



**MONOGRAFIA DE INVESTIGAÇÃO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**Caracterização dos hábitos relacionados com a saúde
oral em pacientes submetidos a quimioterapia e/ou
radioterapia.**

Inês Catarina Alves Inocência

Porto, 2019

MONOGRAFIA DE INVESTIGAÇÃO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**Caracterização dos hábitos relacionados com a saúde
oral em pacientes submetidos a quimioterapia e/ou
radioterapia.**

Autor(a): Inês Catarina Alves Inocêncio

Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina
Dentária da Universidade do Porto

Nº Estudante: 201402921

E-mail: up201402921@fmd.up.pt

A Orientadora: Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Professora auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

E-mail: mpereira@fmd.up.pt

Porto, 2019

À memória do meu irmão, Tiago.

Agradecimentos

Aos meus pais, Maria Alda e Gilberto, pelo exemplo de força de superação que são. Por todos os sacrifícios ao longo de cinco anos. Esta vitória também é vossa. Que todas as lágrimas sejam de alegria a partir de agora.

Ao meu irmão, Vasco, que nunca me deixou desistir quando a vida não estava fácil e sempre acompanhou o meu percurso académico com orgulho. É um grande exemplo para mim.

À minha restante família, especialmente aos meus tios, ao meu afilhado e à minha avó, pelo apoio incondicional a todos os níveis.

A ti, João Pedro, obrigada por seres um exemplo de humildade e perseverança. Contigo tudo pareceu mais fácil quando as nuvens eram bem cinzentas.

A todos aqueles que nesta cidade me acolheram, em especial à família Barreiros e Bragança, pelo carinho e amizade que sempre tiveram comigo.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria de Lurdes Lobo Pereira, por todo o apoio, por toda a ajuda, pela paciência e dedicação a este trabalho. Obrigada por me ouvir e me dar força para continuar.

Ao Dr. Jorge Guimarães, médico coordenador da Clínica de Cabeça e Pescoço do Instituto Português de Oncologia do Porto, por aceitar fazer parte desta investigação e ser o meu elo de ligação a esta instituição.

À Dr.^a Isabel Reis e ao Dr. André Soares, pela disponibilidade, ajuda, ensinamentos, amabilidade e colaboração neste projeto. Ao Dr. André Laranja pela sua simpatia.

Ao Instituto Português de Oncologia do Porto e a todos os doentes da Clínica de Cabeça e Pescoço, os meus sinceros agradecimentos! Abriram-me as vossas portas e acolheram-me naquela que é a vossa casa durante um período crítico da vossa vida.

Ao meu amigo João Rodrigues, por nunca me deixar cair e ter sempre as palavras certas na hora certa.

Ao casal amigo, Augusta e Jorge Morgado pelo carinho demonstrado para comigo ao longo deste percurso académico.

À minha binómia e amiga, Ana Freitas Costa, pela amizade sincera, paciência, apreço e momentos partilhados que serão inesquecíveis.

Por fim, a todos os meus amigos que me acompanharam ao longo destes anos, por todas as gargalhadas, carinho e entreaajuda. Crescemos juntos!

Índice

Resumo	VII
Abstract	VIII
Introdução	1
Objetivos	3
Materiais e Métodos	4
Tipologia do Estudo	4
Seleção da Amostra	4
Registo de Dados	4
Tratamento Estatístico dos Dados.....	5
Considerações Éticas	5
Resultados	6
Discussão	16
Considerações finais	20
Referências Bibliográficas	21
Anexos.....	26
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética do IPO do Porto	27
Anexo 2 – Parecer da Comissão Científica da FMDUP	28
Anexo 3 – Decisão Reitoral da Universidade do Porto	29
Anexo 4 – Decisão da Unidade de Proteção de Dados da Universidade do Porto	30
Anexo 5 – Explicação do estudo.....	32
Anexo 6 – Consentimento Informado.....	33
Anexo 7 – Questionário	35
Anexo 8 – Declaração de Autoria.....	43
Anexo 9 – Parecer do Orientador	44

Índice de Tabelas

Tabela I - Perfil sociodemográfico dos pacientes oncológicos.	7
Tabela II - Caracterização dos hábitos de higiene oral dos participantes antes e depois da doença.	8
Tabela III - Caracterização dos hábitos relacionados com a saúde oral.	10
Tabela IV – Autopercepção de saúde oral dos participantes antes e depois do diagnóstico da doença.	11
Tabela V - Autopercepção de saúde oral dos participantes depois do diagnóstico da doença.	12
Tabela VI - Caracterização dos cuidados de saúde oral após o diagnóstico da doença.	14

Lista de Abreviaturas

FMDUP – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

IPO – Instituto Português de Oncologia

CCP – Cancro da cabeça e pescoço

HPV – Vírus do Papiloma Humano

ORN – Osteorradiationecrose

Resumo

Introdução: Os tumores da cabeça e pescoço são o sexto tipo de cancro mais comum, apresentando uma das piores taxas de sobrevivência. O tratamento é multidisciplinar. O diagnóstico e cuidados de saúde oral fazem parte do mesmo.

Objetivos: Avaliar os hábitos relacionados com a saúde oral em pacientes com patologia da cabeça e pescoço, submetidos a tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia e a importância que estes atribuem à saúde oral.

Materiais e métodos: Neste estudo transversal, aplicou-se um questionário, por entrevista, a uma população adulta de 82 pacientes da Clínica de Cabeça e Pescoço do Instituto Português de Oncologia do Porto a realizar quimioterapia e/ou radioterapia. As questões incluíam o perfil sociodemográfico, estado de tratamento, hábitos de higiene oral, hábitos relacionados com a higiene oral, alterações na cavidade oral e autoperceção de saúde oral antes e depois do diagnóstico.

Resultados: A média de idades dos participantes foi de 61,99 anos e a maioria era do sexo masculino. Relativamente aos hábitos de saúde oral, não se verificou um aumento significativo da frequência de escovagem. Quanto aos meios auxiliares de higiene oral, observou-se um aumento estatisticamente significativo da utilização de elixires e/ou colutórios. A escovagem das gengivas aumentou significativamente (37,8% versus 48,8%). Dos participantes, 59,8% eram ex-fumadores, 15,9% fumadores e 51,6% deixou de fumar devido à doença. A maioria consumia álcool antes da doença, tendo 75,6% dos doentes alterado esse consumo. Na autoperceção da higiene oral, observa-se um aumento estatisticamente significativo, na classificação como “Excelente/Boa” após o diagnóstico. Xerostomia, disfagia e *trismus* foram as alterações mais sentidas. O oncologista é quem mais informa sobre saúde oral.

Conclusão: O Médico Dentista deve educar para a saúde oral, enfatizando a importância da manutenção da cavidade oral durante a doença, aconselhando estratégias que diminuam os efeitos adversos dos tratamentos e melhorem a qualidade de vida.

Palavras-chave: “Cancro da cabeça e pescoço”, “Hábitos de higiene oral”, “Cuidados de saúde oral”, “Manutenção da cavidade oral”, “Prevenção de saúde oral”, “Necessidade de cuidados de saúde oral”, “Comportamentos de saúde oral”, “Paciente com cancro cabeça e pescoço”, “Flúor” e “Nutrição”.

Abstract

Background: Head and neck tumors are the sixth most common type of cancer, with one of the worst survival rates. The treatment is multidisciplinary. Diagnosis and oral health care are part of it.

Aim: To evaluate the habits related to oral health in patients with head and neck cancer who undergo chemotherapy and/or radiotherapy and the importance that they attribute to oral health.

Materials and methods: This cross-sectional study was prepared by applying a questionnaire, by interview, to an adult population of 82 participants with head and neck cancer of the Portuguese Institute Of Oncology from Oporto. The 52 questions included the sociodemographic profile, treatment status, oral hygiene habits, habits related to oral hygiene, alterations in the oral cavity due to the treatment and self perception of oral health before and after de diagnosis of cancer.

Results: The mean age of the participants was 61,99 years and the majority were male. Regarding oral health habits, there was no significant increase in of the frequency of brushing. Regarding the complementary dental hygiene techniques, a statistically significant increase in the use of elixirs and/or mouthwashes was observed. Brushing of the gums increased significantly (37,8% versus 48,8%). Of the participants, 59,8% were former smokers, 15,9% smokers and 51,6% quit because of the cancer. The majority consumed alcohol before the disease, with 75,6% of patients altering this consumption. Concerning the self perception of oral hygiene, a statistically significant increase was observed in the classification as "Excellent/Good" after diagnosis. Xerostomia, dysphagia and trismus were the most felt alterations. The oncologist is the one who most informs about oral health.

Conclusion: The Dentist should educate for oral health, emphasizing the importance of maintenance the oral cavity during the illness, advising strategies that reduce the adverse effects of treatments and improve the quality of life.

Keywords: “Head and neck cancer”, “Oral hygiene habits”, “Oral health care”, “Maintenance of oral cavity”, “Oral health prevention”, “Oral health needs”, “Oral health behaviours”, “Head and neck cancer patient”, “Fluoride” and “Nutrition”.

Introdução

Os tumores da cabeça e pescoço agregam um grupo heterogêneo de neoplasias, com origem nas mucosas de revestimento e estruturas das vias aerodigestivas superiores.⁽¹⁾ Englobam tumores localizados no lábio, cavidade oral, faringe, hipofaringe, laringe, nariz e seios peri-nasais, nasofaringe, glândulas salivares, tireoide e paratiroides. O tipo histológico mais frequente é o carcinoma epidermoide, que surge em mais de 90% dos casos.⁽¹⁾

Estes tumores, são o sexto tipo de cancro mais comum e um dos que apresenta pior taxa de sobrevivência. Anualmente, são diagnosticados à escala mundial cerca de 550 mil novos casos.^(1, 2) O cancro oral é o cancro da cabeça e pescoço (CCP) mais comum em todo o mundo, com aproximadamente 263 000 novos casos a cada ano⁽³⁾, apresentando na Europa Ocidental uma taxa de mortalidade padronizada de 13:100 000 para ambos os sexos, sendo maior no sexo masculino.⁽⁴⁾

Em Portugal, de acordo com os últimos dados da Direção Geral da Saúde (DGS, 2015), a incidência do cancro da cabeça e pescoço foi de 52 novos casos por 100 000 na população masculina por ano e de 8 novos casos por 100.000 na população feminina, com taxas de mortalidade de 20/100 000 e 3/100 000 dos casos respetivamente. Anualmente, há cerca de 3000 novos casos da doença em Portugal.⁽⁵⁾

Dentro dos fatores de risco associados aos tumores da cabeça e pescoço, encontram-se hábitos tabágicos, hábitos de consumo de álcool, vírus do papiloma humano (HPV), presença de infeções orais crónicas, fatores socioeconómicos e hábitos alimentares (dieta).^(1-4, 6, 7) Além destes fatores, existem fatores de risco independentes, tais como: má higiene oral, más condições de saúde oral, cuidados dentários e periodontite.^(4, 8-11) Tem sido investigada a associação entre a saúde oral e os cancros da cabeça e pescoço, utilizando vários indicadores de saúde oral e de cuidados dentários, como a escovagem dentária, visitas regulares ao médico dentista, uso de colutórios/elixires, uso de meios auxiliares de higiene oral, uso de dispositivos protéticos, dentes ausentes ou fraturados e hemorragia pós sondagem.^(6-8, 10, 12) Apesar dos estudos sugerirem que, maus hábitos de saúde oral e a condição oral podem contribuir para o aparecimento ou recidiva de cancros da cabeça e pescoço, os resultados entre os mesmos ainda não são congruentes, considerando estes fatores de risco como independentes dos outros fatores de risco conhecidos.^(6, 8, 13, 14)

O tratamento das patologias oncológicas depende da localização do tumor, do tamanho, da histologia e da condição clínica de cada paciente.^(15, 16) Os cânceros da cabeça e pescoço são muitas vezes tratados com radioterapia,^(17, 18) cirurgia, quimioterapia ou a combinação destas abordagens.⁽¹⁵⁾ Estas modalidades terapêuticas estão associadas a elevada morbilidade, muitas vezes influenciando marcadamente o aspeto físico dos doentes.⁽¹⁾ Tanto a doença como os tratamentos podem levar a vários graus de mutilação, incapacidades funcionais e desfiguração facial.⁽¹⁹⁾

A grande maioria dos cânceros da cabeça e pescoço, pelo seu tratamento, produzem alterações ao nível da cavidade oral, que podem ter repercussões em funções básicas como a fonação, respiração, mastigação, deglutição, paladar e salivação.^(1, 3, 20) Durante os tratamentos, é comum os pacientes referirem dor, boca seca, saliva espessa, perda de apetite, diarreia, boca em ferida, sangramento gengival, náuseas, vômitos, olfato e paladar alterados, dificuldades em engolir e falta de energia.⁽²¹⁻²⁴⁾

As principais complicações causadas pelas terapias anti-tumorais são: mucosite, radiodermatite, lesões vasculares, atrofia dos tecidos, disgeusia, fibrose muscular e tecidual, edema das mucosas, lesão dos tecidos moles, diminuição do fluxo salivar, infeções oportunistas, cáries de radiação e osteorradionecrose.^(2, 3, 15, 16, 18, 23, 25)

O tratamento dos cânceros da cabeça e pescoço é multidisciplinar, pelo que o diagnóstico e os cuidados de saúde oral fazem parte do mesmo.⁽²⁵⁾ A avaliação oral nestes pacientes é muito importante, na medida em que muitos podem possuir patologias orais, bem como hábitos relacionados com a saúde oral inadequados que podem influenciar o decurso e/ou prognóstico da doença.⁽²⁶⁾

No que concerne aos efeitos adversos das terapias oncológicas, a prevenção é a chave. É necessário elaborar um plano de tratamento abrangente para pacientes submetidos a terapia oncológica, de modo a minimizar o risco dos mesmos a complicações orais e dentárias. A maioria das complicações orais associadas à radiação são inevitáveis. No entanto, algumas são passivas de prevenção, como a osteorradionecrose.^(18, 27)

A manutenção das condições orais nestes pacientes deve ser efetuada antes, durante e após o tratamento oncológico, com o objetivo de reduzir os efeitos colaterais destas terapias e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com cancro da cabeça e pescoço.^(24, 25, 27, 28)

Objetivos

O objetivo deste estudo foi avaliar os hábitos relacionados com a saúde oral em pacientes com patologia da cabeça e pescoço, submetidos a tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia, seguidos no Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO Porto).

Adicionalmente caracterizou-se a perceção da importância que cada paciente atribui aos hábitos relacionados com a saúde oral nesta fase da sua vida, se a sua preocupação com a cavidade oral se alterou depois do diagnóstico de doença oncológica e os conhecimentos sobre a necessidade de monitorização e controlo da saúde oral durante o tratamento oncológico.

Materiais e Métodos

Tipologia do Estudo

Este estudo, do tipo transversal, foi elaborado através da aplicação de um questionário, por entrevista, a uma população adulta de pacientes da Clínica de Cabeça e Pescoço do Instituto Português de Oncologia do Porto a realizar quimioterapia e/ou radioterapia.

Seleção da Amostra

Neste estudo, foram convidados a participar todos os pacientes com diagnóstico de patologia oncológica da cabeça e pescoço, em fase final do tratamento oncológico (quimioterapia e/ou radioterapia), bem como pacientes em cuidados paliativos (pacientes de controlo, pós tratamento oncológico).

A amostra foi recolhida entre os meses de Fevereiro e Abril de 2019, no serviço de Radioterapia do Instituto Português de Oncologia do Porto.

Como critério de exclusão considerou-se pacientes em fase de planeamento do tratamento e em início de tratamento (menos de 2 semanas de tratamento).

Foram convidados a participar 91 doentes, tendo recusado 7 doentes e 2, embora tenham aceitado, não tiveram oportunidade de responder. A amostra contou com um total de 82 indivíduos, com uma taxa de participação no estudo de 90,11%.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do IPO-Porto (Anexo 1), Comissão Científica da FMDUP (Anexo 2), Reitoria da Universidade do Porto (Anexo 3) e Unidade da Proteção de Dados da Universidade do Porto (Anexo 4). Aos participantes foi fornecida uma explicação do estudo por escrito (Anexo 5) e ainda solicitado um consentimento informado assinado (Anexo 6).

Registo de Dados

O questionário (Anexo 7) aplicado aos pacientes era composto por 56 questões.

As primeiras cinco questões eram referentes aos dados sociodemográficos do paciente, incluindo a idade, o sexo, a escolaridade, o estado civil e a profissão. As restantes questões referem-se ao tipo de tratamento que está a realizar (radioterapia e/ou quimioterapia), hábitos de saúde oral (frequência de visitas ao médico dentista, frequência de escovagem dentária, meios auxiliares de higiene oral, zonas higienizadas, perceção da

higiene oral, cuidados com a escova dentária), presença e tipo de dispositivos protéticos, hábitos tabágicos (consumo diário de cigarros, alteração dos hábitos após o diagnóstico, número de anos que deixou de fumar), hábitos de consumo de álcool (momentos do consumo e alteração dos hábitos após diagnóstico), hábitos nutricionais (aumento do número de refeições, abstenção do consumo de algum alimento, frequência do consumo de alimentos com potencial cariogénico antes e depois do diagnóstico), alterações na cavidade oral após o início do tratamento (gengivas, dentes e mucosas) e sintomas associados ao tratamento (boca seca, aftas, sangramento gengival, dificuldades na deglutição e mastigação, *trismus*). Além disto, é questionado sobre se recebeu conselhos e ensinamentos de higiene oral, quanto valoriza esses ensinamentos e se tem confiança para questionar o médico ou enfermeiro sobre problemas de saúde oral.

Tratamento Estatístico dos Dados

A análise dos dados foi realizada utilizando o programa estatístico IBM SPSS Statistics 25® (Statistical Package for Social Science).

As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas. As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e o desvio-padrão. Foi usado o teste de McNemar e McNemar-Bowker, para comparação das perceções e hábitos de saúde oral antes e depois do diagnóstico da patologia oncológica. Usou-se um nível de significância de 0,05.

Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do IPO-Porto (Anexo 1), Comissão Científica da FMDUP (Anexo 2), Reitoria da Universidade do Porto (Anexo 3) e Unidade de Proteção de Dados da Universidade do Porto (Anexo 4). Aos participantes foi dada uma explicação do estudo por escrito (Anexo 5) e ainda solicitado um consentimento informado assinado (Anexo 6).

Os dados foram coletados através de um questionário anónimo, voluntário e confidencial. Todos os participantes tiveram tempo disponível para refletir e liberdade para decidir, se aceitavam ou não participar no estudo.

Resultados

O estudo foi realizado no serviço de Radioterapia do Instituto Português de Oncologia do Porto, incluindo um total de 82 participantes, com média de idade de 61,99 anos ($\sigma = 9,17$ anos) com patologia oncológica da cabeça e pescoço. Dos participantes, 66 encontravam-se em fase de tratamento e 16 em controlo clínico.

Setenta e dois por cento dos doentes efetuaram radioterapia e quimioterapia simultaneamente. Os restantes 28% apenas realizaram radioterapia.

A localização da patologia foi variável, surgindo nesta amostra ao nível da orofaringe, nasofaringe, laringe, cavidade oral (língua, palato, glândulas salivares e pavimento bucal), epiglote, supraglote, cordas vocais e seios perinasais.

Na tabela I apresenta-se a caracterização sociodemográfica dos participantes. A maioria (85,4%) era do sexo masculino, tinha idade superior a 55 anos (79,2%) e era casado (68,3%). Cerca de 43% frequentou o 1º ciclo de estudos e apenas 6,1% tinham mais de 12 anos de escolaridade.

Mais de metade da população em estudo (52,4%), encontra-se profissionalmente reformada.

Tabela I - Perfil sociodemográfico dos pacientes oncológicos.

Características	n (%)
Idade (anos)	
35-55 anos	17 (20,7)
56-75 anos	58 (70,7)
Mais de 76	7 (8,5)
Sexo	
Feminino	12 (14,6)
Masculino	70 (85,4)
Estado Civil	
Solteiro(a)	8 (9,8)
Casado(a)	56 (68,3)
Viúvo(a)	5 (6,1)
Divorciado(a)	13 (15,9)
Escolaridade	
Não frequentou	2 (2,4)
1º-4º Ano	35 (42,7)
5º-9º Ano	28 (34,2)
10º-12º	12 (14,6)
Ensino Superior	5 (6,1)
Profissão	
Estudante	1 (1,2)
Empregado	24 (29,3)
Doméstica	0 (0)
Desempregado	14 (17,1)
Reformado	43 (52,4)

Na tabela II apresentam-se os resultados relativos aos hábitos de higiene oral dos participantes antes e depois da doença, como a frequência de escovagem, momentos da escovagem, utilização de meios auxiliares de higiene oral (fio/fita dentário, escovilhão, elixires e/ou colutórios e raspador lingual), bem como as zonas que são higienizadas (dentes, gengivas, língua, palato e bochechas).

Tabela II - Caracterização dos hábitos de higiene oral dos participantes antes e depois da doença.

	Antes	Depois	
	n (%)	n (%)	p (*)
Frequência de escovagem			
Nenhuma	10 (12,2)	9 (11,0)	$p = 0,234$
1 vez por dia	19 (23,2)	12 (14,6)	
2 ou mais vezes por dia	53 (64,6)	61 (74,4)	
Momentos de escovagem (**)			
Manhã	57 (69,5)	62 (75,6)	-
Almoço	24 (29,3)	40 (48,8)	
Noite	63 (76,8)	67 (81,7)	
Utilização de fio/fita dentário			
Sim	3 (3,7)	4 (4,9)	$p = 1,000$
Não	79 (96,3)	78 (95,1)	
Utilização de escovilhão			
Sim	2 (2,4)	6 (7,3)	$p = 0,125$
Não	80 (97,6)	76 (92,7)	
Utilização de elixires e/ou colutórios			
Sim	33 (40,2)	58 (70,7)	$p < 0,005$
Não	49 (59,8)	24 (29,3)	
Utilização de raspador lingual			
Sim	1 (1,2)	1 (1,2)	$p = 1,000$
Não	81 (98,8)	81 (98,8)	
Higienização dos dentes			
Sim	66 (80,5)	62 (75,6)	$p = 0,424$
Não	16 (19,5)	20 (24,4)	
Higienização das gengivas			
Sim	31 (37,8)	40 (48,8)	$p = 0,022$
Não	51 (62,2)	42 (51,2)	
Higienização da língua			
Sim	15 (18,3)	19 (23,2)	$p = 0,388$
Não	67 (81,7)	63 (76,8)	
Higienização do palato			
Sim	2 (2,4)	3 (3,7)	$p = 1,000$
Não	80 (97,6)	79 (96,3)	

Higienização das bochechas

Sim	2 (2,4)	4 (4,9)	$p = 0,500$
Não	80 (97,6)	78 (95,1)	

(*) Os testes aplicados foram McNemar e McNemar-Bowker sempre que a variável apresentava mais que duas categorias.

(**) As percentagens somam mais que 100%, pois os participantes tinham hipótese de escolher mais do que uma opção.

Relativamente à frequência de escovagem dentária, 74,4% dos participantes escovavam os dentes duas ou mais vezes por dia. Onze por cento não efetua qualquer escovagem. Os principais motivos mencionados para a não escovagem foram o facto de serem desdentados totais, o mau estado dentário e o número reduzido de dentes presentes na cavidade oral.

Antes do aparecimento da doença, 64,6% dos pacientes referiu escovar duas ou mais vezes por dia.

Dos 82 inquiridos, 41,5% declarou trocar a sua escova de 3 em 3 meses. Já 30,5% apenas quando necessita, relatando que o faz apenas quando a escova se encontra visivelmente muito danificada.

Quanto ao tipo de cerdas da escova dentária, 57,3% dos participantes referiu que são suaves, seguindo-se das médias com 26,8%.

Quanto à utilização de pasta dentífrica, a maioria, 57,3%, usa pasta fluoretada, 8,5% usa pasta não fluoretada, 22% declarou não saber se tem flúor e 12,2% dos inquiridos não utiliza pasta dentífrica.

Questionados sobre os cuidados após a utilização da escova dentária, cerca de 93% referiu que lava, 20,7% seca e 6,1% desinfeta. Os produtos descritos para a desinfecção foram: Tantum Verde® (Benzidamina), Eludril® (Clorohexidina) e álcool etílico.

Relativamente à utilização de meios auxiliares de higiene oral, não existiram diferenças estatisticamente significativas para a utilização do fio dentário, escovilhão e raspador lingual quando se comparou a sua utilização antes e depois do diagnóstico da doença. Contudo, no que concerne à utilização de elixires e/ou colutórios, houve um aumento estatisticamente significativo ($p < 0,05$), depois do diagnóstico da patologia.

Em relação à higienização da cavidade oral, verificou-se um aumento estatisticamente significativo ($p < 0,05$) da escovagem das gengivas.

Cerca de 43% dos doentes utilizava prótese, sendo as removíveis as mais utilizadas. Dos portadores de prótese, 22,9% deixaram de a utilizar devido aos tratamentos.

Na tabela III, apresentam-se os resultados relativos aos hábitos relacionados com a saúde oral.

Tabela III - Caracterização dos hábitos relacionados com a saúde oral.

Hábitos tabágicos (n=82)	n (%)	
Fumador	13	(15,9)
Nunca fumou	20	(24,4)
Ex-fumador	49	(59,8)
Número de cigarros consumidos por dia (n=13)	$\bar{x}$ (σ)	
	8,54	(6,2)
Ex-fumador: nº de anos que deixou de fumar (n=49)	n (%)	
< 1 ano	23	(46,9)
1 – 5 anos	4	(8,2)
> 5 anos	22	(44,9)
Fumadores e Ex-fumadores: alteração do hábito tabágico devido à doença (n=62)	n (%)	
Sim, diminuí o número de cigarros por dia	13	(21)
Sim, deixei de fumar	32	(51,6)
Não	17	(27,4)
Consumo de álcool antes da doença (n=82)	n (%)	
Sim	72	(87,8)
Não	10	(12,2)
Momento de consumo antes da doença (n=72) (*)		
Às refeições	72	(100)
Fora das refeições	35	(48,6)
Alteração do consumo de álcool após o diagnóstico (n=82)		
Sim	62	(75,6)
Não	20	(24,4)
Aumento do número de refeições por dia após o diagnóstico (n=82)	n (%)	
Sim	47	(57,3)
Não	35	(42,7)
Evita algum tipo de alimento após o diagnóstico (n=82)		
Sim	36	(43,9)
Não	46	(56,1)
Consumo de alimentos e/ou bebidas açucaradas (**) (n=82)	Antes da doença n (%)	Depois da doença n (%)
Consumo diário	24 (29,3)	19 (23,2)

Consumo não diário	58 (70,7)	63 (76,9)
--------------------	-----------	-----------

(*) *As percentagens somam mais que 100%, pois os participantes tinham hipótese de escolher mais do que uma opção.*
(**) *Foi aplicado o teste de McNemar, obtendo o valor de $p=0,359$.*

Dos 82 participantes, 49 são ex-fumadores e o motivo mais frequente para o abandono deste hábito foi o diagnóstico da doença oncológica.

Relativamente à alteração do consumo de bebidas alcoólicas após o diagnóstico, a maioria, 75,6%, declarou ter diminuído e a principal justificação foi a recomendação médica. Outras razões mencionadas pelos pacientes foram: vontade própria, enjoos ao sabor e cheiro das bebidas alcoólicas, medo de interação medicamentosa, mau gosto, ardência nas mucosas, perda do paladar, devido ao tratamento, à doença em si e aos efeitos das cirurgias, como por exemplo a traqueostomia.

Relativamente à abstenção do consumo de algum tipo de alimentos, vários foram mencionados, desde frutas (banana, morangos, citrinos, ananás, kiwi), pão, verduras, salgados, carnes secas, alimentos duros, picantes, lacticínios, bolachas e alimentos em extremos de temperatura (muitos frios ou quentes).

As razões evocadas pelos pacientes são o facto destes alimentos provocarem ardência, dor, desconforto, dificuldade em mastigar e engolir e a recomendação médica.

Na tabela IV e V, estão expostos os resultados relativos às perguntas que refletem a autoperceção de saúde oral dos participantes, antes e depois do diagnóstico da doença.

Tabela IV – Autoperceção de saúde oral dos participantes antes e depois do diagnóstico da doença.

	Antes n (%)	Depois n (%)	p (*)
Avaliação da higiene oral (n=82)			
Excelente/Boa	27 (32,9)	46 (56,1)	$p = 0,004$
Razoável	34 (41,5)	30 (36,6)	
Má	12 (14,6)	4 (4,9)	
Não tenho opinião	9 (11)	2 (2,4)	

(*) *O teste aplicado foi o McNemar-Bowker, uma vez que a variável apresentava mais que duas categorias.*

Tabela V - Autopercepção de saúde oral dos participantes depois do diagnóstico da doença (n=82).

	n (%)
Importância da escovagem	
Pouco importante	1 (1,2)
Importante	70 (85,4)
Muito importante	11 (13,4)
Aumento da preocupação pela saúde oral	
Sim	52 (63,4)
Não	28 (34,1)
Não sabe	2 (2,4)
Problemas com os dentes	
Sim	20 (24,4)
Não	62 (75,6)
Não sabe	0 (0)
Problemas com as gengivas	
Sim	21 (25,6)
Não	60 (73,2)
Não sabe	1 (1,2)
Acredita que os problemas de saúde oral afetam o tratamento da doença	
Sim	18 (22)
Não	16 (19,5)
Não sabe	48 (58,5)
Preocupação com o facto de os tratamentos afetarem a cavidade oral	
Sim	53 (64,6)
Não	22 (26,8)
Não sabe	7 (8,5)
Percepção: boca seca	
Sim	64 (78)
Não	18 (22)
Presença de aftas	
Sim	33 (40,2)
Não	49 (59,8)
Presença de sangramento gengival	
Sim	11 (13,4)
Não	71 (86,6)
Dificuldades em mastigar e/ou deglutir	
Sim	58 (70,7)
Não	24 (29,3)
Limitação na abertura bucal e/ou restrição dos movimentos do maxilar inferior e/ou rigidez dos músculos da face (<i>trismus</i>)	
Sim	47 (57,3)
Não	35 (42,7)

A maioria dos participantes considerou que a sua higiene oral é excelente/boa (56,1%), contrastando com os 32,9% para antes da doença. Verificou-se, portanto, um aumento estatisticamente significativo da avaliação da saúde oral.

Cerca de 85% dos doentes considera a higiene da cavidade oral importante, estando 63,4% dos participantes mais preocupados com a sua saúde oral.

Cerca de 65% dos doentes está preocupado com o facto dos tratamentos virem a afetar a sua saúde oral. No entanto, 58,5% dos participantes não tinha consciência de que os problemas de saúde oral podem afetar o prognóstico da doença oncológica.

Relativamente aos sintomas sentidos pelos doentes, 78% sentia a boca seca, 40,2% possuía aftas, 13,4% apresentava sangramento gengival, 70,7% sentia dificuldades em mastigar e/ou deglutir e 57,3% referiu sentir *trismus*.

Para além dos sintomas referidos na tabela V, os doentes manifestaram outras alterações na boca e na face devido aos tratamentos, dentro das quais se destaca: dor, inflamação das estruturas orais (língua, face), recorrência de candidíase oral, queilite angular (“cantos da boca muito secos”), ardência, sensação de picos e formigueiro, sensação de queimadura da pele, alteração da voz e rouquidão, perda do paladar, aumento das secreções, língua fissurada (“cortada”), impressão no ouvido e diminuição da audição, falta de apetite, dor na abertura bucal, sabor metálico (a chumbo ou ferro) e ácido e refluxo de líquidos.

A grande maioria dos participantes (47,6%), referiu que visita o médico dentista apenas quando precisa. Cerca de 21% dos doentes visita o consultório dentário de 6 em 6 meses e 22% nunca consultou o médico dentista.

Na tabela VI, estão representados os resultados referentes à caracterização dos cuidados de saúde oral depois do diagnóstico da doença.

Tabela VI - Caracterização dos cuidados de saúde oral após o diagnóstico da doença.

Informação sobre saúde oral (n=82) (*)	n (%)
Enfermeiro	14 (17,1)
Oncologista	38 (46,3)
Médico Dentista	9 (11)
Médico de família	3 (3,7)
Ninguém	33 (40,2)
Informações dos <i>media</i>	1 (1,2)
Consulta no Médico Dentista (n=82)	
Sim	57 (69,5)
Não	25 (30,5)
Necessidade de consultar o Médico Dentista durante os tratamentos (n=82)	
Sim	27 (32,9)
Não	55 (67,1)
Médico Dentista informou sobre os impactos dos tratamentos na saúde oral (n=82)	
Sim	26 (31,7)
Não	56 (68,3)
Em que momento o Médico Dentista informou sobre os impactos dos tratamentos (n=26) (*)	
Antes da cirurgia	5 (19,2)
Antes da radioterapia	21 (80,8)
Antes da quimioterapia	10 (38,5)

(*) As percentagens somam mais que 100%, pois os participantes tinham hipótese de escolher mais do que uma opção.

Quando questionados sobre se alguém tinha prestado informações acerca dos efeitos dos tratamentos ao nível da cavidade oral, 46,3% disse que sim na pessoa do oncologista. Contudo, 40,2% referiu que não obteve qualquer informação sobre o assunto.

Após o diagnóstico de cancro, 69,5% dos doentes consultou o médico dentista. No entanto, apenas 31,7% dos doentes referiu que este discutiu consigo os possíveis impactos dos tratamentos na cavidade oral.

Dos doentes que precisaram de consultar o Médico Dentista durante a fase de tratamento, 55,6% efetuaram uma consulta de rotina e os restantes 44,4% necessitaram de tratamentos (exodontias, tratamento de cáries e impressões). Nas consultas de rotina eram efetuados exames imagiológicos de controlo, manutenção de lesões ulceradas e prescrição de fármacos e meios auxiliares de higiene oral.

Relativamente às consultas com o médico oncologista ou enfermeiro, 89% dos pacientes afirmou que estes os questionam sobre a sua condição oral e visualizam a sua cavidade oral.

Os participantes foram ainda questionados sobre se receberam instruções para melhorar a sua higiene oral após o diagnóstico. Dos 82 participantes, 42 responderam que sim e destes, 85,7% consideraram estes ensinamentos importantes.

Os conselhos recebidos e citados pelos doentes foram: escovar várias vezes por dia a cavidade oral, idealmente sempre que consomem alimentos, escovar a língua, utilizar uma pasta dentífrica com alto teor em flúor (Duraphat® -5000ppm ou Fluocaril® -2500ppm), fazer a manutenção da cavidade oral com as esponjas e soluções fornecidas pela instituição até 6 vezes por dia (Caphosol®, Borato de sódio, Nistatina e colutório IPO), utilizar o antifúngico para prevenção da candidíase oral, evitar elixires e/ou colutórios com álcool na sua composição, utilizar escovilhão, fio dentário e escova com cerdas macias. No caso dos pacientes portadores de próteses dentárias, fazer a higiene regular das mesmas.

Quando inquiridos sobre se sentiam à vontade e confiança para questionar os médicos ou enfermeiros sobre problemas de saúde oral, 84,1% responderam que sim e 15,9% que não.

Discussão

Na população estudada, pacientes em tratamento ou controlo de patologia oncológica da cabeça e pescoço, os dados encontrados estão de acordo com o descrito na literatura para a epidemiologia do cancro da cabeça e pescoço (CCP). Esta patologia é mais comum no sexo masculino e mais prevalente na sexta década de vida.^(1, 4, 6, 9, 29) O presente estudo apresenta 84,5% dos indivíduos homens e a média de idades dos pacientes é de 62 anos.

A população estudada, apresenta um nível educacional semelhante ao de outros artigos internacionais, geralmente descrito como baixo.^(1, 6)

Fatores de risco bem conhecidos para o desenvolvimento de CCP são o tabagismo e o consumo de álcool.^(4, 12, 30) Dentro da amostra estudada, a maioria dos participantes era ex-fumador. No entanto, cerca de 16% continuam a fumar. Quanto ao consumo de álcool, a maioria dos pacientes consumia álcool antes do diagnóstico da doença. Estes resultados estão de acordo com outros estudos realizados anteriormente, em que a maioria dos participantes apresentavam estes dois fatores de risco para a doença.^(14, 30, 31)

Relativamente à frequência de escovagem da cavidade oral, verificou-se uma tendência para uma escovagem correta e nos momentos certos, aumentando o número de participantes a realizar três ou mais escovagens por dia, de antes para depois do diagnóstico da doença oncológica. Estes dados refletem os cuidados de saúde oral que são promovidos nestes doentes.^(18, 24, 32)

Apesar desta tendência, observou-se uma diminuição da escovagem das peças dentárias e um aumento da higiene das gengivas. Uma explicação plausível poderá ser o facto de 69,5% dos pacientes ter consultado o Médico Dentista após o diagnóstico de CCP. Durante a avaliação inicial do cancro e antes do início da radioterapia e/ou quimioterapia, muitos tratamentos são efetuados para preparar o doente para o tratamento oncológico.⁽²⁴⁾ O tratamento de patologias dentárias visa reduzir possíveis complicações orais, diminuindo a quantidade de bactérias na boca e reduzindo o risco de infeções.^(4, 24) Um dos tratamentos mais preconizados é a extração dentária,^(4, 18, 33, 34) uma vez que as diretrizes atuais sugerem que, qualquer dente que apresente um risco aumentado de infeção, especialmente localizado no campo da radiação, deve ser extraído de modo a reduzir o risco de osteorradionecrose (ORN).^(4, 17, 18) O estudo de Kojima⁽¹⁷⁾ concluiu que o risco de ORN foi significativamente maior para os doentes em que tiveram que ser

extraídos dentes após a radioterapia, do que para aqueles que efetuaram extrações antes da radiação ou sem extrações.

Outro motivo para a diminuição da escovagem dentária pode resultar no facto destes doentes passarem por períodos de inflamação, dor, infeções orais e mucosite oral, que dificultam a escovagem, tornando a escovagem mecânica com escova de cerdas macias traumática, pelo que são utilizadas esponjas para o efeito.

Estas condições provocam dificuldades em engolir, ulcerações, eritema e atrofia da mucosa, levando a um estado debilitante do doente e dificultando as tarefas diárias de higiene oral.^(18, 34, 35) O doente deve ser educado e motivado a manter os níveis de higiene oral elevados, mesmo que seja desconfortável e doloroso.⁽³⁶⁾ Devem ser encontradas estratégias, como a utilização de gazes humedecidas nos momentos em que a escovagem for de todo impossível. Neste estudo, muitas das respostas dadas pelos pacientes no que concerne à escovagem podem refletir estes momentos da doença.

Relativamente à higienização da língua, observou-se um aumento do número de doentes a realizar a sua limpeza. No entanto, não se verificou o aumento do uso do raspador lingual. Estes dados refletem o facto de em meio hospitalar se privilegiar a prescrição de escovas com cerdas suaves e esponjas para realização da higiene oral,^(24, 32, 37, 38) parecendo não haver uma familiarização com este meio auxiliar de higiene oral.

Neste estudo, existiu um aumento significativo da utilização de elixires e/ou colutórios, uma vez que estes são prescritos de modo a aliviar os sintomas da mucosite e prevenir infeções fúngicas. As infeções fúngicas são uma causa de morbilidade em doentes com cancro, pelo que devem ser adotadas medidas que favoreçam a saúde oral, diminuindo o seu aparecimento.^(36, 38)

As soluções prescritas não possuem álcool na sua composição, pois a sua ação desidratante promove a secura das mucosas. As *guidelines* incentivam a utilização de soluções com princípios ativos como a clorhexidina, clorobutanol, nistatina e bicarbonato de sódio, de modo a prevenir os efeitos laterais dos tratamentos oncológicos, diminuindo os sintomas da mucosite e da candidíase oral,^(18, 28, 32, 38, 39) melhorando assim o conforto do doente.

Quanto aos restantes meios auxiliares de higiene oral, embora não se tenha observado uma diferença estatisticamente significativa, houve uma tendência para o aumento da sua utilização após o diagnóstico da doença. Este facto pode refletir que o doente obtém informação, mas não a coloca em prática. As *guidelines* sugerem que após

cada refeição, seja feita uma escovagem com uma escova macia e seja utilizado fio dentário de forma atraumática.^(37, 40)

Os doentes de cabeça e pescoço são sujeitos a regimes alimentares com algumas restrições, como comidas picantes, ácidas e em extremos de temperaturas. A radioterapia tem por norma um impacto negativo ao nível da dieta e do peso dos doentes, uma vez que os pacientes sofrem alteração do paladar, sentem dificuldades em mastigar e engolir e dor. Por outro lado, muitos dos doentes perderam dentes ou não utilizam as suas próteses, o que dificulta a mastigação.

Um facto constatado neste estudo, foi que apesar do consumo de açúcar ser contraindicado nestes doentes,⁽²⁸⁾ uma percentagem elevada (23%) continua a consumir alimentos e/ou bebidas açucaradas todos os dias. A desnutrição e a perda de peso^(3, 19, 41) são das principais fontes de morbilidade e mortalidade associada aos CCP, pelo que o conselho dietético nestes doentes passa por uma dieta enriquecida em calorias e também ajustada às necessidades de cada doente.⁽²²⁾

A boca seca, a perda de peças dentárias, as alterações nas funções mastigatórias, perda do paladar, mau sabor, a dor e a sensibilidade das mucosas, provocam restrições alimentares.⁽¹⁹⁾ Devido a estas mudanças, pode haver uma ingestão calórica insuficiente⁽²²⁾ que é compensada por estratégias de alimentação, uma das quais a adição de açúcar aos alimentos.⁽²³⁾

Vários efeitos adversos dos tratamentos oncológicos da cabeça e pescoço estão descritos na literatura, tais como a xerostomia, hipossalivação, disfagia e o *trismus*.^(28, 42, 43) Neste estudo, a sensação de boca seca e a dificuldade em mastigar e deglutir foram os sintomas mais sentidos pelos pacientes, seguido pelo *trismus*. Diversos estudos corroboram os dados obtidos,^(18, 24, 28, 39, 44) pelo que estes efeitos dos tratamentos são muito estudados e pesquisados, existindo diversos protocolos para alívio e melhoria dos sintomas dos doentes.⁽²⁸⁾

O conselho dietético aliado aos efeitos das terapias oncológicas nestes doentes é, portanto, preocupação do Médico Dentista, uma vez que a incidência de cáries nestes pacientes é elevada.^(18, 24, 28) Por conseguinte, é necessário promover profilaxia através da utilização de agentes fluoretados e fornecer instruções de higiene oral.⁽²⁸⁾

Existem diversos fatores que podem influenciar a incidência e a gravidade das complicações orais nos doentes com CCP. Um dos fatores mais controláveis é o estado de saúde oral antes, durante e após o tratamento do cancro. Todas as comorbidades

(consumo de álcool, tabagismo, estado nutricional e estado de saúde geral) que potenciam a gravidade dos efeitos colaterais devem ser, portanto, controladas.⁽⁴⁰⁾

O estudo de Aguilar⁽⁴⁵⁾ criou uma listagem das prioridades e preocupações dos doentes com CCP e determinou a prevalência dos vários itens dessa listagem. Neste estudo, as preocupações dentárias representam quase metade de todos os itens. Contudo, a higiene da cavidade oral aparece no *ranking* em 11º lugar, com uma prevalência de apenas 20%, o que nos indica que, apesar dos doentes valorizarem a saúde oral, têm outras preocupações durante o percurso da doença oncológica.

A má higiene oral, a má saúde oral e a baixa frequência de visitas ao Médico Dentista estão associadas ao aumento da prevalência de cancro da cabeça e pescoço,^(4, 11) por conseguinte, a manutenção do doente a longo prazo torna-se crucial, de modo a evitar problemas da cavidade oral e recidivas da patologia oncológica.

Considerações finais

De um modo geral, em alguns aspetos, os doentes com cancro da cabeça e pescoço do IPO do Porto, apresentaram comportamentos e atitudes de saúde oral mais adequados, uma vez que as questões colocadas refletiam comportamentos de saúde oral antes e depois do diagnóstico da doença oncológica. Verificou-se ainda que, é rotina a prescrição de colutórios, no contexto de prevenção dos efeitos adversos dos tratamentos de radioterapia e quimioterapia e não como agentes de controlo de placa bacteriana.

É compreensível que não seja a fase ideal para se exigir uma mudança de comportamentos relativos aos cuidados de saúde oral. A prioridade do Médico Dentista deverá ser, a educação para a saúde oral, fazendo perceber aos pacientes que a manutenção da saúde oral durante o cancro é muito importante e deverá arranjar estratégias e protocolos que diminuam os possíveis efeitos adversos dos tratamentos oncológicos e melhorem a qualidade de vida nesta fase.

Antes de iniciar os tratamentos é necessário explicar aos doentes que, durante a fase de tratamento estão imunodeprimidos e que, portanto, não devem desvalorizar a sua condição oral, uma vez que saúde geral inclui saúde oral. A imunossupressão pode promover o aparecimento de infeções oportunistas na cavidade oral, pelo que a profilaxia e os níveis de higiene oral elevados são aconselhados.

Durante e após o tratamento oncológico, as alterações químicas e biológicas, condicionam alterações na cavidade oral que propiciam o aparecimento das doenças orais. Por este facto, depois do tratamento do cancro, os doentes devem ser então mantidos num programa de controlo de saúde oral, com frequência ditada pela necessidade individual.

Referências Bibliográficas

1. Estevao R, Santos T, Ferreira A, Machado A, Fernandes J, Monteiro E. [Epidemiological and Demographic Characteristics of Patients with Head and Neck Tumours in the Northern Portugal: Impact on Survival]. *Acta Med Port.* 2016;29(10):597-604.
2. Bertl K, Stavropoulos A. Editorial: Oral health and cancer patients - in need of preventive dentistry interventions. *Oral Health Prev Dent.* 2017;15(3):205-6.
3. Barrios R, Tsakos G, Garcia-Medina B, Martinez-Lara I, Bravo M. Oral health-related quality of life and malnutrition in patients treated for oral cancer. *Support Care Cancer.* 2014;22(11):2927-33.
4. Bertl K, Loidl S, Kotowski U, Heiduschka G, Thurnher D, Stavropoulos A, et al. Oral health status and dental care behaviours of head and neck cancer patients: a cross-sectional study in an Austrian tertiary hospital. *Clinical oral investigations.* 2016;20(6):1317-27.
5. Saúde D-Gd. Doenças Oncológicas em Números – 2015; Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. 2015.
6. Chang JS, Lo H-I, Wong T-Y, Huang C-C, Lee W-T, Tsai S-T, et al. Investigating the association between oral hygiene and head and neck cancer. *Oral Oncol.* 2013;49(10):1010-7.
7. Friemel J, Foraita R, Gunther K, Heibeck M, Gunther F, Pflueger M, et al. Pretreatment oral hygiene habits and survival of head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) patients. *BMC oral health.* 2016;16:33.
8. Ahrens W, Pohlabeln H, Foraita R, Nelis M, Lagiou P, Lagiou A, et al. Oral health, dental care and mouthwash associated with upper aerodigestive tract cancer risk in Europe: The ARCAGE study. *Oral oncol.* 2014;50(6):616-25.
9. Holmes L, Jr., desVignes-Kendrick M, Slomka J, Mahabir S, Beeravolu S, Emani SR. Is dental care utilization associated with oral cavity cancer in a large sample of community-based United States residents? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37(2):134-42.
10. Sato F, Oze I, Kawakita D, Yamamoto N, Ito H, Hosono S, et al. Inverse association between toothbrushing and upper aerodigestive tract cancer risk in a Japanese population. *Head Neck.* 2011;33(11):1628-37.

11. Chang C-C, Lee W-T, Hsiao J-R, Ou C-Y, Huang C-C, Tsai S-T, et al. Oral hygiene and the overall survival of head and neck cancer patients. *Cancer medicine*. 2019;8(4):1854-64.
12. Behnoud F, Torabian S, Zargar M. Relationship between oral poor hygiene and broken teeth with oral tongue squamous cell carcinoma. *Acta Med Iran*. 2011;49(3):159-62.
13. Chen F, He BC, Yan LJ, Qiu Y, Lin LS, Cai L. Influence of oral hygiene and its interaction with standard of education on the risk of oral cancer in women who neither smoked nor drank alcohol: a hospital-based, case-control study. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2017;55(3):260-5.
14. Balaram P, Sridhar H, Rajkumar T, Vaccarella S, Herrero R, Nandakumar A, et al. Oral cancer in southern India: the influence of smoking, drinking, paan-chewing and oral hygiene. *Int J Cancer*. 2002;98(3):440-5.
15. Bueno AC, Ferreira RC, Barbosa FI, Jham BC, Magalhaes CS, Moreira AN. Periodontal care in patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer. *Support Care Cancer*. 2013;21(4):969-75.
16. Morais MO, Elias MR, Leles CR, Dourado Pinezi JC, Mendonca EF. The effect of preventive oral care on treatment outcomes of a cohort of oral cancer patients. *Support Care Cancer*. 2016;24(4):1663-70.
17. Kojima Y, Yanamoto S, Umeda M, Kawashita Y, Saito I, Hasegawa T, et al. Relationship between dental status and development of osteoradionecrosis of the jaw: a multicenter retrospective study. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*. 2017;124(2):139-45.
18. Beech N, Robinson S, Porceddu S, Batstone M. Dental management of patients irradiated for head and neck cancer. *Aust Dent J*. 2014;59(1):20-8.
19. da Cruz Ede P, Toporcov TN, Rotundo LD, Biazevic MG, Brasileiro RS, de Carvalho MB, et al. Food restrictions of patients who are undergoing treatment for oral and oropharyngeal cancer. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2012;16(3):253-7.
20. Murphy BA, Deng J. Advances in Supportive Care for Late Effects of Head and Neck Cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2015;33(29):3314-21.
21. Farhangfar A, Makarewicz M, Ghosh S, Jha N, Scrimger R, Gramlich L, et al. Nutrition impact symptoms in a population cohort of head and neck cancer patients:

multivariate regression analysis of symptoms on oral intake, weight loss and survival. *Oral oncol.* 2014;50(9):877-83.

22. Gellrich NC, Handschel J, Holtmann H, Kruskemper G. Oral cancer malnutrition impacts weight and quality of life. *Nutrients.* 2015;7(4):2145-60.

23. Bressan V, Bagnasco A, Aleo G, Catania G, Zanini MP, Timmins F, et al. The life experience of nutrition impact symptoms during treatment for head and neck cancer patients: a systematic review and meta-synthesis. *Support Care Cancer.* 2017;25(5):1699-712.

24. Hartnett E. Integrating oral health throughout cancer care. *Clin J Oncol Nurs.* 2015;19(5):615-9.

25. Santos PS, Cremonesi AL, Quispe RA, Rubira CM. The impact of oral health on quality of life in individuals with head and neck cancer after radiotherapy: the importance of dentistry in psychosocial issues. *Acta odontologica latinoamericana: AOL.* 2017;30(2):62-7.

26. Lawrence M, Aleid W, McKechnie A. Access to dental services for head and neck cancer patients. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2013;51(5):404-7.

27. Levi LE, Lalla RV. Dental Treatment Planning for the Patient with Oral Cancer. *Dental clinics of North America.* 2018;62(1):121-30.

28. Meurman JH, Grönroos L. Oral and dental health care of oral cancer patients: hyposalivation, caries and infections. *Oral oncol.* 2010;46(6):464-7.

29. Epstein JB, Chin EA, Jacobson JJ, Rishiraj B, Le N. The relationships among fluoride, cariogenic oral flora, and salivary flow rate during radiation therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998;86(3):286-92.

30. Galbiatti AL, Padovani-Junior JA, Maniglia JV, Rodrigues CD, Pavarino EC, Goloni-Bertollo EM. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Brazilian journal of otorhinolaryngology.* 2013;79(2):239-47.

31. Gupta B, Bray F, Kumar N, Johnson NW. Associations between oral hygiene habits, diet, tobacco and alcohol and risk of oral cancer: A case-control study from India. *Cancer Epidemiol.* 2017;51:7-14.

32. Joshi VK. Dental treatment planning and management for the mouth cancer patient. *Oral oncol.* 2010;46(6):475-9.

33. Kubota K, Kobayashi W, Sakaki H, Nakagawa H, Kon T, Mimura M, et al. Professional oral health care reduces oral mucositis pain in patients treated by

superselective intra-arterial chemotherapy concurrent with radiotherapy for oral cancer. *Support Care Cancer*. 2015;23(11):3323-9.

34. Sennhenn-Kirchner S, Freund F, Grundmann S, Martin A, Borg-von Zepelin M, Christiansen H, et al. Dental therapy before and after radiotherapy--an evaluation on patients with head and neck malignancies. *Clinical oral investigations*. 2009;13(2):157-64.

35. Mirabile A, Airoidi M, Ripamonti C, Bolner A, Murphy B, Russi E, et al. Pain management in head and neck cancer patients undergoing chemo-radiotherapy: Clinical practical recommendations. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2016;99:100-6.

36. Palmela P. & Salvado F.. Guidelines para cuidados de saúde oral em pacientes oncológicos. *Círculo Médico*.2010.

37. Carvalho CG, Medeiros-Filho JB, Ferreira MC. Guide for health professionals addressing oral care for individuals in oncological treatment based on scientific evidence. *Support Care Cancer*. 2018;26(8):2651-61.

38. Sato J, Goto J, Harahashi A, Murata T, Hata H, Yamazaki Y, et al. Oral health care reduces the risk of postoperative surgical site infection in inpatients with oral squamous cell carcinoma. *Support Care Cancer*. 2011;19(3):409-16.

39. Sroussi HY, Epstein JB, Bensadoun RJ, Saunders DP, Lalla RV, Migliorati CA, et al. Common oral complications of head and neck cancer radiation therapy: mucositis, infections, saliva change, fibrosis, sensory dysfunctions, dental caries, periodontal disease, and osteoradionecrosis. *Cancer medicine*. 2017;6(12):2918-31.

40. Cohen EE, LaMonte SJ, Erb NL, Beckman KL, Sadeghi N, Hutcheson KA, et al. American Cancer Society Head and Neck Cancer Survivorship Care Guideline. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2016;66(3):203-39.

41. Langius JAE, Twisk J, Kampman M, Doornaert P, Kramer MHH, Weijs PJM, et al. Prediction model to predict critical weight loss in patients with head and neck cancer during (chemo)radiotherapy. *Oral oncol*. 2016;52:91-6.

42. Lovelace TL, Fox NF, Sood AJ, Nguyen SA, Day TA. Management of radiotherapy-induced salivary hypofunction and consequent xerostomia in patients with oral or head and neck cancer: meta-analysis and literature review. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*. 2014;117(5):595-607.

43. Rapidis AD, Dijkstra PU, Roodenburg JL, Rodrigo JP, Rinaldo A, Strojan P, et al. Trismus in patients with head and neck cancer: etiopathogenesis, diagnosis and management. *Clinical otolaryngology : official journal of ENT-UK ; official journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery*. 2015;40(6):516-26.

44. Lee LY, Chen SC, Chen WC, Huang BS, Lin CY. Postradiation trismus and its impact on quality of life in patients with head and neck cancer. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*. 2015;119(2):187-95.
45. Aguilar ML, Sandow P, Werning JW, Brenneman L, Psoter WJ. The Head and Neck Cancer Patient Concern Inventory((c)) : Patient Concerns' Prevalence, Dental Concerns' Impact, and Relationships of Concerns with Quality of Life Measures. *Journal of prosthodontics : official journal of the American College of Prosthodontists*. 2017;26(3):186-95.

Anexos

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética do IPO do Porto



Parecer CES IPO: 295R1/018

Assunto: Reavaliação do pedido realização de projeto investigação *“Caracterização dos hábitos relacionados com a saúde oral em pacientes submetidos a quimioterapia e/ ou radioterapia”*

Investigador Principal: **Dra. Inês Inocêncio**

Data: 14 de Dezembro de 2018

PARECER

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

Enf. José Carlos Pimentel
Vice-Presidente da CES – IPO Porto EPE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



RUA DR. ANTÓNIO BERNARDINO DE ALMEIDA T: (+351) 22 578 40 83 WEB: www.ipoporto.pt
4200-672 PORTO - PORTUGAL F: (+351) 22 578 40 81 E-MAIL: dr@ipoportu.ntr-associ.pt
Capital Social: 41 400 000,00 € Registo na Conservatória da Região Comercial do Porto com o N.º 27684 - NIF: 505 362 290

Anexo 2 – Parecer da Comissão Científica da FMDUP



Monografia de Investigação / Relatório de Atividade Clínica

2018/2019

Planos de Atividade

Reunião da Comissão Científica do MIMD de 2.4.2019

Nome do Estudante	Área / Uc	Parecer sobre o Plano de Atividades	Recomendação da Comissão Científica do MIMD
Inês Catarina Alves Inocência	Medicina Dentária Preventiva e Saúde Oral Comunitária	Aprovado	Aprovado, desde que cumpra as diretrizes impostas pelo Departamento de Proteção de Dados da U.Porto.

Anexo 3 – Decisão Reitoral da Universidade do Porto

	Reitoria da Universidade do Porto	DATA: 22/01/2019
---	-----------------------------------	------------------

Nome	Inês Catarina Alves Inocêncio
Nº Mecanográfico	201402921
Unidade Orgânica	Faculdade de Medicina Dentária (FMDUP)
Título	Caracterização dos hábitos relacionados com a saúde oral em pacientes submetidos a quimioterapia e/ou radioterapia
Nº de Ticket	2018121115002439

Sumário do Pedido

No âmbito da unidade curricular de "Monografia de Investigação ou Relatório de Atividade Clínica", integrada no plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP, pretende a requerente levar a cabo um estudo clínico sem intervenção destinado a caracterizar os hábitos relacionados com a saúde oral em pacientes submetidos a quimioterapia e/ou radioterapia.

Os dados a serem utilizados serão demográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade e profissão) e de saúde (submissão a tratamentos de radioterapia ou quimioterapia, localização da patologia e hábitos de saúde oral), obtidos através de um inquérito preenchido pelos participantes.

Síntese do parecer da Encarregada de Proteção de Dados

Poderá ser autorizado o tratamento de dados pessoais aqui descrito desde que a Requerente cumpra com as seguintes diretivas:

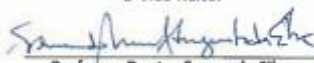
- (1) Avaliar a possibilidade de recolha do dado "idade" por escalões ou intervalos;
- (2) Reavaliar a necessidade de recolha do dado "estado civil", suprimindo o mesmo caso não se revele estritamente necessário para a investigação;
- (3) Avaliar a possibilidade de supressão do campo aberto da opção "outra" na questão relativa à Profissão;
- (4) Substituição do documento "Explicação do Estudo" pelo documento anexo ao parecer da Encarregada de Proteção de Dados.

Decisão Reitoral

☒ Deferimento

☐ Indeferimento

O Vice-Reitor


Professor Doutor Fernando Silva

Em substituição do Reitor ao abrigo do Despacho N.º GR.08/01/2019 de 10 de janeiro.

Data: 22/1/2019

Anexo 4 – Decisão da Unidade de Proteção de Dados da Universidade do Porto

	Unidade de Proteção de Dados	DATA: 22/01/2019
---	------------------------------	------------------

PARECER R-1/2019

Nome	Inês Catarina Alves Inocêncio
Nº Mecanográfico	201402921
Unidade Orgânica	Faculdade de Medicina Dentária (FMDUP)
Título do Tratamento/Estudo	Caracterização dos hábitos relacionados com a saúde oral em pacientes submetidos a quimioterapia e/ou radioterapia
Nº de Ticket	2018121115002439

Sumário do Pedido

No âmbito da unidade curricular de "Monografia de Investigação ou Relatório de Atividade Clínica", integrada no plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP, pretende a requerente levar a cabo um estudo clínico sem intervenção destinado a caracterizar os hábitos relacionados com a saúde oral em pacientes submetidos a quimioterapia e/ou radioterapia.

Os dados a serem utilizados serão demográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade e profissão) e de saúde (submissão a tratamentos de radioterapia ou quimioterapia, localização da patologia e hábitos de saúde oral), obtidos através de um inquérito preenchido pelos participantes.

Conclusões

Não obstante o carácter vulnerável dos titulares de dados pessoais potencialmente participantes no estudo (atenta a sua condição de doentes oncológicos), somos do parecer que os riscos para os direitos, liberdades e garantias daqueles se revelam baixos, seja pela natureza pouco intrusiva das questões que lhes são formuladas, seja pelas residuais probabilidades de estes serem identificados através do cruzamento das respostas dadas com os demais dados recolhidos.

Donde,

- (1) incumbindo ao Estado garantir a todos os cidadãos, segundo as suas capacidades, o acesso aos graus mais elevados do ensino, da investigação científica e da criação artística, nos termos do art.º 74.º/2/d) da Constituição da República Portuguesa;
- (2) sendo atribuições das instituições de ensino superior, no âmbito da vocação própria de cada subsistema, a realização de investigação e o apoio e participação em instituições científicas, nos termos do art.º 8.º/1/c) do Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior;
- (3) sendo objetivo da FMDUP, enquanto Unidade Orgânica de ensino e de investigação da Universidade do Porto dotada de autonomia estatutária, científica, pedagógica, cultural, administrativa, financeira e com personalidade tributária, promover e desenvolver a investigação científica, nos termos dos artigos 2.º e 3.º/a) dos respetivos Estatutos;
- (4) estando o tratamento de dados pessoais aqui em causa limitado a fins de investigação científica;
- (5) encontrando-se as operações de tratamento de dados pessoais a realizar sujeitas a garantias adequadas para os direitos, liberdades e garantias dos respetivos titulares, nos termos do art.º 89.º/1 do Regulamento Geral de Proteção de Dados;

Parecer R-1/2019 | 1

	Unidade de Proteção de Dados	DATA: 22/01/2019
---	------------------------------	------------------

somos do parecer que poderá ser autorizado o tratamento de dados pessoais aqui descrito desde que a Requerente cumpra com as seguintes diretivas:

- (1) Avaliar a possibilidade de recolha do dado "idade" por escalões ou intervalos;
- (2) Reavaliar a necessidade de recolha do dado "estado civil", suprimindo o mesmo caso não se revele estritamente necessário para a investigação;
- (3) Avaliar a possibilidade de supressão do campo aberto da opção "outra" na questão relativa à Profissão;
- (4) Substituição do documento "Explicação do Estudo" pelo documento em anexo.

Anexos

Anexo 1	Explicacao_do_estudo_revisto
---------	------------------------------

a Encarregada de Proteção de Dados
da Universidade do Porto


Doutora Susana Rodrigues Pereira

Anexo 5 – Explicação do estudo

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, pretende-se avaliar os hábitos relacionados com a saúde oral de pacientes sujeitos a radioterapia e/ou quimioterapia. Adicionalmente, pretende-se caracterizar a percepção da importância que cada paciente atribui aos hábitos relacionados com a saúde oral. Pretende-se ainda avaliar se a preocupação com a cavidade oral se alterou depois do diagnóstico de doença oncológica e os conhecimentos sobre a necessidade de monitorização e controlo da saúde oral durante o tratamento oncológico.

Para tal, solicita-se o preenchimento do seguinte questionário, no qual serão recolhidos, entre outros, dados demográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade e profissão) e de saúde (submissão a tratamentos de radioterapia ou quimioterapia, localização da patologia e hábitos de saúde oral).

A participação neste estudo tem carácter voluntário, podendo desistir em qualquer momento sem qualquer prejuízo, nomeadamente o direito de continuar a ser tratado da mesma forma como se tivesse aceite em participar no estudo. Será respeitada a confidencialidade das informações fornecidas e a privacidade, sendo todos os dados codificados, apenas podendo ser usados para este estudo. Todos os participantes têm tempo disponível para refletir sobre o pedido e liberdade para decidir se aceitam ou não participar. Os dados serão exclusivamente utilizados para a realização da presente investigação, sendo destruídos no prazo de um ano após a respetiva recolha.

Para mais esclarecimentos, poderá contactar a investigadora.

Em caso de dúvidas relacionadas com tratamento de dados pessoais poderá contactar a Encarregada de Proteção de Dados da Universidade do Porto – dpo@reit.up.pt

Muito obrigada pela sua participação.

Inês Catarina Alves Inocêncio.

Declaro que compreendi o intuito da minha participação nesta investigação, e que permito à investigadora a análise dos dados que fornecer ao longo da mesma, nas condições que me foram explicadas

☐SIM ☐NÃO

A Investigadora:

Inês Catarina Alves Inocêncio – aluno MIMD - FMDUP

UP201402921 (up201402921@fmd.up.pt ; ines_inocencio@hotmail.com)

Anexo 6 – Consentimento Informado

Consentimento Informado

*Considerando a "Declaração de Helsínquia", da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edinburgo 2000; Washington 2002; Tóquio 2004 e Seoul, 2008)*

Designação do estudo / projeto de investigação (em português)

Caracterização dos hábitos relacionados com a saúde oral em
pacientes submetidos a quimioterapia e/ou radioterapia.

Eu, abaixo-assinado (nome completo do doente adulto ou do voluntário são) _____

Recebi o texto de Informação ao Participante relativo ao procedimento que concordei em efetuar. Compreendi a explicação que me foi fornecida pelo investigador que assina este documento. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de anular a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Assinatura do doente ou voluntário são: _____ Data: ____/____/201__

Nome do Investigador responsável: _____

Assinatura do Investigador responsável: _____ Data: ____/____/201__

Anulação do Consentimento Informado

Declaro que recebi a Informação ao Participante relativo ao estudo / projeto de investigação em questão, que me foi proposto pelo investigador que assina este documento e pretendo anular o consentimento dado na data ____/____/201__.

Assinatura do doente ou voluntário são: _____ Data: ____/____/201__

Assinatura do Investigador responsável: _____ Data: ____/____/201__

Nota: Fornecimento obrigatório de cópia ao participante

Comissão de Ética Para a Saúde do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. (Doc. CES-IPOP 03)

Consentimento Informado

*Considerando a "Declaração de Helsínquia", da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Viena 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1995; Edimburgo 2000; Washington 2002; Tóquio 2004 e Seoul, 2008)*

Designação do estudo / projeto de Investigação (em português)

Caracterização dos hábitos relacionados com a má-de-oral em
pacientes submetidos a quimioterapia e/ou radioterapia.

Eu, abaixo-assinado (nome completo do Responsável pelo doente)

Responsável pelo doente (nome completo do doente)

Recebi o texto de Informação ao Participante relativo ao procedimento a efetuar. Compreendi a explicação que me foi fornecida pelo investigador que assina este documento. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomiei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de anular a todo o tempo a minha participação do doente no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada.

Por isso, consinto que lhe seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Assinatura do Responsável pelo doente: _____ Data: ____/____/201__

Nome do Investigador responsável: _____

Assinatura do Investigador responsável: _____ Data: ____/____/201__

Anulação do Consentimento Informado

Declaro que recebi a Informação ao Participante relativo ao estudo / projeto de investigação em questão, que me foi proposto pelo investigador que assina este documento e pretendo anular o consentimento dado na data ____/____/201__.

Assinatura do Responsável pelo doente: _____ Data: ____/____/201__

Assinatura do Investigador Responsável: _____ Data: ____/____/201__

Nota: Fornecimento obrigatório de cópia ao Responsável pelo doente

Anexo 7 – Questionário

Caracterização dos hábitos relacionados com a saúde oral em pacientes submetidos a quimioterapia e/ou radioterapia.

Este questionário destina-se a caracterizar os hábitos de saúde oral de pacientes com diagnóstico de patologia oncológica. O tempo estimado de resposta ao questionário é de aproximadamente 15 minutos.

A participação no estudo é voluntária e toda a informação fornecida é confidencial e anónima. Agradeço a disponibilidade e colaboração.



Questionário:

1) Idade: ____ anos

2) Sexo:

☐₁ F

☐₂ M

3) Estado civil:

☐₁ Solteiro(a)

☐₂ Casado(a)

☐₃ Viúvo(a)

☐₄ Divorciado(a)

4) Escolaridade:

☐₁ 1º Ciclo. – 1ºAno ☐₁ 2ºAno ☐₂ 3ºAno ☐₃ 4ºAno ☐₄

☐₂ 2º Ciclo. – 5ºAno ☐₅ 6ºAno ☐₆

☐₃ 3º Ciclo. – 7ºAno ☐₇ 8ºAno ☐₈ 9ºAno ☐₉

☐₄ Secundário. – 10ºAno ☐₁₀ 11ºAno ☐₁₁ 12ºAno ☐₁₂

☐₅ Ensino superior.

5) Profissão:

☐₁ Estudante

☐₂ Empregado

☐₃ Doméstica

☐₄ Desempregado

☐₅ Reformado

6) Tratamento que está a efetuar ou efetuou:

☐₁ Radioterapia

☐₂ Quimioterapia

☐₃ Ambas

7) Localização da patologia: _____

8) Com que regularidade visita o seu médico dentista:

☐₁ 6 em 6 meses.

☐₂ 1x por ano.

☐₃ > 1 ano

☐₄ quando preciso

☐₅ nunca fui ao dentista.

9) Quantas vezes escova os dentes por dia:

☐₁ Nenhuma.

☐₂ 1x. M – A – N

☐₃ 2x. M – A – N

☐₄ 3x. M – A – N

9.1) Caso a resposta seja “nenhuma”, indique o principal motivo pelo qual não escova os dentes:

9.2) Antes de ter esta doença costumava higienizar a sua boca?

☐₁ Sim.

☐₂ Não

9.3) Antes da doença, quantas vezes escovava os dentes por dia?

☐₁ Nenhuma.

☐₂ 1x. M – A – N

☐₃ 2x. M – A – N

☐₄ 3x. M – A – N

10) Com que frequência muda de escova:

☐₁ 3-3meses

☐₂ 6-6meses

☐₃ 1x p/ ano

☐₄ quando necessito

10.1) Se respondeu “quando necessito” indique a principal razão.

11) Como são as cerdas da escova:

☐₁ Macias

☐₂ Médias

- ☐₃ Duras
- ☐₄ Não sabe

12) Utiliza dentífrico com flúor?

- ☐₁ Sim
- ☐₂ Não
- ☐₃ Não sabe
- ☐₄ Não utilizo pasta dentífrica.

13) Que cuidados tem após a utilização da escova dentária? (assinale todas as respostas que se aplicam ao seu caso)

- ☐₁ Lava-a.
- ☐₂ Seca-a.
- ☐₃ Desinfeta-a. Com que produto? _____

14) Antes de ser diagnosticada a doença:

14.1) Quais os meios auxiliares de higiene oral que utilizava? (assinale todas as respostas que se aplicam ao seu caso)

- ☐₁ Fio/fita dentária.
- ☐₂ Escovilhão.
- ☐₃ Elixires e/ou colutórios.
- ☐₄ Raspador lingual.

14.2) Quais eram as zonas que higienizava na sua boca? (assinale todas as respostas que se aplicam ao seu caso)

- ☐₁ Dentes.
- ☐₂ Gengivas.
- ☐₃ Língua.
- ☐₄ Palato (“céu da boca”).
- ☐₅ Parte interna das bochechas.

14.3) Como avaliava a sua higiene oral?

- ☐₁ Excelente.
- ☐₂ Boa.
- ☐₃ Razoável.
- ☐₄ Má.
- ☐₅ Não tenho opinião.

15) Após o diagnóstico da doença:

15.1) Quais os meios auxiliares de higiene oral que utiliza? (assinale todas as respostas que se aplicam ao seu caso)

- ☐₁ Fio/fita dentária.
- ☐₂ Escovilhão.
- ☐₃ Elixires e/ou colutórios.

☐₄ Raspador lingual.

15.2) Quais as zonas que higieniza na sua boca? (assinale todas as respostas que se aplicam ao seu caso)

☐₁ Dentes.

☐₂ Gengivas.

☐₃ Língua.

☐₄ Palato (“céu da boca”).

☐₅ Parte interna das bochechas.

15.3) Como avalia a sua higiene oral?

☐₁ Excelente.

☐₂ Boa.

☐₃ Razoável.

☐₄ Má.

☐₅ Não tenho opinião.

16) Considera que a escovagem da boca é:

☐₁ Nada importante.

☐₂ Pouco importante.

☐₃ Indiferente.

☐₄ Importante.

☐₅ Muito importante

17) Utiliza prótese?

☐₁ Sim

☐₂ Não

Caso a resposta seja “sim”, indique que tipo de prótese possui:

☐₁ Fixa (p.ex: coroas, implantes...).

☐₂ Removível (vulgo “placas”).

18) Hábitos Tabágicos:

☐₁ Fumador

☐₂ Nunca fumou

☐₃ Ex-fumador

18.1) Caso seja “fumador”, indique o nº de cigarros consumidos por dia:

18.2) Caso seja “ex-fumador”, indique há quantos anos abandonou este hábito:

☐₁ < 1 ano.

☐₂ 1-5 anos.

☐₃ > 5 anos.

18.3) Caso seja “fumador ou ex-fumador”: a sua condição atual fê-lo alterar os seus hábitos tabágicos?

- ☐₁ Sim, diminuí o nº de cigarros consumidos por dia.
☐₂ Sim, deixei de fumar.
☐₃ Não.

19) Hábitos de consumo de álcool – antes do diagnóstico da doença:

- ☐₁ Sim
☐₂ Não

19.1) Caso a resposta seja “sim”, assinale os momentos em que o fazia:

- ☐₁ Às refeições.
☐₂ Fora das refeições.

19.2) Alterou o consumo de álcool após o seu diagnóstico?

- ☐₁ Sim. **Porquê?** _____
☐₂ Não

Hábitos alimentares:

20) Aumentou o número de ingestões de alimentos por dia desde que lhe foi diagnosticada a doença?

- ☐₁ Sim
☐₂ Não

21) Evita algum tipo de alimento desde que iniciou o tratamento?

- ☐₁ Sim
☐₂ Não

Caso a resposta seja “sim” mencione qual ou quais evita e qual a razão:

22) Com que frequência consome alimentos e/ou bebidas açucarados?

22.1) Antes do diagnóstico:

- ☐₁ Nunca.
☐₂ Raramente.
☐₃ Pelo menos 1x p/ semana (1 ou mais vezes).
☐₄ Só em dias de festa.
☐₅ Todos os dias.

22.2) Depois do diagnóstico:

- ☐₁ Nunca.
☐₂ Raramente.
☐₃ Pelo menos 1x p/ semana (1 ou mais vezes).

☐₄ Só em dias de festa.

☐₅ Todos os dias.

23) Após o seu diagnóstico, visitou o seu médico dentista?

☐₁ Sim

☐₂ Não

24) Aumentou a sua preocupação pela saúde oral após o diagnóstico da doença?

☐₁ Sim

☐₂ Não

☐₃ Não sabe

25) Teve problemas com os seus dentes após o início do tratamento?

☐₁ Sim

☐₂ Não

☐₃ Não sabe

26) Teve problemas com as suas gengivas após o início do tratamento?

☐₁ Sim

☐₂ Não

☐₃ Não sabe

27) Acredita que os problemas de saúde oral afetam o tratamento da doença?

☐₁ Sim

☐₂ Não

☐₃ Não sabe

28) Está preocupado com o facto de o tratamento da doença poder afetar a sua saúde oral?

☐₁ Sim

☐₂ Não

☐₃ Não sabe

29) Alguém lhe disse que o tratamento da sua doença poderá afetar a saúde oral?

☐₁ enfermeiro.

☐₂ oncologista.

☐₃ o seu médico dentista.

☐₄ médico de família.

☐₅ ninguém.

☐₅ informações dos media (internet, TV, jornais etc.)

30) Em alguma fase do tratamento necessitou consultar o seu dentista?

☐₁ Sim

☐₂ Não

No caso de ter efetuado, indique o motivo da consulta.

31) O seu médico dentista informou-o sobre o possível impacto do seu tratamento na sua saúde oral?

☐₁ Sim

☐₂ Não

Caso a resposta seja “sim”, assinale em que momento o fez:

☐₁ Antes da cirurgia.

☐₂ Radioterapia.

☐₃ Quimioterapia.

32) O oncologista ou enfermeiro nas consultas questionou acerca da sua condição oral?

☐₁ Sim

☐₂ Não

33) Desde que iniciou o tratamento sente:

33.1) A boca seca?

☐₁ Sim

☐₂ Não

33.2) Tem aftas?

☐₁ Sim

☐₂ Não

33.3) Tem sangramento das gengivas?

☐₁ Sim

☐₂ Não

33.4) Sente dificuldades em mastigar e/ou deglutir?

☐₁ Sim

☐₂ Não

33.5) Sente limitação da abertura da boca e/ou restrição dos movimentos do maxilar inferior, e/ou rigidez dos músculos da face (*trismus*)?

☐₁ Sim

☐₂ Não

33.6) Outra alteração na boca ou face?

34) Recebeu algum tipo de conselhos/ensinamentos para melhorar a sua higiene oral após o diagnóstico*?

☐₁ Sim

☐₂ Não

Quais? _____

34.1) Caso a resposta seja “sim”: Considera que os ensinamentos que lhe fizeram sobre a higiene oral são:

☐₁ Nada importantes.

☐₂ Pouco importantes.

☐₃ Indiferentes.

☐₄ Importantes.

☐₅ Muito importantes.

36) Tem à vontade para questionar o seu oncologista ou enfermeiro sobre problemas de saúde oral?

☐₁ Sim

☐₂ Não

Muito obrigada pela sua participação.

Anexo 8 – Declaração de Autoria

DECLARAÇÃO

Monografia de Investigação

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia/Relatório de Atividade Clínica, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

Porto, 15 de Maio 2019.

A Investigadora:

Inês Catarina Alves Inocência

(Inês Catarina Alves Inocência)

Anexo 9 – Parecer do Orientador

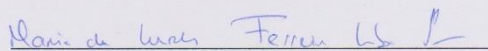
PARECER

(Entrega do trabalho final de Monografia)

Informo que o trabalho de Monografia desenvolvido pela estudante *Inês Catarina Alves Inocência*, com o título: *“Caracterização dos hábitos relacionados com a saúde oral em pacientes submetidos a quimioterapia e/ou radioterapia”*, está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

Porto, 15 de maio 2019.

A orientadora:



(Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira)

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto