



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Coordenação-Geral de Saúde Bucal

NOTA TÉCNICA Nº 55/2026-CGSB/DESF/SAPS/MS

1. ASSUNTO

1.1. A Coordenação-Geral de Saúde Bucal, do Departamento de Saúde da Família, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (CGSB/Desf/Saps/MS) em conjunto com a Núcleo Nacional de Cuidados Paliativos, do Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet/Saes/MS), no uso de suas atribuições, apresenta nesta Nota Técnica encaminhamentos sobre o papel dos profissionais de saúde bucal nos Cuidados Paliativos (CP) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. INTRODUÇÃO

2.1. Os cuidados paliativos buscam aliviar o sofrimento de pessoas com doenças que ameaçam ou limitam a vida, por meio de uma abordagem integral e multiprofissional destinada tanto à pessoa cuidada quanto a sua rede de apoio (familiares, cuidadores formais ou informais).

2.2. Nesse contexto, a saúde bucal constitui componente essencial do cuidado, uma vez que a cavidade oral é frequentemente um dos primeiros locais de dor e perda de função nos pacientes em cuidados paliativos. Os sinais e sintomas bucais são frequentes e podem impactar diretamente o conforto, a alimentação, a comunicação e a qualidade de vida.

2.3. A Odontologia Paliativa deve estar orientada ao tratamento de sintomas, à prevenção de complicações e à promoção do bem-estar, integrando-se de forma articulada à equipe multiprofissional. Tal inserção contribui para a qualificação do cuidado, permitindo intervenções oportunas, proporcionais e alinhadas aos objetivos terapêuticos definidos para cada pessoa ao longo do curso da doença.

2.4. Diante dessa relevância, esta Nota Técnica tem como objetivo subsidiar e qualificar a atuação dos profissionais de saúde bucal da Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb) nos cuidados paliativos, contribuindo para a organização dos processos de trabalho e para a oferta de atenção odontológica alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e às necessidades dos usuários nessa condição.

3. O QUE SÃO CUIDADOS PALIATIVOS?

3.1. De acordo com a *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC), os cuidados paliativos consistem em "cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que encontram-se em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença severa, especialmente aquelas que estão no final da vida". Seu objetivo é melhorar a qualidade de vida dos pacientes, suas famílias e seus cuidadores.

3.2. Em consonância com essa compreensão, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) estabelece princípios que orientam a organização e a oferta dessa abordagem no SUS, reafirmando a valorização da vida e o reconhecimento da morte como um processo natural. Entre esses princípios destacam-se o respeito à autonomia, aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa, a oferta precoce e contínua dos cuidados paliativos ao longo do curso da doença, de forma integrada ao tratamento, o reconhecimento e o manejo do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social, centrado na pessoa e em sua família. Destacam-se ainda a atuação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, a comunicação ética, sensível e empática, o apoio ao luto e respeito ao planejamento antecipado, garantindo uma atenção qualificada, humanizada e alinhada aos princípios do SUS.

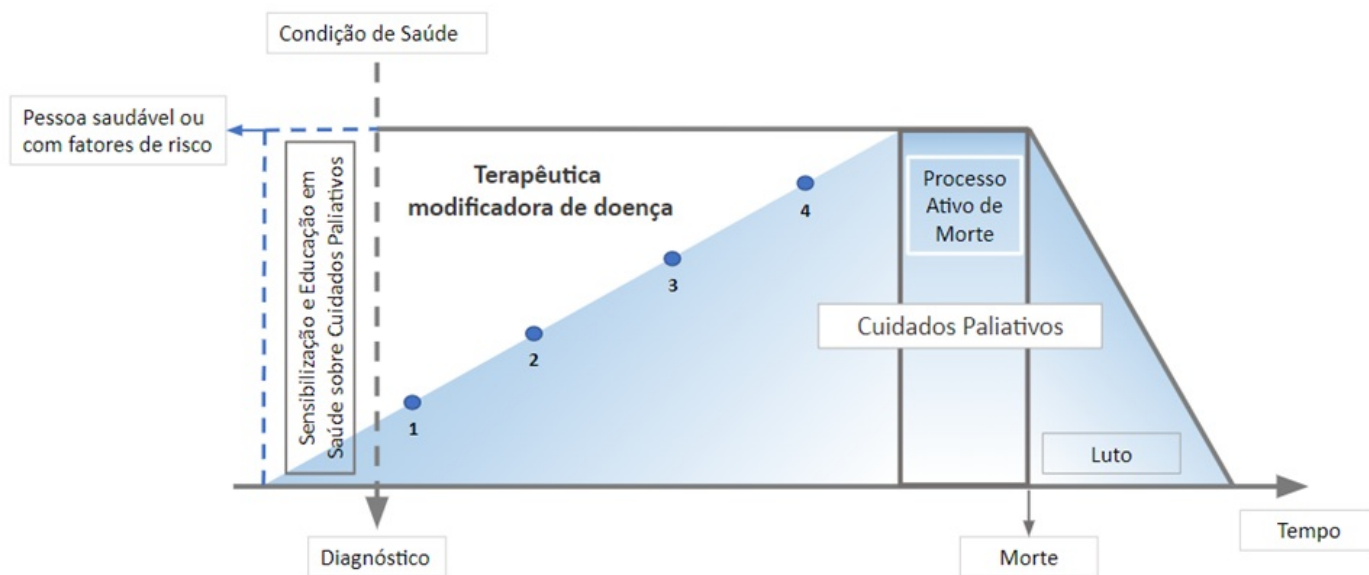
3.3. Diante desses princípios, os cuidados paliativos configuram-se como uma abordagem aplicável a todos os locais de cuidado e níveis de atenção à saúde. Não se restringem à atuação de equipes especializadas, devendo ser incorporados às práticas dos diferentes profissionais e pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme suas competências e a complexidade das necessidades identificadas. Assim, a articulação entre os níveis de atenção, por meio de fluxos pactuados, comunicação efetiva, referência e contrarreferência, é essencial para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado.

4. MODELO INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

4.1. O modelo integral de cuidados paliativos evidencia a articulação dinâmica entre as terapêuticas modificadoras da doença e a abordagem paliativa ao longo do percurso de adoecimento, podendo ser desenvolvidos de forma concomitante. À medida que a doença evolui e a efetividade dos tratamentos curativos diminui, a abordagem paliativa é progressivamente ampliada, incluindo o apoio à pessoa em cuidados paliativos e seus familiares e cuidadores, com acompanhamento também no período de luto.

4.2. Nesse sentido, a **Figura 1** evidencia a articulação dinâmica entre os cuidados paliativos e as terapêuticas modificadoras da doença em cada fase e ilustra a transição do foco e dos objetivos do cuidado ao longo do tempo.

Figura 1. Evolução da condição de saúde e a inserção progressiva dos cuidados paliativos ao longo do tempo.



Fonte: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein PlanificaSUS: Manual de Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde/Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2023.

4.3. Na fase de início de evolução da doença (**fase 1**), correspondente aos cuidados paliativos precoces, predomina a terapêutica modificadora da doença, com foco no controle ou na cura. Os Cuidados Paliativos são introduzidos de forma a contribuir para uma abordagem multiprofissional integrada desde o início do acompanhamento. Destaca-se nesta fase a importância do estabelecimento de vínculo com o paciente e a sua família e as habilidades de comunicação.

4.4. A fase seguinte, progressão da doença/cronicidade (**fase 2**), que corresponde aos cuidados paliativos complementares, é caracterizada por uma maior necessidade de ações paliativas devido à redução da eficácia das terapias modificadoras da doença e pode haver uma maior dificuldade de controle adequado dos sintomas. Destaca-se nessa fase a importância de um olhar cuidadoso para a prevenção do sofrimento além do físico, atuando no suporte psicossocial e no fortalecimento da adesão terapêutica, configurando uma coexistência mais equilibrada entre o tratamento da doença e o cuidado do sofrimento.

4.5. Com a progressão da doença, a terminalidade (**fase 3**), corresponde aos cuidados paliativos predominantes, em que se observa limitação significativa dos benefícios das terapias modificadoras de doença. Nessa fase, os CP assumem maior protagonismo, com foco no manejo de sintomas complexos, no apoio emocional e espiritual e na comunicação qualificada sobre objetivos de cuidado, incluindo discussões relativas à proporcionalidade terapêutica e ao planejamento antecipado de cuidados.

4.6. Na fase final de vida (**fase 4**), a terapêutica modificadora da doença é reduzida ou suspensa, em razão da ausência de benefícios clínicos relevantes. Os CP passam a constituir o eixo central da atenção, orientando o cuidado para o conforto, a dignidade, o alívio do sofrimento e o apoio aos familiares e cuidadores, com o objetivo de qualificar o tempo de vida remanescente, e não de prolongá-lo a qualquer custo. Dentro desta fase, ocorre o processo ativo de morte, entendido como últimos dias a últimas horas de vida. É caracterizada por um declínio fisiológico progressivo e irreversível, e diagnosticado clinicamente por meio de critérios específicos.

4.7. Esse modelo evidencia que os Cuidados Paliativos não se restringem ao final da vida, devendo ser integrados de forma precoce, contínua e progressiva ao cuidado em saúde, ampliando sua centralidade à medida que a doença evolui.

5. CUIDADOS PALIATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

5.1. A Atenção Primária à Saúde (APS), como ordenadora da RAS, desempenha papel central na identificação precoce de necessidades paliativas, no acompanhamento longitudinal de usuários e famílias e na coordenação do cuidado, articulando-se com os demais pontos da Rasb. Nesse contexto, as equipes de Saúde Bucal (compostas por cirurgião dentista, técnicos em saúde bucal e/ou auxiliar em saúde bucal) são responsáveis por ofertar cuidados preventivos, de conforto e de controle de sintomas, bem como por apoiar a tomada de decisão compartilhada, respeitando os objetivos do cuidado e a condição clínica do usuário.

5.2. Na Atenção Especializada, os CP devem orientar a adequação das intervenções odontológicas às necessidades individuais, considerando a proporcionalidade terapêutica, o risco-benefício dos procedimentos e o impacto na qualidade de vida. As ações devem priorizar o manejo de condições orais complexas, o controle da dor e de infecções oportunistas, evitando intervenções invasivas desnecessárias.

5.3. Os serviços de urgência e emergência configuram-se como espaços estratégicos para a qualificação do cuidado em saúde bucal, ao permitir intervenções rápidas e direcionadas ao alívio de sintomas. Mesmo em contexto de alta rotatividade e foco em resolução de quadros agudos, é possível reconhecer necessidades paliativas, evitando condutas desproporcionais e promovendo conforto, dignidade e cuidado centrado no paciente.

5.4. Nos serviços hospitalares e na Atenção Domiciliar (AD), a atuação dos profissionais de saúde bucal no

contexto dos Cuidados Paliativos deve estar integrada às equipes multiprofissionais, com foco no alívio do sofrimento, na prevenção de complicações bucais associadas à internação ou à progressão da doença e no apoio aos cuidadores. A AD configura-se como espaço privilegiado para a qualificação do cuidado em saúde bucal, ao permitir a compreensão ampliada da realidade do paciente e a construção de planos individualizados, especialmente em fases avançadas da doença e no processo ativo de morte. Nesse contexto, a Odontologia assume papel estratégico no alívio de sintomas, promovendo conforto, dignidade e qualidade de vida até o final da vida.

5.5. A organização dos Cuidados Paliativos na Rasb requer articulação entre os pontos de atenção, definição de fluxos assistenciais, comunicação efetiva entre os profissionais e equipes, além do compartilhamento de responsabilidades, de modo a assegurar cuidado contínuo, humanizado e centrado na pessoa, ao longo de todo o curso da doença.

6. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL

6.1. A atuação dos profissionais de saúde bucal nos Cuidados Paliativos requer adequação às diferentes realidades assistenciais e aos objetivos de cuidado estabelecidos ao longo do curso da doença.

6.2. Nesse contexto, as responsabilidades de cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal se organizam conforme o nível de atenção, o grau de complexidade do cuidado e as necessidades do paciente e de sua rede de apoio.

6.3. A seguir, apresentam-se as principais atribuições dos profissionais de saúde bucal nos cuidados paliativos, de acordo com os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

6.4. Na APS, a equipe de Saúde Bucal deverá:

- I - identificar precocemente usuários com doenças ameaçadoras da vida e necessidades de cuidados paliativos, em articulação com a equipe multiprofissional;
- II - considerar o contexto biopsicossocial, cultural e familiar no qual a pessoa está inserida, reconhecendo fatores que influenciam o adoecimento, o autocuidado, a adesão às orientações e o manejo cotidiano dos sintomas;
- III - realizar avaliação clínica da condição de saúde bucal, considerando sintomas e agravos que impactem o conforto, a alimentação, a comunicação e a qualidade de vida;
- IV - desenvolver ações de prevenção, controle e alívio de sintomas bucais, priorizando intervenções de baixo risco e alto benefício;
- V - orientar usuários, familiares e cuidadores quanto à higiene bucal, ao manejo de sintomas e aos cuidados cotidianos;
- VI - participar da elaboração, acompanhamento e reavaliação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), em consonância com os objetivos de cuidado pactuados;
- VII - realizar atendimentos domiciliares, quando indicado, de forma articulada com a Equipe de Saúde da Família (eSF), com as equipes multiprofissionais (eMulti, incluindo a modalidade eMulti vocacionada ao Programa de Atendimento Domiciliar à Pessoa Idosa [PADI Brasil]) e com os serviços de atenção domiciliar, incluindo o Programa Melhor em Casa (PMeC);
- VIII - coordenar o cuidado no território, promovendo o cuidado compartilhado e os encaminhamentos responsáveis aos demais pontos da Rasb;
- IX - realizar busca ativa para garantia da oferta oportuna e contínua do cuidado; e
- X - assegurar o registro das informações clínicas no prontuário, garantindo a continuidade da atenção e a integralidade das ações desenvolvidas.

6.5. Na atenção domiciliar (AD), os profissionais de saúde bucal deverão:

- I - realizar atendimentos domiciliares para avaliação, monitoramento e manejo de condições bucais;
- II - executar procedimentos simples voltados ao conforto e à manutenção da qualidade de vida;
- III - orientar cuidadores quanto à higiene bucal, adaptação de rotinas e identificação de sinais de alerta; e
- IV - integrar-se à equipe multiprofissional da AD, contribuindo para o plano de cuidados e para as decisões compartilhadas.

6.6. Na Atenção Ambulatorial Especializada, incluindo os Serviços Especializados em Saúde Bucal (Sesb) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), os profissionais de saúde bucal deverão:

- I - ofertar atendimento odontológico especializado aos usuários em cuidados paliativos, conforme indicação clínica;
- II - avaliar a proporcionalidade das intervenções, considerando riscos, benefícios e objetivos de cuidado;
- III - manejar condições bucais complexas, tais como infecções, dor orofacial, lesões de mucosa e complicações decorrentes da doença de base ou de seus tratamentos;
- IV - apoiar tecnicamente a APS por meio de ações de matriciamento, orientações clínicas e pactuação de fluxos assistenciais;
- V - articular-se com os demais serviços especializados e hospitalares, quando necessário; e
- VI - favorecer o acesso em tempo oportuno aos serviços especializados em saúde bucal, por meio da organização de fluxos assistenciais e priorização de usuários em cuidados paliativos, considerando a complexidade clínica, o alívio de sintomas e os objetivos de cuidado.

6.7. Na Atenção Hospitalar, os profissionais de saúde bucal deverão:

- I - realizar avaliação e acompanhamento da saúde bucal de usuários hospitalizados em cuidados paliativos;
- II - prevenir e tratar agravos bucais que possam interferir no conforto, na segurança e no estado clínico do usuário;
- III - contribuir para a prevenção de complicações sistêmicas relacionadas à saúde bucal;
- IV - atuar de forma integrada à equipe multiprofissional, alinhando as condutas aos objetivos de cuidado definidos;
- V - orientar familiares e cuidadores quanto à atenção à saúde bucal durante a internação e no planejamento da alta; e
- VI - realizar avaliação da saúde bucal em casos elegíveis no contexto dos cuidados paliativos, identificando demandas imediatas e aproveitando o período de internação para executar ações e procedimentos oportunos, com vistas à atenção odontológica especializada.

6.8. Nos serviços de urgência e emergência, os profissionais de saúde bucal deverão:

- I - atender intercorrências agudas relacionadas à saúde bucal, priorizando o alívio imediato do sofrimento;
- II - adotar condutas resolutivas, proporcionais e compatíveis com o contexto paliativo;
- III - articular o encaminhamento do usuário para os demais pontos da RAS, assegurando a continuidade do cuidado; e
- IV - favorecer o acesso em tempo oportuno aos serviços especializados em saúde bucal, por meio da organização de fluxos assistenciais e priorização de usuários em cuidados paliativos, considerando a complexidade clínica, o alívio de sintomas e os objetivos terapêuticos.

6.9. Em todos os pontos de atenção, a atuação dos profissionais de saúde bucal nos Cuidados Paliativos deve estar orientada pela escuta qualificada, pelo respeito aos valores, crenças e desejos do usuário e de sua família, e pela promoção da dignidade, do conforto e da qualidade de vida.

7. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL QUE ATUA EM CUIDADOS PALIATIVOS

7.1. A organização dos processos de trabalho dos profissionais de saúde bucal constitui elemento central para a efetividade dos cuidados paliativos no âmbito do SUS. A definição de fluxos, responsabilidades e estratégias assistenciais deve considerar a singularidade de cada pessoa em cuidados paliativos, suas necessidades clínicas, funcionais e psicossociais, bem como as características do território e a capacidade instalada dos serviços. Esse planejamento é fundamental para garantir o acesso em tempo oportuno, a definição do local mais adequado para a oferta da atenção e o acompanhamento contínuo.

7.2. A APS, que assume responsabilidade pelo acompanhamento longitudinal das pessoas em cuidados paliativos, pressupõe a qualificação e a organização dos processos de trabalho das equipes eSF, equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), equipes Multiprofissionais (eMulti) e das equipes de Saúde Bucal (eSB), de forma articulada, territorializada e centrada nas necessidades do usuário e de sua rede de apoio, não sendo necessária a criação de novas estruturas assistenciais. A busca ativa no território constitui estratégia fundamental para a identificação precoce de usuários elegíveis, sendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atores centrais nesse processo, ao reconhecer sinais de agravamento, mudanças no estado funcional e demandas de cuidado, favorecendo o acesso oportuno e a continuidade do acompanhamento. Nesse contexto, o local de cuidado deve ser definido prioritariamente a partir da condição clínica, da funcionalidade, do conforto, das preferências do usuário e da viabilidade assistencial, sendo o domicílio um espaço legítimo e, frequentemente, prioritário para o cuidado paliativo.

7.3. As visitas e atendimentos domiciliares da equipe de Saúde Bucal devem ser incorporadas de forma planejada à agenda das equipes e articuladas com a APS e com os demais pontos da rede. A discussão de casos em reuniões de equipe e em espaços de matriciamento fortalece o cuidado compartilhado e contribui para o alinhamento das condutas, a definição conjunta dos objetivos terapêuticos e da adaptação das intervenções às necessidades clínicas, sociais e culturais de cada pessoa.

7.4. As Unidades Odontológicas Móveis (UOM), por sua vez, podem desempenhar papel estratégico na ampliação do acesso à saúde bucal para pessoas em cuidados paliativos, especialmente em territórios com barreiras geográficas, limitações de mobilidade ou dificuldade de deslocamento até os serviços de saúde. Ao possibilitar a oferta de atendimento odontológico mais próximo do local de vida do usuário, as UOM contribuem para a continuidade do cuidado. Dessa forma, configuram-se como um importante dispositivo de apoio à organização da assistência à saúde de forma territorializada e centrada nas necessidades do paciente.

7.5. O processo de trabalho inicia-se pela identificação precoce das pessoas elegíveis no território, seguida da sinalização em prontuário, da inclusão no planejamento da equipe e da comunicação à equipe de Saúde Bucal em articulação com as demais equipes da Estratégia Saúde da Família, garantindo a integração e corresponsabilização entre profissionais.

7.6. O plano de cuidado, por sua vez, deve ser proporcional e alinhado aos objetivos terapêuticos pactuados com o usuário e sua família, podendo ser desenvolvido tanto na unidade de saúde quanto no domicílio, conforme a condição clínica, o grau de funcionalidade, o conforto e as preferências da pessoa em cuidado.

7.7. Na APS, a atuação da equipe de Saúde Bucal deve incluir a participação ativa em reuniões de equipe, discussões de casos e na construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular. Nesse contexto, não deve se restringir ao atendimento clínico isolado, sendo fundamental sua inserção nas discussões de caso, de modo a compreender o contexto ampliado do usuário e contribuir de forma integrada para o plano de cuidado. O compartilhamento sistemático de informações clínicas e sociais favorece a identificação precoce de necessidades e contribui para a definição conjunta de prioridades e para a articulação das ações no território.

7.8. Nos demais pontos da rede, o alinhamento multiprofissional deve ocorrer de forma articulada e matricial, envolvendo a APS, os CEO, os Sesb, os serviços hospitalares, a atenção domiciliar, as ofertas de telessaúde e as equipes de apoio em cuidados paliativos, sejam Equipes de Apoio Assistencial (EAACP) ou Equipes Macrorregionais (EMCP). Quando as necessidades do usuário excederem a capacidade resolutive da APS, os fluxos de referência e apoio devem ser acionados, garantindo cuidado compartilhado, definição adequada dos encaminhamentos e continuidade do acompanhamento, de forma complementar aos objetivos terapêuticos estabelecidos e evitando intervenções desproporcionais ou fragmentadas.

7.9. A educação permanente das equipes e dos profissionais constitui elemento estruturante do processo de trabalho, abrangendo os fundamentos dos Cuidados Paliativos, o manejo de sinais e sintomas orais prevalentes, a comunicação com usuários e familiares e a prescrição segura voltada ao alívio do sofrimento.

7.10. A equipe de Saúde Bucal deve desenvolver habilidades de comunicação sensível e adequada, participando das conversas sobre objetivos de cuidado e respeitando as decisões construídas junto ao usuário, sua família e a equipe multiprofissional. Essa abordagem favorece a compreensão do quadro clínico, contribuindo para maior segurança, confiança e participação no processo do cuidado.

8. ODONTOLOGIA PALIATIVA

8.1. A cavidade bucal está envolvida em atividades essenciais da vida diária, como a alimentação, deglutição, fala, comunicação e expressão de sentimentos. No adocimento, a região orofacial pode ser amplamente afetada, com a ocorrência de dor, infecções, alterações de fluxo salivar, lesões orais, sangramento, desadaptação protética e outras condições.

8.2. A Odontologia Paliativa tem o objetivo de atuar na prevenção, tratamento e controle dessas condições, que podem decorrer da doença de base ou de seus tratamentos, de forma direta ou indireta. Essa atuação tem como foco a melhora da qualidade de vida, por meio de ações preventivas, curativas e paliativas, de forma a qualificar o cuidado.

8.3. O planejamento deve ser individualizado e centrado na pessoa, levando em consideração múltiplos fatores: a biografia e a queixa do paciente; as percepções de familiares e cuidadores; as observações da equipe multiprofissional; a funcionalidade do paciente; o diagnóstico, comorbidades, e a evolução da doença de base; e por fim, a avaliação clínica bucal propriamente dita, complementada por exames, quando necessário.

8.4. As intervenções odontológicas devem ser proporcionais e alinhadas aos objetivos de cuidado, contribuindo para a redução do sofrimento e para a qualificação da atenção prestada à pessoa em cuidados paliativos. Deve considerar as alterações bucais que variam de acordo com a patologia de base e a história natural da doença.

8.5. O manejo não farmacológico constitui componente essencial do cuidado, devendo ser integrado às estratégias terapêuticas com foco no alívio do sofrimento e na promoção do conforto. Inclui intervenções como a higiene oral assistida, o controle de biofilme, a hidratação e lubrificação das mucosas, a adaptação de rotinas de cuidado, o ajuste de próteses e a orientação a cuidadores. Tais abordagens devem ser individualizadas, considerando a condição clínica, a funcionalidade, as preferências da pessoa e o contexto de cuidado, podendo, em muitos casos, ser suficientes ou preferíveis às intervenções farmacológicas.

8.6. No manejo farmacológico, especialmente no controle da dor orofacial, da sialorreia ou xerostomia e no tratamento de infecções e inflamações da mucosa oral, o cirurgião-dentista atua, no âmbito de suas competências profissionais, como prescritor de medicamentos sistêmicos e tópicos, em articulação com a equipe multiprofissional e em consonância com os objetivos de cuidado.

8.7. As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) podem ser incorporadas pelos profissionais de saúde bucal como estratégias de apoio aos pacientes em cuidados paliativos, contribuindo para o alívio do sofrimento, a promoção do conforto e a melhoria da qualidade de vida. Essas abordagens terapêuticas valorizam a escuta qualificada, o vínculo e o cuidado ampliado, considerando as dimensões física, emocional, social e espiritual da pessoa.

8.8. Nos Cuidados Paliativos, a higiene oral deve priorizar o conforto e o bem-estar, sendo adaptada à condição clínica, à funcionalidade e às preferências do usuário. Pode ser realizada pelo próprio paciente, familiares ou cuidadores, com orientação da equipe de Saúde Bucal. Nesse contexto, o cuidado com o cuidador é essencial, incluindo orientações sobre higiene oral, manejo de próteses e identificação de sinais de agravamento, de forma empática e sem culpabilização.

8.9. No fim de vida, a higiene oral, a umidificação da cavidade bucal e os cuidados com mucosas, língua e lábios configuram-se como medidas prioritárias para a prevenção de sofrimento evitável, a redução da xerostomia, o controle de odores e a minimização do risco de infecções. As intervenções odontológicas devem ser orientadas pelo princípio da proporcionalidade terapêutica, com foco no alívio de sintomas e na melhora da qualidade de vida, de forma a evitar procedimentos invasivos que não agreguem benefício clínico significativo. Nesse contexto, cabe aos profissionais de saúde bucal orientar e apoiar os pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores quanto ao manejo odontológico e à realização da higiene oral, de forma clara, individualizada e alinhada às necessidades de cuidado.

8.10. Com o objetivo de sistematizar as principais orientações relacionadas à higiene oral no contexto dos cuidados paliativos, apresenta-se, a seguir, um quadro-resumo que reúne informações essenciais sobre o que cuidar, como realizar os cuidados, quem pode executá-los e observações relevantes para a prática assistencial. O **Quadro 2** busca apoiar a atuação dos profissionais e equipes de Saúde Bucal, bem como orientar familiares e cuidadores, de forma simples, segura e compatível com as condições clínicas e o contexto de cuidado da pessoa em acompanhamento paliativo.

Quadro 2: Manejo Básico das Condições Bucais em Pacientes em Cuidados Paliativos.

O QUE CUIDAR	COMO REALIZAR	QUEM PODE REALIZAR	OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
Higiene dos dentes	Escovação suave com escova de cerdas macias ou extramacia, de cabeça pequena, principalmente em usuários com limitação de abertura; no mínimo duas vezes ao dia; uso mínimo de dentifrício fluoretado quando houver capacidade de cuspir.	Usuário, cuidador ou equipe.	Evitar escovação vigorosa; priorizar conforto.
Higiene bucal de paciente desdentado	Uso de gaze embebida em soro fisiológico ou colutório não alcoólico.	Usuário, cuidador ou equipe.	Abrir toda a gaze, enrolá-la no dedo e então, embeber em soro fisiológico ou no colutório não alcoólico.
Higiene da mucosa oral	Limpeza com gaze ou compressa umedecida em água filtrada ou soro fisiológico.	Usuário, cuidador ou equipe.	Indicado quando não há condições para escovação.
Higiene da língua	Limpeza delicada com gaze, raspadores de língua ou escova macia, se tolerado.	Usuário, cuidador ou equipe.	Suspender se causar náusea ou desconforto.
Controle da boca seca (xerostomia)	Umidificação frequente da boca; saliva artificial; hidratação labial	Usuário, cuidador ou equipe.	Evitar produtos alcoólicos ou irritantes.
Cuidados com próteses dentárias	Remover diariamente; higienizar com escova própria e água corrente.	Usuário ou cuidador.	Avaliar suspensão do uso se houver dor ou lesão.
Prevenção de lesões e infecções	Observação regular da cavidade oral.	Usuário, cuidador ou equipe.	Lesões, sangramentos e dor devem ser comunicados
Manejo de dor e desconforto oral	Avaliação odontológica e medidas de alívio sintomático.	Equipe de Saúde Bucal	Priorizar intervenções simples e proporcionais.
Educação do cuidador/família	Orientações práticas e demonstrativas	Equipe de Saúde Bucal	Adequar às condições do domicílio e do paciente.

Fonte: Elaboração própria - Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/Desf/Saps/MS).

9. ALIMENTAÇÃO, AFETO E MEMÓRIA AFETIVA

9.1. Nos cuidados paliativos, a alimentação ultrapassa sua função estritamente nutricional e assume um papel simbólico, afetivo e relacional, profundamente vinculado à identidade, à história de vida e às memórias afetivas da pessoa acompanhada. O ato de comer envolve lembranças, vínculos familiares, práticas culturais e experiências de prazer, conforto e pertencimento, dimensões que se tornam ainda mais relevantes diante do adoecimento avançado.

9.2. A atuação do cirurgião-dentista deve respeitar os desejos, limites e valores da pessoa em cuidados paliativos, alinhando-se às decisões compartilhadas com a equipe multiprofissional, o usuário e seus familiares, incluindo a participação na construção e na revisão dos planejamentos antecipados de cuidados.

9.3. Nas fases avançadas da doença e no fim da vida, é comum ocorrer redução do apetite, da sede e da ingestão alimentar e hídrica, em decorrência da evolução clínica, do aumento da fragilidade ou da proximidade da morte. Nessas situações, devem ser respeitados os desejos, valores, limites e preferências da pessoa acompanhada, evitando intervenções desproporcionais e priorizando conforto, alívio de sintomas e qualidade de vida, à luz dos princípios bioéticos e do cuidado centrado na pessoa.

9.4. Para além do cuidado clínico, cabe aos profissionais de saúde bucal reconhecer e valorizar a dimensão afetiva da alimentação, dialogando com familiares e cuidadores sobre preferências, itens de valor simbólico e estratégias que favoreçam experiências positivas, mesmo em pequenas quantidades ou com consistências adaptadas. Esse olhar ampliado contribui para que o momento da refeição permaneça como espaço de encontro, afeto e memória.

9.5. Dessa forma, ao integrar o cuidado oral ao plano terapêutico paliativo, os profissionais de saúde bucal reafirmam seu compromisso com o cuidado integral, humanizado e centrado na pessoa, reconhecendo a saúde bucal como elemento indissociável da qualidade de vida, da expressão do afeto e da preservação da memória afetiva até o fim da vida.

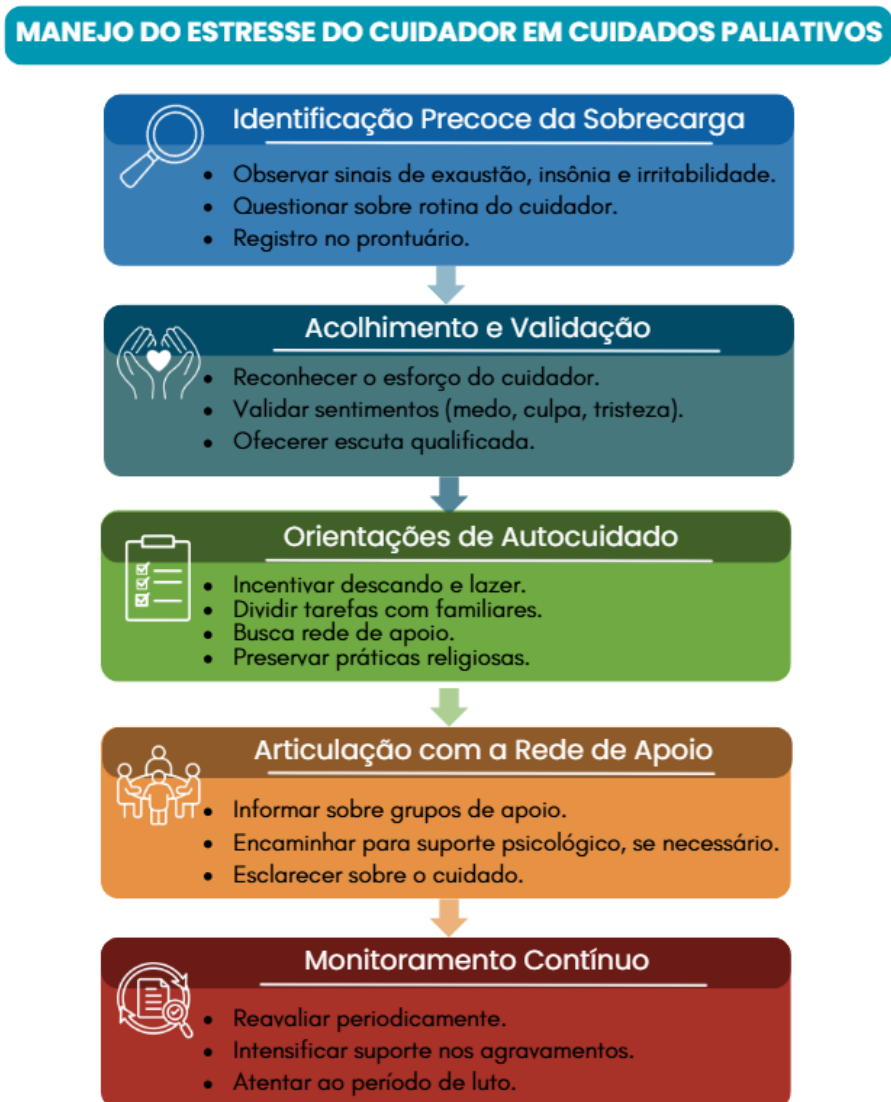
10. CUIDADOS COM O CUIDADOR

10.1. O cuidado paliativo reconhece o cuidador (familiar ou não) como parte integrante do processo assistencial, considerando que o adoecimento avançado repercute de forma significativa sobre aqueles que assumem o suporte cotidiano à pessoa acompanhada. A sobrecarga física, emocional e psicológica é frequente e pode comprometer tanto a saúde do cuidador quanto sua capacidade de cuidado e a qualidade da assistência prestada.

10.2. Nesse contexto, cabe aos profissionais de saúde adotar estratégias voltadas à identificação precoce de sinais de exaustão, sofrimento emocional, insegurança e sobrecarga do cuidador, promovendo escuta qualificada, acolhimento e orientação contínua. Informações claras e adequadas sobre a evolução da doença, o manejo de sintomas, as rotinas de cuidado e os limites do tratamento auxiliam na compreensão e no enfrentamento das demandas emocionais. Também é importante estimular o autocuidado e a organização de redes de apoio, com compartilhamento de responsabilidades sempre que possível.

10.3. Apresenta-se, a seguir, fluxograma orientador (**Figura 2**) destinado a subsidiar a identificação precoce de sinais de estresse, o acolhimento qualificado, a oferta de orientações práticas de autocuidado, a articulação com a rede de apoio e o monitoramento contínuo da condição do cuidador. O instrumento tem caráter orientador e visa apoiar a organização do processo de trabalho das equipes, promovendo cuidado integral, compartilhado e humanizado.

Figura 2. Manejo do estresse do cuidador em cuidados paliativos



Fonte: Coordenação-Geral de Saúde Bucal, Ministério da Saúde. Adaptado de D’ALESSANDRO, M. P. S. (ed.) *et al.* Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

10.4. No âmbito da saúde bucal, a assistência ao cuidado envolve orientações objetivas sobre realização da higiene oral, o manejo de próteses e a identificação de sinais de desconforto ou agravamento. Essas orientações devem ser conduzidas de forma empática e respeitosa, considerando as limitações e desafios do cuidado domiciliar e evitando culpabilização.

10.5. Dessa forma, o apoio ao cuidador deve ser incorporado ao plano terapêutico de forma sistemática e humanizada, reconhecendo que oferecer suporte a quem acompanha o paciente é fundamental para a sustentabilidade da assistência e para a preservação da dignidade de todos os envolvidos, em consonância com os princípios dos cuidados paliativos e do SUS.

11. CONCLUSÃO

11.1. O conteúdo desta Nota Técnica apresenta orientações para a atuação das equipes de Saúde Bucal nos cuidados paliativos, com ênfase no conforto, na dignidade, na autonomia e na integralidade da assistência prestada ao usuário e ao cuidador, em consonância com os princípios da Política Nacional de Saúde Bucal e da Política Nacional de Cuidados Paliativos.

11.2. Espera-se que esta Nota Técnica auxilie os profissionais de saúde bucal na organização do processo de trabalho, na tomada de decisão clínica e no desenvolvimento de práticas alinhadas aos cuidados paliativos, de forma integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde e da Rede de Atenção à Saúde.

11.3. Ademais, reforça-se a importância da adaptação das ações às necessidades, valores e contextos dos usuários, famílias e territórios, contribuindo para o fortalecimento do cuidado integral, humanizado e centrado na pessoa no âmbito do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10.181, de 26 de janeiro de 2026. Altera o Anexo XLIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 para atualizar conceitos e regras da Política Nacional de Cuidados Paliativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.
- CARVALHO, R. T.; CASSIS, A. T. Cuidados paliativos: conceitos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; CASSIS, A. T. (org.). Manual da residência de cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Manole, 2022.
- CHEN, X.; KLISTER, C. E. Oral health care for older adults with serious illness: when and how? Journal of the American Geriatrics Society, v. 63, n. 2, p. 375–378, 2015.
- D'ALESSANDRO, M. P. S. (ed.) et al. Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.
- ETTINGER, R. L. The role of the dentist in geriatric palliative care. Journal of the American Geriatrics Society, v. 60, n. 2, p. 367–368, 2012.
- HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 9, p. 2577–2588, 2013.
- HILÁRIO, A. P.; AUGUSTO, F. R. Feeding the family at the end-of-life: an ethnographic study. Health & Social Care in the Community, v. 29, n. 6, p. e232–e239, 2021.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE (IAHPC). Consensus-Based Definition of Palliative Care. Houston: IAHPC, 2018.
- JALES, S. M. C. P. Avaliação da efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos... 2011. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- JALES, S. M.; VILAS BOAS, P. D. Avaliação orofacial e tratamento odontológico. In: CARVALHO, R. T.; CASSIS, A. T. (org.). Manual da residência de cuidados paliativos. São Paulo: Manole, 2022.
- JALES, S. M. C. P.; VILAS BOAS, P. D. Cuidados com a cavidade oral. In: CASTILHO, R. K. et al. (org.). Tratado de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Atheneu, 2026.
- LACEY, L. Management of the actively dying patient. In: CHERNY, N. et al. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2015.
- MURRAY, S. A.; KENDALL, M.; BOYD, K.; SHEIKH, A. Illness trajectories and palliative care. BMJ, v. 330, p. 1007–1011, 2005.
- VENKATASALU, M. R. et al. Oral health problems among palliative patients. BMC Oral Health, v. 20, n. 79, 2020.
- WISEMAN, M. A. Palliative care dentistry. Gerodontology, v. 17, n. 1, p. 49–51, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Palliative Care. Geneva: WHO, 2002. Updated 2018.



Documento assinado eletronicamente por **Edson Hilan Gomes de Lucena, Coordenador(a)-Geral de Saúde Bucal**, em 12/05/2026, às 10:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Eudes Barroso Vieira, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 12/05/2026, às 12:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Arthur Lobato Barreto Mello, Diretor(a) do Departamento de Atenção Especializada e Temática**, em 12/05/2026, às 19:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Arthur Fernandes da Silva, Diretor(a) de Programa**, em 12/05/2026, às 20:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0055269181** e o código CRC **FE646493**.

