ Pavesi, V. C. S. et al. (2009). Rehabilitation of exacerbated case of oral mucositis associated with renal failure following bone marrow transplantation. *Indian Journal of Dental Research*, 20, pp. 365-369.
- ✓ Peterson, D. E. (2006). New Strategies for Management of Oral Mucositis in Cancer Patients. *The journal of Supportive Oncology*, 4(2), pp. 9-13.
- ✓ Pontes, L., Silva, M. e Luz, R. (2001). Registo Oncológico Nacional 2001 – Instituto português de oncologia de Francisco Gentil. [Em linha]. Disponível em http://www.ipoportor.min-saude.pt/roreno/roreno/?sm=12_0 [Consultado em 20/03/2011].
- ✓ Programa Nacional de Cuidados Paliativos. (2004). Disponível em http://www.google.pt/#hl=ptPT&source=hp&biw=1024&bih=447&q=Manual+de+Cuidados+Paliativos&aq=f&aqi=g3&aql=&oq=&gs_rfai=&fp=3b38e4c21608257c [Consultado em: 07/02/2011].
- ✓ Programa Nacional de Cuidados Paliativos. (2010) Disponível em http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MS/Programa_Nacional_Cuidados_Paliativos.pdf [Consultado em: 19/03/2011].
- ✓ Schoeni, P. (2001). Soins Dentaires et Soins Palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 16(4), pp. 24-26.

- ✓ Sepúlveda, C. et al. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24 (2), pp. 91-95.
- ✓ Sieracki, R. L. et al. (2009). Development and implementation of an oral care protocol for patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13 (6), pp. 718-722.
- ✓ Silva, V. P., Desmarest, M. e Trivalle, C. (2005). Importance du soin de bouche en gérontologie et soins palliatifs. *Soins Gérontologie*, 51, pp. 36-40.
- ✓ Sonis, S. T. (2004). Oral Mucositis in Cancer Therapy. *The Journal of Supportive Oncology*, 2(3), pp. 3-8.
- ✓ Sweeney, M.P. et al. (1998). Oral diseases in terminally ill cancer patients with xerostomia. *Oral Oncology*, 34, pp. 123-126.
- ✓ Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). Guia de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. [Em linha]. Disponível em < www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf > . [Consultado em 19-03-2011].
- ✓ Vissink, A. et al. (2003 a). Oral sequelae of head and neck radiotherapy. *Critical Reviews in oral Biology & Medicine*, 14 (3), pp. 199-212.
- ✓ Vissink, A. et al. (2003 b). Prevention and treatment of the consequences of head and neck radiotherapy. *Critical Reviews in oral Biology & Medicine*, 14 (3), pp. 213-225.
- ✓ Volpato, L. E. R. et al. (2007). Radiation therapy and chemotherapy – induced oral mucositis. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 73 (4), pp. 562-568.
- ✓ Wiseman, M. (2006). The treatment of oral problems in the palliative patient. *Journal of the Canadian Dental Association*, 72 (5), pp. 453-458.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Carta de pedido de autorização para realizar projecto de investigação	68
ANEXO 2 – Projecto realizado para entregar no IPO-Porto.....	70
ANEXO 3 – Parecer do IPO-Porto.....	78
ANEXO 4 – Ficha clínica e consentimento informado	80
ANEXO 5 – Escala de dor.....	87
Figura 1 – Escala de dor	88
ANEXO 6 – Fármacos.....	89
Tabela 1 – Medicação utilizada na unidade de cuidados paliativos da rede do IPO-Porto que potencialmente induz xerostomia	90
Tabela 2 – Medicação utilizada na unidade de cuidados paliativos da rede do IPO-Porto que potencialmente facilita a colonização ou infecção por fungos	90
ANEXO 7 – Constituição do colutório IPO-Porto	91
Figura 1 – Colutório IPO-Porto	92
ANEXO 8 – Protocolo para realização de cuidados orais em doentes paliativos	93
Figura 1 – Algoritmo de actuação da higiene oral.....	94
ANEXO 9 – Fotografias tiradas na unidade de cuidados paliativos do IPO-Porto.....	104
Figura 1 – Zaragatoa individual de higiene oral se dentífrico	105
Figura 2 – Infecção fúngica (candidíase).....	105
Figura 3 – Infecção fúngica (candidíase).....	105

Figura 4 – Infecção fúngica (candidíase).....	106
Figura 5 – Cáries dentárias	106
Figura 6 – Infecção fúngica (candidíase).....	106
Figura 7 – Restos necróticos, da cirurgia para remoção do tumor das glândulas salivares	107
Figura 8 – Restos necróticos, da cirurgia para remoção do tumor das glândulas salivares	107
Figura 9 – Cáries dentárias, Trismus acentuado, Infecção fúngica (candidíase).....	107
Figura 10 – Infecção fúngica (candidíase).....	108
Figura 11 – Ulceração, mucosite	108
Figura 12 – Ulceração, mucosite	108
Figura 13 – Ulceração, mucosite	109
Figura 14 – Ulceração, mucosite	109
Figura 15 – Infecção fúngica – Queilite angular	109
 ANEXO 10 – Resultados complementares	 110
Tabela 1 – Distribuição das patologias pelas neoplasias primárias presentes nestes doentes.....	111
Tabela 2 – Avaliação de gramas de álcool ingeridas por dia	111
Figura 1 – Distribuição do consumo de álcool (em gramas) pelos doentes (em %).....	112
Figura 2 – Distribuição do consumo de álcool pelos doentes com neoplasias de cabeça e pescoço e sem neoplasias de cabeça e pescoço	112

Anexo 1

- Carta de pedido de autorização para realizar projecto de investigação -

Élodie Ribeiro Rocha

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde

Ex.mo Sr.,

Presidente do Conselho de Administração do IPO

Porto, 15 de Fevereiro de 2011

Assunto: Pedido de autorização para realizar projecto de investigação

Ex.mo Sr.,

Estou a desenvolver um projecto de graduação, no decorrer do mestrado integrado em Medicina Dentária na Universidade Fernando Pessoa, cujo tema é: “Diagnóstico de alterações dentárias e da cavidade oral nos doentes em cuidados continuados oncológicos”, como objectivos que temos é identificar as alterações da cavidade oral para definir os cuidados orais que são necessários e também desta forma identificar recursos e técnicas necessárias para a implementação desses cuidados junto do doente.

Solicito assim a autorização para realizar o trabalho acima citado, e agradeço desde já a atenção dispensada de V. Ex. para este assunto.

Cumprimentos,

Élodie Rocha

Anexo 2

- Projecto realizado para entregar no IPO-Porto -



Projecto de Graduação

Diagnóstico de alterações dentárias e da cavidade oral nos doentes em cuidados continuados oncológicos

Prof. Doutor Lúcio Santos
-Orientador-

Élodie Rocha

Tlm: 912387466

1. Introdução

A motivação para a realização deste trabalho foi a necessidade de verificar quais os cuidados fundamentais para controlar e prevenir os sintomas do doente paliativo. Desta forma irá promover-se e melhorar a qualidade de vida nos doentes em fim de vida, sendo este um direito de qualquer ser humano com dignidade.

Segundo a OMS os cuidados paliativos são vistos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e das suas famílias, quando estes estão a enfrentar uma situação de doença terminal. Tendo como componentes essenciais a prevenção e alívio dos sintomas, utilizando meios de identificação precoce para avaliar e tratar a dor e outros problemas físicos, psicológicos e espirituais.

Estes cuidados são uma necessidade humanitária urgente em todo o mundo para as pessoas com cancro. Idealmente os serviços de cuidados paliativos deveriam ser promovidos desde o momento do diagnóstico da doença que coloca a vida em risco, isto é, adaptando-se no momento às necessidades dos pacientes e às suas famílias à medida que a doença progride até à sua fase terminal (OMS).

Os cuidados paliativos em medicina dentária têm sido definidos como o estudo e manuseamento de pacientes com doença activa, progressiva e muito avançada, em locais da cavidade oral que estejam comprometidos directamente pela doença ou pelo seu tratamento, sendo o principal objectivo melhorar a qualidade de vida. Esta aproximação não envolve só o suporte para as necessidades físicas do paciente mas também se estende ao suporte das necessidades espirituais da sua família (Wiseman, 2006).

Este grupo de doentes apresenta determinados problemas, de entre os quais os problemas orais como por exemplo mucosite, xerostomia, dor, levando estes pacientes a um desconforto contínuo. Para a alteração destes problemas, os cuidados devem ser os mais adequados possíveis. Desta forma deve ser realizada avaliação dos doentes paliativos oncológicos e assim diagnosticar quais as alterações

existentes na cavidade oral para que sejam planificadas formas de intervenção precoce (Wiseman, 2006).

Melhorar a qualidade de vida dos pacientes com cancro é um tema recorrente e hoje em dia é amplamente reconhecido que os princípios de cuidados paliativos devem ser aplicados o mais cedo possível no curso da doença devido ao facto de que com a progressão da doença se tornar cada vez mais difícil controlar os sintomas nos últimos dias de vida (Sepúlveda, 2002).

2. Objectivos

Os principais objectivos a alcançar neste trabalho são:

- ✚ Identificar as alterações da mucosa oral;
- ✚ Identificar as alterações dentárias;
- ✚ Definir cuidados orais e dentários a ter;
- ✚ Identificar os recursos e técnicas necessárias para implementação desses cuidados junto do doente

3. Identificação do Projecto

3.1. Título

Diagnóstico de alterações dentárias e da cavidade oral nos doentes em cuidados continuados oncológicos

3.2. Palavras-chave

- ✓ Pacientes Paliativos
- ✓ Cuidados Paliativos
- ✓ Cuidados continuados
- ✓ Doentes Oncológicos
- ✓ Papel do Médico Dentista

3.3. Método de Colheita de Dados:

Avaliação Clínica

3.4. Amostra:

Observação de pacientes num período de tempo de dois meses.

3.5. População Alvo

Amostra de conveniência de doentes na unidade de rede de cuidados continuados do IPO Porto.

4. Metodologia

4.1. Análise de Dados

Serão analisados os dados clínicos, após a sua colheita, para posterior utilização de métodos estatísticos (utilizando SPSS)

4.2. Considerações Éticas

Autorização da Comissão de Ética para avaliação dos pacientes.

Bibliografia

- ✚ Wiseman, M. (2006). The Treatment of Oral Problems in the Palliative Patient. *Journal Canadian Dental Association*, 72 (5), pp. 453-458.
- ✚ Sepúlveda, C; et al (2002). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol 24, 2, 91-96.
- ✚ Palliative Care (2007) Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programmes. Disponível em <<http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html>> [Consultado em: 16/12/2010]
- ✚ Direcção Geral da Saúde (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em <http://www.google.pt/#hl=ptPT&source=hp&biw=1024&bih=447&q=Manual+de+Cuidados+Paliativos&aq=f&aqi=g3&aql=&oq=&gs_rfai=&fp=3b38e4c21608257c> [Consultado em: 07/02/2011]

Anexo 3

- Parecer do IPO-Porto -



IPOPORTO
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE

Exmo. Senhor

DR. RUI HENRIQUE

Director da Escola Portuguesa de Oncologia
do Porto - EPOP
IPOP FG - EPE

Ref. CES IPOPFG - EPE: 109/2011
Porto, 29 de Abril de 2011

Assunto: **Pedido de Parecer**

Exmo. Dr. Rui Henrique

Cumpre-me informar V Exa. relativamente ao pedido de parecer que foi dirigido a esta Comissão de Ética, sobre o Projecto de Investigação da autoria de Élodie Rocha, no âmbito do mestrado integrado em Medicina Dentária na Universidade Fernando Pessoa, intitulado "*Diagnóstico de Alterações Dentárias e da Cavidade Oral nos Dentes em Cuidados Continuados Oncológicos*", **foi discutido e avaliado em sede da Comissão de Ética.**

É parecer desta CES não existir impedimento de natureza ética ao desenvolvimento do referido estudo de investigação.

Com respeitosos cumprimentos

Enf. José Carlos Pimentel
(Vice-Presidente da CES do IPOP EPE)



RUA DR. ANTÓNIO BERNARDINO DE ALMEIDA
4200-072 PORTO - PORTUGAL

T. (+351) 22 508 40 00
F. (+351) 22 508 40 01

E-MAIL:
diripo@ipoporto.min-saude.pt

Capital Social: 39.900.00,00€ Registo na Conservatória do Registo Comercial do Porto com o N.º 57884 - NICP 506 362 299

QUALIDADE



Anexo 4

- Ficha clínica e consentimento informado -

Ficha Clínica

Local da recolha de dados: IPO Porto

- Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos -



1. Dados

1.1. História clínica nº: _____

1.2. Data: ____/____/____

1.3. Idade: _____

1.4. Sexo: M/F

1.5. Profissão: _____

1.6. Morada: _____

2. Anamnese

2.1. Antecedentes patológicos : _____

2.2. História da doença actual: _____

2.3. Tratamento realizado:

Cirurgia	<input type="checkbox"/>	Hormoterapia	<input type="checkbox"/>	Imunoterapia	<input type="checkbox"/>
Nenhum	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>
Radiações	<input type="checkbox"/>	Radioisótipos	<input type="checkbox"/>		

2.4. Tipo de tratamento: Paliativo ☐ Curativo ☐ Não indicado ☐

2.5. Xerostomia/ Hiposalivação: Sim ☐ Não ☐

2.6. Medicação actual: _____

2.6. Sente que o seu estado de saúde bucal tem piorado devido à sua saúde geral?

Sim ☐ Não ☐

2.7. Escala de dor:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Hábitos

3.1. Há quanto tempo deixou os hábitos etílicos: _____

3.2. Há quanto tempo deixou os hábitos tabágicos: _____

3.3. Etílicos

3.4. Tabágicos

Sim ☐ Não ☐
Qts copos/dia ☐

Cigarros ☐

Vinho ☐ Cerveja ☐ Brancas ☐

4. Higiene oral

4.1. Higiene antes diagnóstico

Escovagem/dia	M	T	N
Flúor	S	N	
Fio dentário	S	N	
Outros			

4.3. Higiene actual: _____

4.4. Bochecho usado:	IPO	<input type="checkbox"/>
	Tantum	<input type="checkbox"/>
4.5. Halitose:	Leve	<input type="checkbox"/>
	Moderada	<input type="checkbox"/>
	Severa	<input type="checkbox"/>

4.2. Qual pasta que utiliza? _____

5. Exame Dentário

5.1.

Índice de CPOD

	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa																	
Raiz																	
Tratamento																	

	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa																	
Raiz																	
Tratamento																	

Coroa	Raiz	Condição
0	0	Hígido
1	1	Cariado
2	2	Restaurado c/ cárie
3	3	Restaurado s/ cárie
4	-	Ausente por cárie
5	-	Ausente por outro motivo
6	-	Selante de fissura
7	7	Prótese fixa, coroa ou implante
8	8	Não erupcionado
T	-	Traumatismo
9	9	Não registado

Código	Indicação de tratamento
1	Restaurador
2	Cirúrgico
3	Protético

6. Exame extra-oral

6.1. Inspeção visual

6.1.1. Assimetria: S() N()

6.1.2. Alt. lábios:

a) Cor S() N()

b) Textura S() N()

c) Anormalidades da comissura labial S() N()

6.1.3. Presença de tumefação

a) Abcesso ()

b) Edema ()

c) Neoplasia ()

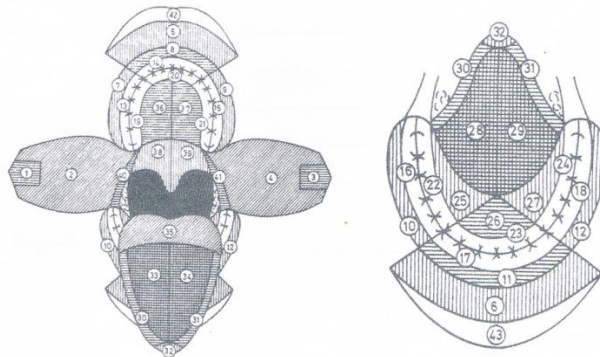
d) Outros _____

6.1.4. Limitação da abertura de boca

Observações: _____

7. Exame intra-oral – Informação clínica de Medicina oral

7.1.	Localização:	
7.2.	Descrição:	
7.2.1.	Classificação:	Mácula/Mancha ; Pápula/Placa/Nódulo ; Vesícula/Bolha ; Pústula ; Erosão/Úlcera ; Cicatriz/Fístula
7.2.2.	Forma:	Deprimida/Ligeiramente elevada/Elevada
7.2.3.	Limites:	
7.2.4.	Cor:	Branca/Vermelha/Negra/ Outra: _____
7.2.5.	Tamanho:	Comprimento: _____ / Largura: _____
7.2.6.	Base:	Séssil/Pediculada/Endurecida
7.2.7.	Consistência:	Mole/Endurecida/Elastica/Pétrea
7.2.8.	Superfície:	Integra/Não Integra
7.2.9.	Textura:	Lisa/Áspera/Rugosa
7.2.10.	Contorno:	Nítido/Difuso; Regular/Irregular
7.2.11.	Bordos:	Planos/Elevados/Deprimidos
7.2.12.	Número:	Única/Múltipla
7.2.13.	Diagnóstico Clínico:	



7.3.

Variável	1	2	3
Voz	Normal	Rouca	Dificuldade em falar
Engolir	Sem dificuldade	Com alguma dor	Incapaz de engolir
Lábios	Lisos, rosados e húmidos	Secos e gretados	Ulcerados ou sangrantes
Língua	Rosada, húmida e com papilas presentes	Saborrosa ou com perda de papilas, brilhante ou avermelhada	Empolada ou gretada
Saliva	Líquida	Espessa	Ausente
Mucosa	Rosada e húmida	Avermelhada, ou esbranquiçada sem ulcerações	Ulcerada e/ou sangrante
Gengiva	Rosada	Com edema podendo estar avermelhada	Sangramento espontâneo ou quando pressionada
Dentes ou dentadura	Limpos sem resíduos	Placa e resíduos em algumas áreas	Placa e resíduos generalizados

8. Exame periodontal

8.1. Sem mobilidade dentária ☐ Grau I ☐ Grau II ☐ Grau III ☐

8.2. Alterações visuais Sim ☐ Não ☐

9. Informação de Prótese

9.1.	Portador de prótese?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
	Superior	<input type="checkbox"/>	Fixa	<input type="checkbox"/>	Removível
	Inferior	<input type="checkbox"/>	Fixa	<input type="checkbox"/>	Removível
9.2.	Utiliza a Prótese actualmente?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

Consentimento Informado

Eu, _____, declaro ter compreendido e autorizado a participação no estudo que me foi proposto, tendo como objectivo a observação clínica e preenchimento de uma ficha com dados clínicos referentes ao estado de saúde oral, sem qualquer intervenção invasiva.

Foi-me comunicado que tenho o direito de recusar, a proposta que me foi apresentada, não resultando quaisquer consequências.

Porto / /2011

Paciente_____

Investigador_____

Desde já informo que a confidencialidade e privacidade dos resultados obtidos será assegurada pelo anonimato da identificação dos pacientes, nem resultará quaisquer danos físicos ou psíquicos para os pacientes incluídos.

Eu, _____, representante legal de _____ declaro ter compreendido e autorizado a participação no estudo que me foi proposto tendo como objectivo a observação clínica, e preenchimento de uma ficha com dados clínicos referentes ao estado de saúde oral, sem qualquer intervenção invasiva.

Foi-me comunicado que tenho o direito de recusar, a proposta que me foi apresentada, não resultando quaisquer consequências.

Porto / /2011

Representante legal_____

Investigador_____

Desde já informo que a confidencialidade e privacidade dos resultados obtidos será assegurada pelo anonimato da identificação dos pacientes, nem resultará quaisquer danos físicos ou psíquicos para os pacientes incluídos.

Este estudo é realizado para fins de conclusão do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Anexo 5

- Escala de dor -

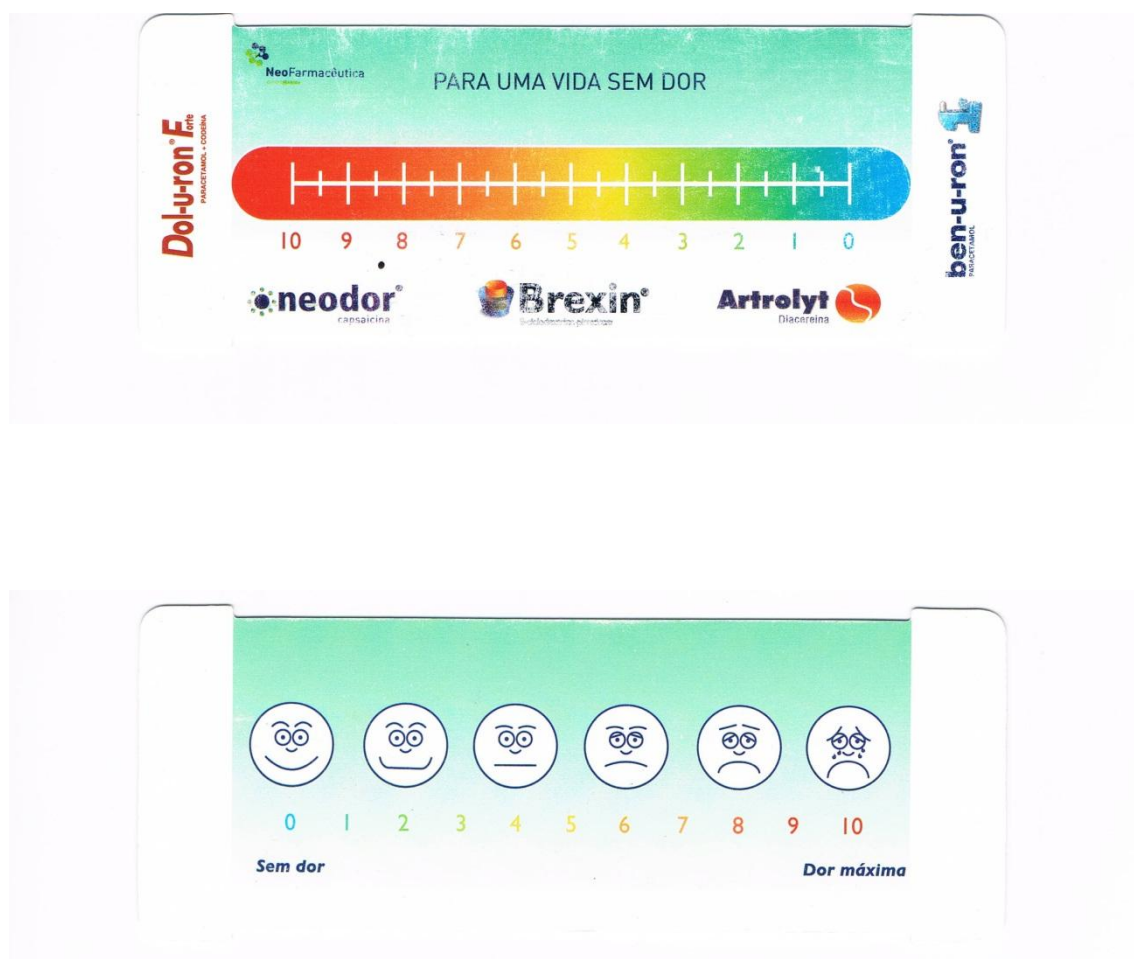


Figura 1 – Escala de dor

Anexo 6

- Fármacos -

Tabela 1 – Medicação utilizada na unidade de cuidados paliativos da rede do IPO-Porto que potencialmente induz xerostomia

Amitriptilina
Buprenorfina
Haloperidol
Inderal
Levomepromazida
Lorazepam
Metoclopramida
Morfina
Midazolam
Trazodona
Fentanilo
Tramadol
Butilescopolamina
Fenitoína
Baclofeno
Clonazepam
Oxazepam
Mirtazapina

Tabela 2 – Medicação utilizada na unidade de cuidados paliativos da rede do IPO-Porto que potencialmente facilita a colonização ou infecção por fungos

Ciprofloxacina
Amoxicilina + Ácido Clavulânico
Dexametasona
Prednisolona

Anexo 7

- Constituição do colutório IPO-Porto -

Constituição do colutório IPO:

Clorhexidina 1mg/ml + clorobutanol 1mg/ml	20ml
Solução Lav. Boca Fr 500ml	
Nistatina 100000 U.I./ml suspensão oral Fr 30ml	30ml
Bicarbonato de sódio 14mg/ml sol inj Fr 500	450ml

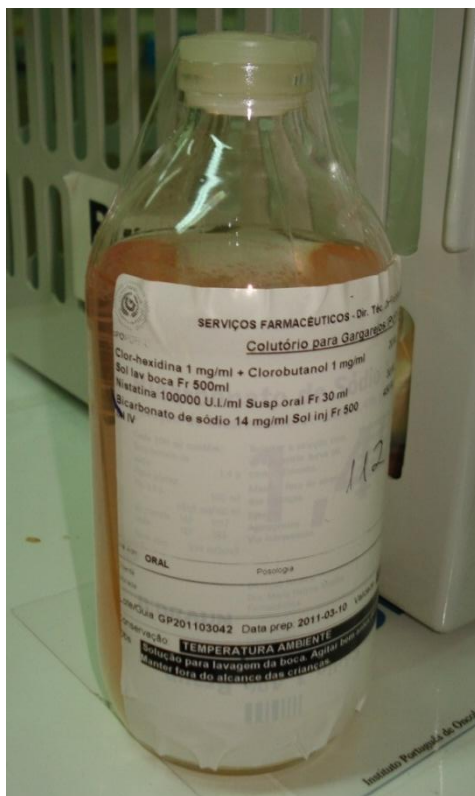


Figura 1 – Colutório IPO-Porto (IPO-Porto-2011)

Anexo 8

- Protocolo para realização de cuidados orais em doentes paliativos -

1. Algoritmo de actuação para manuseamento da higiene oral:

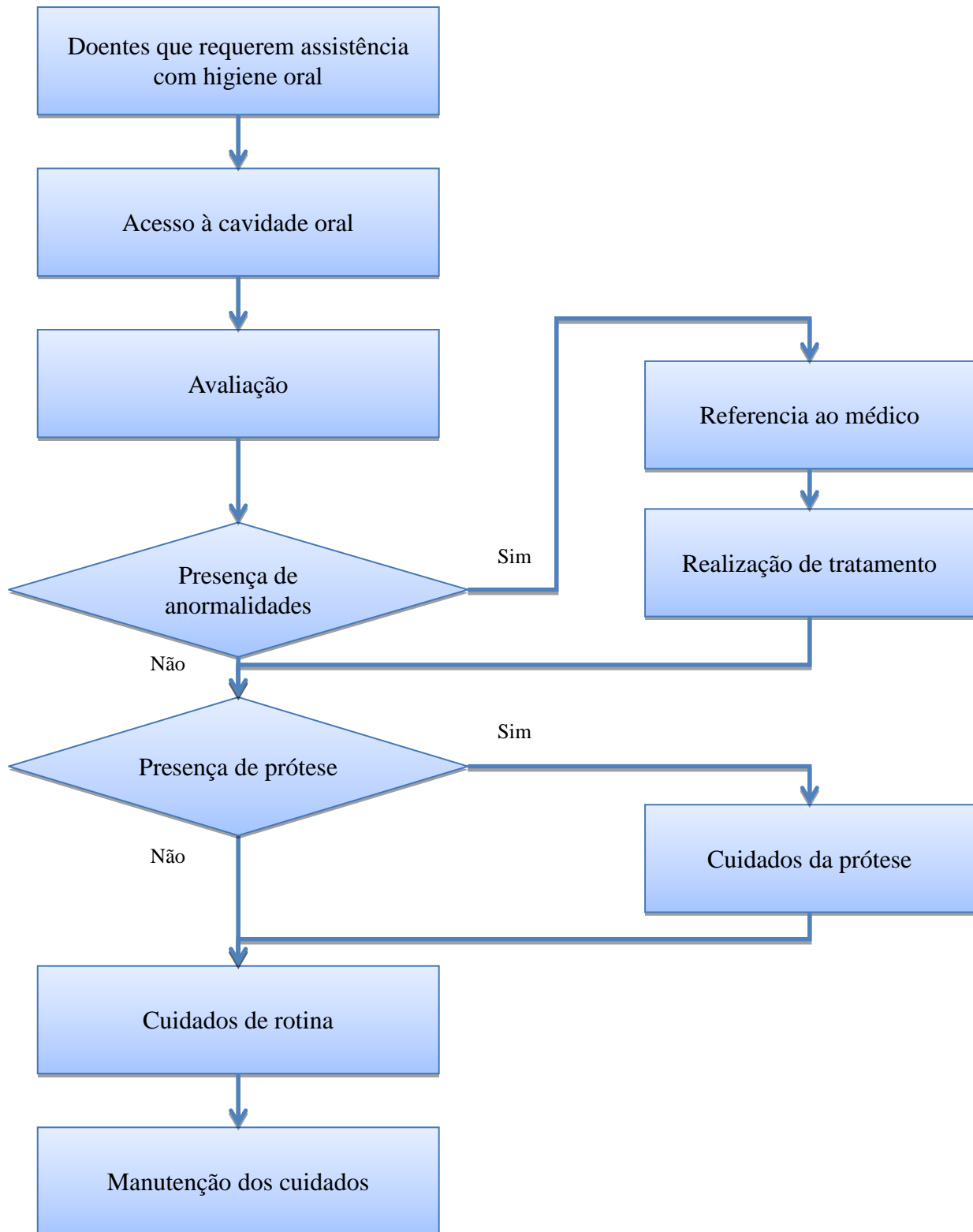


Figura 1 – Algoritmo de actuação da higiene oral (adaptado de: Ministry of health - Singapore, 2004).

Para a avaliação da cavidade oral e realização dos cuidados orais nos doentes paliativos é fundamental seguir algumas recomendações na prática clínica, tais como:

- Registrar a história de problemas orais presentes/passados
- A avaliação deve ser feita e registada diariamente em meio hospitalar
- Considerar as queixas do doente
- Registrar a medicação e estado nutricional
- Remover as prótese quando presentes
- Iniciar o exame da cavidade oral propriamente dito

De forma a progredir nos cuidados buco-dentários e adaptá-los às necessidades de cada doente, é aconselhado o controlo da cavidade oral com a utilização de um instrumento. Este instrumento utilizado é um guia de avaliação da cavidade oral adaptado de: Silva et al., (2005).

A utilização deste é recomendada para sistematizar e homogeneizar a avaliação entre equipas e obter rapidamente um cuidado personalizado.

Este exame da cavidade oral inclui determinados parâmetros a avaliar: voz, língua, lábios, mucosas, gengiva, saliva, deglutição, dentes e próteses dentárias.

O método de medir e descrever é feito ao lado de cada item. Assim a avaliação é feita por uma pontuação; se aquando da observação o avaliador descreve o item como normal ou saudável, será atribuído um ponto, se existirem ligeiras alteração dois pontos serão atribuídas, e se existirem alterações severas com comprometimento da integridade das mucosas e/ou perda de função serão atribuídos três pontos. A pontuação final é obtida pela soma dos pontos atribuídos ao longo dos diferentes itens.

O material necessário para a examinação oral é: luvas, luz, depressor lingual e espelho (Silva et al., 2005; Ministry of health - Singapore, 2004)

2. Guia de avaliação oral:

a) Voz

Comunicar com o doente e ouvir se:

1. Voz normal
2. Voz rouca/profunda
3. Verificar se tem dificuldade em falar

b) Engolir

Pedir ao doente para deglutir e observar

1. Deglutição sem dificuldade
2. Deglutição com alguma dor
3. Incapacidade de deglutir

c) Lábios

Observar os lábios e avaliar

1. Lisos, rosados e húmidos
2. Secos ou gretados
3. Ulcerados ou sangrantes

d) Língua

Observar a língua e avaliar

1. Rosada, húmida e com papilas presentes
2. Saborrosa ou com perda de papilas, brilhante ou avermelhada
3. Empolada ou gretada

e) Saliva

Com a ajuda de uma espátula verificar

1. Líquida
2. Espessa
3. Ausente

f) Mucosa

Observar a mucosa oral e determinar:

1. Rosada e húmida
2. Avermelhada, ou esbranquiçada sem ulcerações
3. Ulcerada e/ou sangrante

g) Gengiva

Pressionar ligeiramente a mucosa com a espátula e verificar

1. Rosada
2. Com edema podendo estar avermelhada
3. Sangramento espontâneo ou quando pressionada

h) Dentes ou próteses

Observar os dentes e as próteses e verificar

1. Limpos sem resíduos
2. Placa bacteriana/tártaro e resíduos em algumas áreas
3. Placa bacteriana/tártaro e resíduos generalizados

Este guia deve ser realizado em cada doente que se encontre na unidade. Quando é aplicado um determinado cuidado ou terapêutica este guia dever ser repetido passado três dias para avaliar a eficácia. Para as restantes situações, duas avaliações por semanas são suficientes para seguir o estado oral do doente (Ministry of health – Singapore, 2004).

3. Recomendações e cuidados orais a realizar em doentes nos cuidados paliativos:

Cuidados de rotina da cavidade oral:

- A frequência de cuidados orais deve ser determinada pelo estado e conforto do doente.
- Deve ser realizada a escovagem pelo menos 2/3 vezes ao dia, de preferência após as refeições.
- Deve-se usar uma escova dentária mole e pequena com uma pasta fluoretada
- Substitua a escova dentária regularmente (3 em 3 meses).
- Utilização de uma zaragatoa individual embebida em colutório, para auxiliar a higiene oral entre as escovagens.
- Utilização de fio dentário muito suave, e não mais de uma vez por dia se médico dentista admitir – só em casos de doentes motivados e praticamente autónomos nos seus cuidados orais.
- Evitar elixir/bochecho com álcool pois pode causar dor e dano num tecido oral já frágil e também provoca secura das mucosas (Fife Palliative Care Guidelines,2009; Ministry of health - Singapore,2004).

Boca seca:

- Rever a medicação que pode contribuir para esta condição, e verificar se há possibilidade de alterar para outro fármaco com a mesma acção, mas com menos efeitos secundários.
- Bebidas frias sem açúcar regularmente ou gelo partido.
- Alguns doentes podem considerar as preparações de saliva artificial úteis, outros consideram útil chiclets sem açúcar (Wiseman, 2006; Fife Palliative Care Guidelines, 2009).

Presença de candidíase:

- Anti-fúngico tópico a menos que haja evidência de candidíase no esófago ou no caso de não cumprimento pelo doente.
- Suspensão oral de nistatina 1ml 4x / dia durante 7-14 dias deve ser administrada, com as próteses removidas e 30 minutos depois de higienizar a cavidade oral. Gel de miconazol pode ser usado, 5ml 4x/dia.
- Fluconazol 50mg diariamente durante 7-10 dias se o anti-fúngico tópico for ineficaz.
- Na presença de queilite angular usar gel tópico de miconazol 4x/dia.
- Se a infecção persistir, é necessária investigação mais detalhada, reencaminhar para Médico Dentista (Fife Palliative Care Guidelines, 2009; Wiseman, 2006).

Presença de ulceração:

- Identificar a causa da ulceração, (por ex. próteses mal adaptadas, infecção vírica).
- Considerar a referenciação para um Médico Dentista se a causa for prótese mal adaptada ou cáries.
- Bochechos de gluconato de CHX 0,2 % 2x/dia.
- Enviar esfregaço para cultura de forma a identificar a infecção, se persistente.
- Se úlceras herpéticas presentes, aplicar aciclovir 5%, tópicamente nas úlceras labiais 5x/dia. Começar o tratamento o mais rápido possível.
- Para úlceras herpéticas bucais usar suspensão de aciclovir 200mg 5x/dia durante 5 dias depois do desenvolvimento da última úlcera.
- Se a ulceração tiver mau odor, usar metronidazol 400mg 3x/dia via oral, revisões diárias são necessárias (Fife Palliative Care Guidelines, 2009).

Presença de mucosite:

- Uso de anestésicos tópicos como a Lidocaína e a dyclonine.
- Uso de suspensão de sucralfato.
- Uso de benzidamine.
- Uso de flucloxacilina 250-500mg via oral 4x/dia, revisões diárias são necessárias.
- 0,2% de morfina pode ser usada de forma tópica.
- Ensinar o doente a expectorar completamente usando soluções salinas.
- Use uma mistura de bicarbonato de sódio 4x/dia.
- Hidratante labial à base de água (Allos Therapeutics, 2010; Allos Support for assinting patients, 2009; Wiseman, 2006).
- Crioterapia ajuda no alívio da dor.
- Não recomendado: Clorhexidina, Pentoxifilina (Peterson, 2006).

→ Alimentação a escolher

- Comida ralada ou em puré para facilitar a mastigação,
- Evitar comida muito fria ou muito quente e estaladiça, preferir os alimentos à temperatura ambiente,
- Gelados e milkshakes,
- Frutos moles (ex. banana),
- Néctares de frutos,
- Ovos escalfados ou mexidos,
- Pudins e gelatinas (Allos Support for assinting patients, 2009).

→ Evitar:

- Tomate,
- Frutos e sumos de citrinos como laranja ou limão,
- Comida salgada ou apimentada,
- Vegetais crus,
- Pickles ou alimentos à base de vinagre,

- Chocolate,
- Comidas duras ou secas,
- Pipocas, nozes (Allos Support for assinting patients, 2009).

→ Estratégia para reduzir sintomas quando o doente está a comer ou beber

- Comer em pequenas porções,
- Evitar comida estaladiça,
- Seleccionar comida mole,
- Escolher comida/bebidas à temperatura ambiente,
- Beber de palhinha (Allos Therapeutics, 2010).

Boca dolorosa:

- Identificar a causa – cuidados de acordo com a condição presente.
- Considerar a referenciação para o Médico Dentista se relacionado com próteses mal adaptadas ou cáries.
- Hidrocloride de benzamina 0,15% (Diffiam) 4x/dia durante 7 dias.
- Medicação sistémica não esteróide p.ex. Diclofenac 50mg 3x/dia pode ajudar como um analgésico se não contra-indicado, ou Paracetamol 1g.
- Aspirina solúvel pode ser considerada como um bochecho para analgesia tópica se não contra-indicado (Fife Palliative Care Guidelines, 2009; Wiseman, 2006).

Doentes inconscientes:

- Higienização com auxilio de uma escova pequena e mole, utilizando pasta dentária não fluoretada (sem formar espuma).
- Quando higiene impossível usar uma zaragatoa individual embebida em colutório.
- Higienizar sempre a língua e a mucosa oral com ajuda de uma zaragatoa individual embebida em água ou colutório.
- Lubrificante à base de água para os lábios.

- Aumentar a frequência de higiene oral conforme o tolerado.
- Se candidíase presente considerar o gel de Miconazol 4x/dia via seringa/zaragatoa individual (Fife Palliative Care Guidelines, 2009).

Cuidados da prótese:

- As próteses dentárias devem ser removidas e limpas pelo menos uma vez por dia.
- Para higienizar a prótese dentária são necessárias umas luvas, uma escova unicamente para a prótese. Juntamente com uma pasta para a prótese, isto é, um sabão neutro ou uma pasta sem abrasivos (o dentífrico usual contém moléculas abrasivas que podem danificar a prótese, criando microporosidades onde as bactérias se vão se alojar).
- Passar abundantemente por água e colocar a prótese novamente. Se não for possível colocar a prótese na cavidade oral após a lavagem, deve secar a prótese e colocar numa caixa própria para evitar a proliferação micótica.
- A cavidade oral deve ser limpa para a colocação das próteses dentárias.
- A prótese dentária deve ser retirada durante a noite.
- As próteses devem ser imersas numa solução de hipoclorito, ou clorhexidina 0,2% se estas contiverem partes metálicas.
- É de referir que certos doentes sem as próteses sentem uma desvalorização da sua imagem.

Bibliografia:

- An educational Service by Allos Therapeutics. (2010). Managemant of mucosits.
- Allos Support for assinting patients. (2009). Managing Mucositis.
- Fife Palliative Care Guidelines (2009). Oral Care Guidelines for Palliative Care Patients.[Em linha]. Disponível em <http://www.fifeadtc.scot.nhs.uk/support/oral_guidelines_cancer_pall_care.pdf>. [Consultado em: 19/03/2011].
- Ministry of health, Singapore. (2004). Nursing Managemente of Oral Higiene. [Em linha]. Disponível em

http://www.hpp.moh.gov.sg/HPP/MungoBlobs/848/591/oral_hygiene_CPG_book_final.pdf . [Consultado em: 19/03/2011].

- Peterson, D.E., (2006). New Strategies for Management of Oral Mucositis in Cancer Patients. *The journal of Supportive Oncology*, 4(2), pp. 9-13.
- Programme Cantonal de soins palliative. (2008). Palliative flash - Soins palliatifs au quotidien.[Em Linha]. Disponível em <http://www.arcosvd.ch/files/arcos-palliative-flash-014.pdf>
- Silva, V. P., Desmarest, M., Trivalle, C., (2005). Importance du soin de bouche en gériologie et soins palliatifs. *Soins Gériologie*, 51, pp. 36-40.
- Wiseman, M. (2006). Treatment of oral problems in the palliative patient. *Journal of the Canadian Dental Association*, 72 (5), pp. 453-458.

Anexo 9

- Fotografias tiradas na unidade de cuidados paliativos do IPO-Porto -



Figura 1 – Zaragatoa individual de higiene oral sem dentífrico (IPO-Porto-2011)



Figura 2 – Infecção fúngica (Candidíase) (IPO-Porto-2011)



Figura 3 – Infecção fúngica (Candidíase) (IPO-Porto-2011)



Figura 4 – Infecção fúngica
(Candidíase) (IPO-Porto-



Figura 5 – Cáries dentárias
(IPO-Porto-2011)



Figura 6 – Infecção fúngica
(Candidíase) (IPO-Porto-2011)



Figura 7 – Restos necróticos, da cirurgia para remoção do tumor das glândulas salivares (IPO-Porto-2011)



Figura 8 – Restos necróticos, da cirurgia para remoção do tumor das glândulas salivares (IPO-Porto-2011)



Figura 9 – Cáries dentárias, Trismus acentuado, Infecção fúngica (Candidíase) (IPO-Porto-2011)



Figura 10 – Infecção fúngica (Candidíase) (IPO-Porto-2011)



Figura 11 - Ulceração, mucosite, (IPO-Porto-2011)



Figura 12 – Ulceração, mucosite, (IPO-Porto-2011)



Figura 13 – Ulceração, mucosite,
(IPO-Porto-2011)



Figura 14 – Ulceração, mucosite,
(IPO-Porto-2011)



Figura 15 – Infecção fúngica
(Candidíase) – Queilite angular
(IPO-Porto-2011)

Anexo 10

- Resultados complementares -

Tabela 1 – Distribuição das patologias associadas pelas neoplasias primárias presentes nestes doentes

		Patologias associadas								
		HTA	Outra Patologia cardiovascular	Alterações hematológicas	Problemas gástricos	Patologia Respiratória	Patologia Renal	Patologia endócrina	Epilepsia/Convulsões	Outras
Neoplasia primária	Mama	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Pulmão	3	1	0	1	1	1	2	2	1
	Bexiga	1	0	0	0	0	0	1	0	0
	Cabeça e pescoço	1	3	0	1	2	1	0	0	0
	Estômago	2	3	0	1	0	1	2	0	4
	Colorrectal	2	0	0	0	0	0	2	0	1
	Colo do útero	2	2	0	1	1	2	2	1	1
	SNC	1	2	0	0	0	0	1	2	2
	Fígado	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Próstata	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Outra	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	Total	12	11	1	4	5	6	11	5	10

Tabela 2 – Avaliação da quantidade de gramas de álcool ingeridas por dia

		Neoplasia de cabeça e pescoço			P
		Não	Sim	Total	
Hábitos etílicos	≤40 g/dia	17	3	20	0,339
	> 40 g/dia	6	3	9	
Total		23	6	29	

Figura 1 – Distribuição do consumo de álcool (em gramas) pelos doentes (em %)

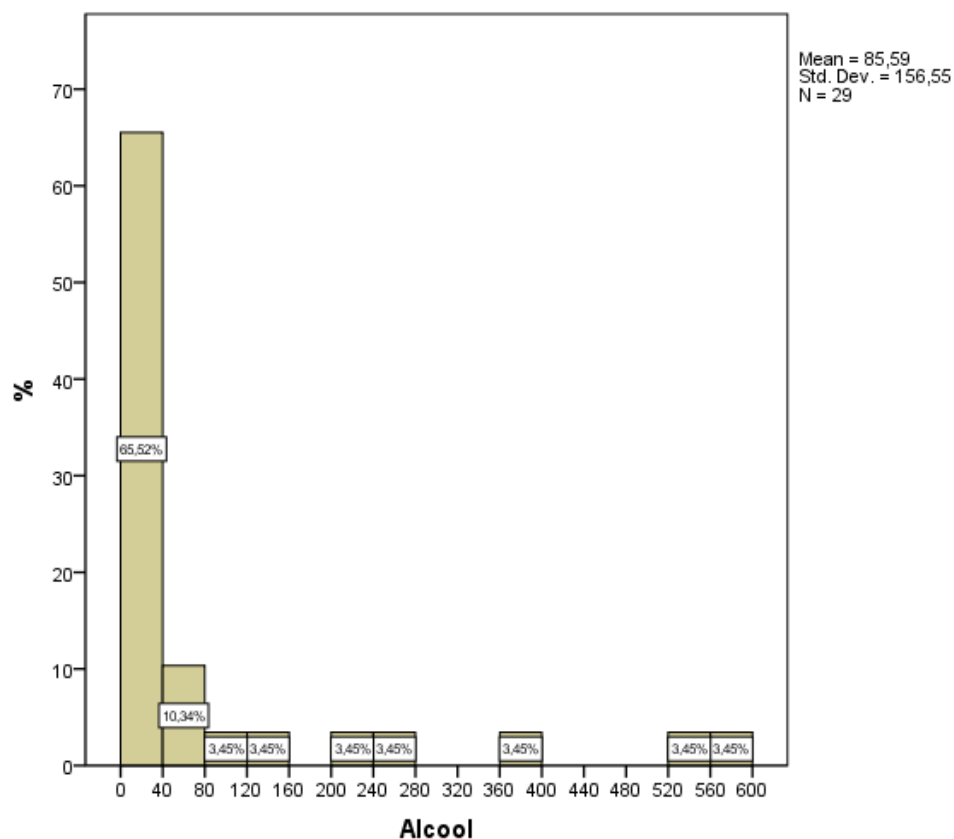


Figura 2 – Distribuição do consumo de álcool pelos doentes com neoplasia de cabeça e pescoço e sem neoplasia cabeça e pescoço.

