

**U. PORTO**



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## **Mucosite oral em cuidados paliativos**

Sandra Cristina Carvalho Teixeira

Dissertação de Mestrado em Oncologia – Especialização em  
Enfermagem Oncológica

2010

Sandra Cristina Carvalho Teixeira

## Mucosite em cuidados paliativos

Dissertação de Candidatura ao grau de Especialização em Enfermagem Oncológica, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador: Professora Doutora Rosa Begonha  
Categoria: Professora Universitária, Oncologista Médica

Afiliação: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Instituto Português de Oncologia do Porto.

Co - Orientador: Mestre Alzira David

Categoria: Enfermeira

Afiliação: Instituto Português de Oncologia do Porto.

**SIGLAS**

**IPO** – Instituto Português de Oncologia - Porto

**MASCC/ISOO** – Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society for Oral Oncology

**MSG** – Mucositis Study Group

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ÍNDICE**

<b>RESUMO</b> .....	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>Mucosite: Fisiopatologia</b> .....	<b>10</b>
<b>Causas de Mucosite</b> .....	<b>12</b>
<b>Escalas de avaliação de mucosite</b> .....	<b>14</b>
<b>Prevenção: Qual a importância?</b> .....	<b>15</b>
<b>Protocolos</b> .....	<b>16</b>
<b>Pergunta de Investigação</b> .....	<b>18</b>
<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>18</b>
<b>BIBLIOGRAFIA:</b> .....	<b>22</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>25</b>
<b>Anexo A</b> .....	<b>26</b>
<b>Anexo B</b> .....	<b>28</b>
<b>Anexo C</b> .....	<b>30</b>

**ÍNDICE DE TABELAS**

**Tabela 1: Factores de risco para o aparecimento de mucosite ..... 13**

**Tabela 2: Escala de Avaliação de Mucosite da OMS ..... 14**

**Tabela 3: Características clínicas ..... 20**

**ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura1: Problemas orais em cuidados paliativos.</b>	<b>10</b>
<b>Figura 2: Escala verbal para avaliação da dor</b>	<b>15</b>

## Mucosite em cuidados paliativos

### RESUMO

**Introdução:** A mucosite oral é uma complicação frequente (85-100%) [1] em doentes oncológicos que foram submetidos a tratamentos de quimio/radioterapia. Tem um impacto significativo na saúde, na qualidade de vida dos doentes e ao nível económico pelos gastos que o seu tratamento requer [2]. Mucosite refere-se à inflamação faringo-esofago-gastrointestinal que se manifesta por rubor, dor, feridas tipo queimadura ou ulcerações em toda a boca [3]. A mucosite oral não é um fenómeno exclusivo de doentes a realizar quimio/radioterapia, uma vez que se verifica a sua presença em doentes paliativos. Segundo a experiência da Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos, cerca de 60-70% dos doentes com doença oncológica avançada e progressiva apresentam problemas na boca [5].

Identificando-se factores de risco para o aparecimento de mucosite oral em cuidados paliativos, poder-se-ão estudar medidas preventivas e de tratamento relacionadas com este fenómeno e assim contribuir para a melhoria da qualidade vida destes doentes. Sendo assim, através deste estudo perspectiva-se responder à seguinte pergunta de investigação: “Serão semelhantes as características clínicas dos doentes com e sem mucosite oral do serviço de cuidados paliativos do Instituto Português de Oncologia – Porto (IPO-Porto)?”

**Material e métodos:** Para responder a esta questão projecta-se um estudo prospectivo, observacional avaliando, de forma consecutiva os processos clínicos e doentes que apresentem mucosite oral e os que não apresentam (num total de 100 casos). Serão avaliadas as seguintes características: idade, sexo, presença de mucosite, grau de mucosite, intensidade da dor na cavidade oral, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, condições da higiene oral, uso de próteses dentárias, tratamentos prévios (quimioterapia, incluindo citostáticos utilizados e dose total efectuada), tipo de tumor (sólido ou hematológico), história prévia de mucosite oral, presença de xerostomia, utilização de saliva artificial, nistatina e/ou “colutório IPO” e prescrição de fluconazol.

**Palavras-chave:** avaliação, mucosite oral, cuidados paliativos.

## Oral mucositis in palliative care

### ABSTRACT

**Background:** Oral mucositis is a common complication (85-100%) found in oncological patients who have done chemo/radiotherapy. Have a significant impact on health, quality of life and economical costs. Mucositis refers to pharyngo-esophageal-gastrointestinal inflammation, manifested by redness, pain, sores or ulcers inside the mouth. Oral mucositis is not an exclusive phenomenon to patients that received chemo/radiotherapy. It is also present in palliative patients. The experience of the Spanish Society of Palliative Care, shows that about 60-70% of patients with advanced cancer and progressive disease have problems in the mouth.

It is important to identify risk factors that led to oral mucositis in palliative care to be able to investigate future measures for prevention and treatment of this and thus contribute to improving the patients' quality of life. The trial's aim is to answer the following research question: "Are there clinical similarities in the characteristics of the patients with and without oral mucositis in palliative care service of the Portuguese Oncology Institute – Porto (IPO – Porto)?"

**Material and Methods:** Projects a prospective, observational trial that hopes in consecutive way to manage patients with and without oral mucositis and their own clinical process (in a total of 100 cases). The following characteristics will be evaluated: age, sex, presence of mucositis, mucositis grade, mouth pain, smoking habits, alcohol habits, oral hygiene, presence of dental prostheses, previous treatment (chemotherapy, including chemotherapy agents used and total dose administrated), tumor type (solid or haematological), oral mucositis history, xerostomia presence, use of artificial saliva, nystatin and/or IPO mouthwash and fluconazol prescription.

**Key-words:** management, oral mucositis, palliative care.

## INTRODUÇÃO

A mucosite oral é uma complicação frequente (85-100%) [1] em doentes oncológicos que foram submetidos a tratamentos de quimio/radioterapia. Tem um impacto significativo na saúde, na qualidade de vida dos doentes e ao nível económico pelos gastos que o seu tratamento requer [2]. Mucosite refere-se à inflamação faringo-esofago-gastrointestinal que se manifesta por rubor, dor, feridas tipo queimadura ou ulcerações em toda a boca [3]. Harri Brakett *et al.* definem mucosite como uma inflamação de qualquer tecido das mucosas, incluindo a mucosa oral que pode progredir devido a factores como a secura, o rubor, a inflamação e áreas com fissuras que abrem ferida e úlceras sangrantes, não só na boca como também no esófago, em todo o tracto gastrointestinal, membranas mucosas da vagina e recto [4].

A mucosite oral não é um fenómeno exclusivo de doentes a realizar quimio/radioterapia, uma vez que se verifica a sua presença em doentes paliativos. Segundo a experiência da Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos, cerca de 60-70% dos doentes com doença oncológica avançada e progressiva apresentam problemas na boca [5]. A figura 1 demonstra esquematicamente os problemas de saúde oral em cuidados paliativos.

As lesões na cavidade oral podem ter um grande impacto na qualidade de vida, comprometendo funções físicas e psicológicas, afectando muitas vezes a imagem corporal, a comunicação e a nutrição [6].

A qualidade de vida relacionada com a saúde oral constitui um importante domínio a ser considerado não só quando se avalia o impacto das doenças orais em distintas populações ou grupos, mas também quando se orienta a decisão terapêutica e se avalia a eficácia das intervenções que tenham como objectivo melhorar a saúde oral [7].

O bem-estar e a satisfação de comer dependem em grande medida de uma boa higiene oral, de modo que esta é uma intervenção fundamental para o doente terminal e que deve ser realizado com especial cuidado [8].

Vários estudos têm sido realizados no sentido de identificar as causas da mucosite oral em doentes sob quimio/radioterapia. No entanto, ainda não há evidência de

nenhum estudo específico na área de cuidados paliativos que demonstre a complexidade dos factores intervenientes para a mucosite oral nesta área específica, ou mesmo a identificação de um factor *major*.

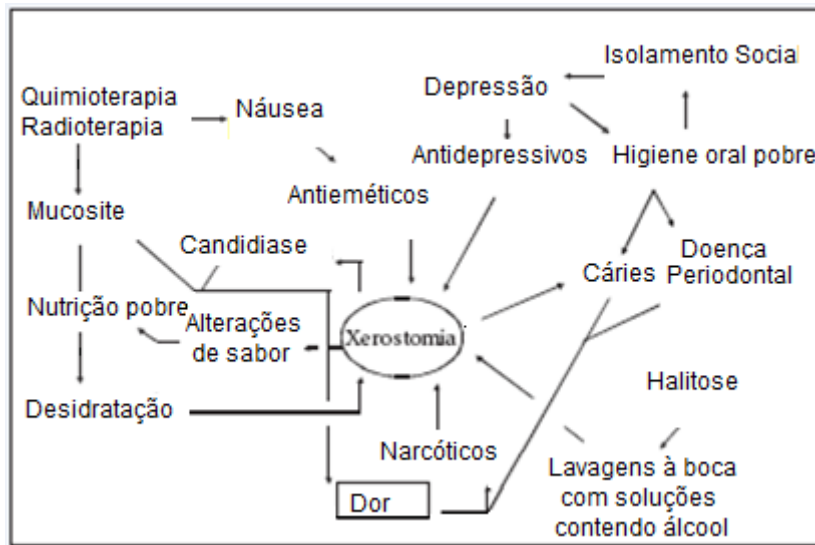
Para além dos tratamentos prévios realizados (quimioterapia e radioterapia), que podem levar ao aparecimento de mucosite oral em doentes oncológicos, no caso particular de doentes em cuidados paliativos, deve ter-se em conta a presença/ausência de xerostomia. Trata-se da sensação subjectiva de boca seca, conseqüente ou não da diminuição/interrupção da função das glândulas salivares, com alterações quer na qualidade, quer na quantidade de saliva [9]. Na xerostomia, além da diminuição da saliva, pode haver também alterações qualitativas, que em conjunto provocam alterações da flora de que resultam infecções, cáries e úlceras [10-11]. Uma terapêutica corrente para o tratamento de xerostomia inclui o uso de substitutos de saliva ou estimulantes de saliva [6].

Avaliar a mucosite oral não é um assunto isento de controvérsias. Os estudos mostram falhas na avaliação das alterações da mucosa oral, amostras limitadas e falta de grupos de controlo adequados [12]. Sendo assim a pertinência deste estudo reside no facto de que mais estudos são necessários para avaliar factores de risco para a mucosite oral, determinar a relação entre eles e o seu impacto na saúde oral e identificar medidas preventivas de modo a diminuir o risco ou eliminá-lo [12].

Este trabalho tem como objectivo avaliar as características dos doentes oncológicos com e sem mucosite oral internados no serviço de cuidados paliativos do Instituto Português de Oncologia – Porto (IPO-Porto).

Conhecendo essas características será possível identificar eventuais factores de risco para o aparecimento de mucosite oral em doentes oncológicos a realizar tratamento sintomático. Só conhecendo os factores de risco para o aparecimento de mucosite oral em cuidados paliativos, se poderá estudar medidas preventivas e de tratamento inerentes a este fenómeno, contribuindo dessa forma para a melhoria dos cuidados de higiene oral e da qualidade vida destes doentes.

Figura1: Problemas orais em cuidados paliativos.



Adaptado de: Wiseman, M., *The Treatment of Oral Problems in the Palliative Patient*.  
Clinical Practice, 2006. 72: Páginas: 453, 458.

### Mucosite: Fisiopatologia

A fisiopatologia da mucosite relacionada com o tratamento do cancro não está totalmente elucidada.

As células “stem” do epitélio da mucosa movem-se do interior do epitélio escamoso superior para a membrana basal e são sujeitas a trauma por agentes químicos, traumatismos mecânicos e agressões térmicas durante a mastigação, salivagem e digestão. A estabilidade das células requer frequentemente a substituição do epitélio basal da mucosa oral em ciclos que variam entre sete a catorze dias [28].

Estão descritas quatro fases interdependentes para o desenvolvimento da mucosite: inflamatória/vascular, epitelial, ulcerativa/bacteriana e, por último, a fase de cura.

A fase inflamatória/vascular ocorre após a administração da quimioterapia ou radioterapia. Citocinas são libertadas do tecido epitelial, incluindo factor- $\alpha$  de necrose

tumoral, que leva ao dano tecidual, por vezes interleucina-6 e interleucina-1, que iniciam a resposta inflamatória, aumentando a vascularidade sub-epitelial. Assim, aumenta a exposição dos tecidos aos agentes citostáticos.

Na fase epitelial existe redução da renovação epitelial e atrofia. Geralmente ocorre entre o quarto e quinto dia após administração de quimioterapia. Os fármacos que actuam especificamente na fase S do ciclo celular (metotrexato, 5-fluoruracilo e citarabina), contribuem muito para este fenómeno [28].

A fase ulcerativa/bacteriana constitui-se como a fase biologicamente mais complexa. Tem início aproximadamente uma semana após a administração de quimioterapia, coincidindo com o período de neutropenia mais intenso. Provavelmente é uma fase que não está relacionada com nenhum agente em particular. Durante esta fase sintomática os doentes podem ter dor orofaríngea e, portanto, disfagia, diminuição da ingestão oral e dificuldade em falar. Dá-se o aparecimento de colonização por bactérias na mucosa ulcerada e as endotoxinas produzidas por organismos gram-negativos induzem a libertação de interleucina-1, factor de necrose tumoral e produção de óxido nítrico que podem aumentar o dano da mucosa. A radioterapia e quimioterapia amplificam e prolongam a libertação das citocinas, por isso, exacerbam a resposta tecidual. A expressão genética das citocinas e enzimas nos tecidos danificados pode modificar a transcrição dos factores [28].

A cura das lesões orais nos doentes sem depressão medular, ocorre entre e segunda e terceira semanas e é acompanhada pela proliferação e diferenciação do epitélio. É recomposto o número de leucócitos no sangue, restabelecida a flora microbiana e diminui a dor orofaríngea [28].

## Causas de Mucosite

Existem várias causas que podem levar ao aparecimento de mucosite as quais se passam a descrever:

- Relacionadas com a doença: agentes casuais que incluem tumores primários que se apresentam nas regiões anatómicas onde se encontra a membrana mucosa, por exemplo: tumores do trato gastrointestinal; infiltração de células leucémicas; sarcoma de Kaposi.
- Relacionadas com o tratamento: a mucosite é consequência de vários tratamentos antineoplásicos, tais como a radioterapia e certos citostáticos [13]. Os citostáticos que mais frequentemente conduzem a mucosite são: 5- fluoruracilo, as antraciclinas, agentes alquilantes, taxanos, alcalóides da vinca, antimetabolitos e regimes mieloablativos [28].
- Relacionadas com outras causas. A mucosite pode ser causada por xerostomia e inflamação das glândulas salivares (parotidite). As intervenções cirúrgicas realizadas na superfície da mucosa (tais como as incisões) também causam um grau de inflamação [13].

É importante realçar que Dodd *et al.* (citado por Brackett *et al.*) documentaram não haver relação significativa entre o acto de fumar e o desenvolvimento de mucosite [14]. No entanto, segundo a observação da Tabela 2, vemos que fumar é um factor de risco, segundo Eilers e Million (2007) [12]. Já a idade apresenta-se como um factor de risco, uma vez que com a idade aumenta a sensibilidade à toxicidade oral, em particular para adquirir mucosite [15].

As variações genéticas podem afectar a resposta da quimioterapia ao cancro [16]. Exemplos disso são os polimorfismos em mono-nucleótidos que têm sido alvo de estudos recentes. Estas alterações genéticas podem levar ao aumento da toxicidade dos fármacos, levando a maior incidência de mucosite. Exemplo disso foi um estudo realizado em 2005 em doentes japoneses, levado a cabo por Yonemori *et al.*, no qual identificam um polimorfismo que pode aumentar a toxicidade da cisplatina e da gencitabina, consequentemente encontraram uma incidência maior de mucosite grau 3 [17].

Tabela 1: Factores de risco para o aparecimento de mucosite

<b>Idade</b>	Aumento do risco em doentes muito jovens devido à alta taxa de renovação celular e em doentes idosos devido à diminuição da taxa de reparação celular.
<b>Género</b>	Estudos indicam tendência para aumento de mucosite em mulheres.
<b>Condições da higiene oral</b>	Uma boca limpa e saudável é menos propícia a desenvolver problemas como a mucosite.
<b>Secreção salivar</b>	Diminuição da saliva causa aumento de problemas relacionados com mucosite.
<b>Factores genéticos</b>	Alguns indivíduos podem apresentar aumento da resistência à mucosite – ainda não foram identificados mais pormenores.
<b>Índice de massa corporal</b>	Indivíduos mal nutridos são mais propensos a dificuldades de cicatrização.
<b>Função renal</b>	Creatinina elevada potencia o aumento da toxicidade.
<b>Fumar</b>	Afecta a microcirculação e potencia atrasos na microcirculação.
<b>Tratamentos oncológicos prévios</b>	História de problemas com mucosite como resultado de tratamentos oncológicos prévios.

Adaptado de: Eilers, J.M., Rita, *Prevention and Management of Oral Mucositis in Patients With Cancer*. Seminars in Oncology Nursing, 2007. 23: Páginas: 201, 212.

## Escalas de avaliação de mucosite

Existem várias tabelas de avaliação de mucosite. Não há evidência de que uma seja melhor que outras, como tal, apresenta-se a utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) [18].

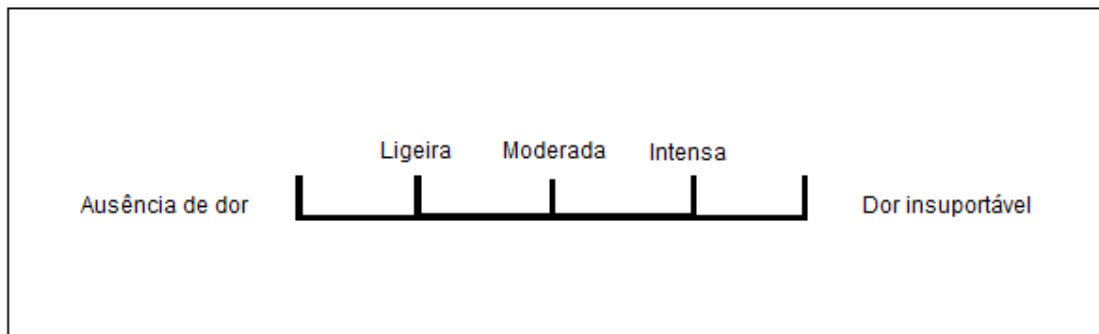
Tabela 2: Escala de Avaliação de Mucosite da OMS

Grau	Sinais e sintomas
0	Ausência de sintomas
1	Eritema sem úlceras
2	Eritema com ulcerações, mas capaz de comer normalmente
3	Apenas tolerância de dieta líquida
4	Incapaz de comer ou beber

*Adaptado de: Kowanko, I.H., Brent; Long, Lesley; Evans, David, Prevention And Treatment Of Oral Mucositis In Cancer Patients. Best Practice, 1998. 2.*

A dor associada à mucosite é a queixa mais frequente dos doentes e está relacionada com a alta sensibilidade dos nervos localizados na cavidade oral. A dor leva a dificuldade em falar, comunicar e deglutir, o que afecta o estado nutricional dos doentes [12]. Sendo assim, é importante proceder à avaliação da dor na cavidade oral, tendo-se seleccionado para o efeito uma escala verbal devido à simplicidade na resposta dos doentes (ver figura 2). Nas escalas verbais a intensidade é traduzida em palavras, como: ausente, ligeira, moderada, intensa e insuportável [11].

Figura 2: Escala verbal para avaliação da dor



*Adaptado de:* Gonçalves, F., *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Fundação Calouste Gulbenkian ed. 2002, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Página 16.

## **Prevenção: Qual a importância?**

Recorrendo à bibliografia verifica-se consenso no que concerne à importância da prevenção. No entanto efectivar medidas preventivas gera controvérsias. Veja-se o exemplo do cloridrato de benzidamida, um anti-inflamatório não-esteróide utilizado na prevenção de mucosite induzida por radioterapia, não licenciado nos Estados Unidos da América, mas aprovada, por exemplo na Europa mesmo com resultados controversos [19].

Através de medidas preventivas consegue-se:

- melhorar o estado da boca,
- obter uma diminuição da incidência ou de gravidade das dores ou odores,
- recuperar capacidade funcional, o paladar, o apetite, a deglutição e a comunicação,
- evitar as infecções da cavidade oral e digestiva [20].

Uma boa higiene oral é fundamental para a prevenção de infecções orais, doença periodontal e sintomas orais especialmente a halitose, para prevenir danos futuros na mucosa oral em doentes sob tratamento farmacológico e antineoplásico, para aliviar a dor

e/ou desconforto e contribuir para o aumento ou manutenção da ingestão oral. Ao nível relacional é importante para minimizar o “stress” psicológico, evitar o isolamento social, aumentar o envolvimento familiar e manter a dignidade do doente, mesmo que a morte esteja próxima [6].

## Protocolos

Segundo Benito (2006), todos os doentes em risco de mucosite devem ser alvo de um regime de tratamento oral como complemento da globalidade dos cuidados. Ao longo dos anos têm sido propostas várias intervenções terapêuticas, nem todas tendo sobrevivido à prova do tempo e outras com eficácia não consensual como já foi exemplificado [20].

Seguidamente apresentam-se alguns cuidados/práticas de enfermagem recomendados na higiene oral em cuidados paliativos:

- O número de lavagens à cavidade oral deverá ser no mínimo quatro vezes ao dia (depois das principais refeições de manhã e à noite), segundo “Oral Care Guidelines for Palliative Care Patients” [21].
- Devem-se preferir os colutórios sem álcool, uma vez que os que contêm álcool secam a mucosa oral [22].
- Por vezes as escovas de dentes podem não são aconselhadas como em casos de trombocitopenia e podem não ser práticas devido à dor. O uso de uma escova de esponja pode ser eficaz [14, 23], especialmente quando o doente não se encontra capaz de colaborar nos bochechos [8].
- Higiene oral com escovas de esponja, fio dental e bochechos com uma solução de bicarbonato de sódio (uma colher de chá para um copo de água), são cuidados básicos para a promoção de uma boa higiene oral [6].
- A aplicação de vaselina na mucosa oral e lábios é desaconselhada, pois trata-se de um produto com base em petróleo que absorve água dos tecidos e que pode impedir a remoção de bactérias pela saliva. Além disso, produtos com base em petróleo são potenciais combustíveis quando o doente está a ser submetido a oxigenioterapia [22].

É importante que todos os doentes com risco de desenvolver mucosite recebam cuidados orais padronizados. O objectivo destes cuidados é manter a boca limpa e limitar o aparecimento de infecções oportunistas dado a lesão da mucosa [18].

Encontrar cuidados padronizados não é fácil, mas as dificuldades não ficam pela pesquisa bibliográfica, pois quando se tenta a implementação prática de conteúdos teóricos alguns obstáculos podem surgir.

Em 2000 Biron *et al.* escrevem uma publicação sobre controvérsias na avaliação da mucosite oral. Realçam a importância das lavagens da cavidade oral com uma solução salina e o alívio da dor com protocolos na profilaxia de problemas periodontais antes do tratamento do cancro. Em relação a outros procedimentos (que não especificam), julgam haver controvérsias, nomeadamente em relação à prevenção, duração da doença, controlo de complicações e conforto [4].

Em 2002 McGuire refere que existem barreiras na implementação de protocolos de cuidados orais em doentes com cancro. As principais barreiras encontradas foram: lacunas no conhecimento, confiança na tradição, ausência ou inconsistência na avaliação dos cuidados orais, diversidade nas práticas dos cuidados, evidência científica insuficiente ou conflituosa, lacunas na aceitação de “standards” universais, barreiras na administração (administradores hospitalares podem não reconhecer a importância dos programas de educação para a saúde oral) e barreiras clínicas (falta de tempo dos enfermeiros para os cuidados) e falta de colaboração interdisciplinar [24].

De modo a colmatar as barreiras citadas, esse autor desenvolveu estratégias de implementação de protocolos de higiene oral: 1- reconhecimento de que a higiene oral é medicamente necessária em doentes com cancro; 2- colaboração com diferentes profissionais de saúde e especialidades; 3- ter em conta a evidência baseada na prática tanto quanto possível [24].

O “Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society for Oral Oncology” (MASCC/ISOO), é uma organização dedicada ao alívio do sofrimento de doentes com cancro que tenta encontrar soluções para os problemas mais difíceis. Dentro desta organização está inserido o “Mucositis Study Group” (MSG), criado em 1998, com o objectivo inicial de criar protocolos para a prevenção e tratamento da mucosite oral. Mais tarde veio a ser necessário incluir a mucosite gastrointestinal [25].

Esta associação cria e revê protocolos sobre cuidados de higiene básicos, prevenção da mucosite oral decorrente de radioterapia e quimioterapia. No entanto, estes protocolos não contemplam a prevenção da mucosite oral em doentes paliativos. No entanto, em 2006, um subgrupo do “Mucositis Study Group” intitulado “Basic Oral Care Group”, escreve um artigo de revisão no qual insere os cuidados paliativos, mais concretamente o controlo da dor. Baseados na evidência existente conseguiram apenas chegar a um consenso: o painel recomenda o controlo analgésico do doente com morfina como tratamento para a mucosite oral em doentes submetidos transplante de células hematopoiéticas (nível de evidência I; grau de recomendação A) [26].

## **Pergunta de Investigação**

Serão semelhantes as características clínicas dos doentes com e sem mucosite oral do serviço de cuidados paliativos do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto)?

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Para responder a esta questão projecta-se um estudo prospectivo, observacional avaliando, de forma consecutiva os processos clínicos e doentes que apresentem mucosite oral e os que não apresentam (num total de 100 casos). Serão avaliadas as seguintes características: idade, sexo, presença de mucosite, grau de mucosite, intensidade da dor na cavidade oral, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, condições da

higiene oral, uso de próteses dentárias, tratamentos prévios (quimioterapia, incluindo citostáticos utilizados e dose total efectuada), tipo de tumor (sólido ou hematológico), história prévia de mucosite oral, presença de xerostomia, utilização de saliva artificial, nistatina e/ou “colutório IPO” e prescrição de fluconazol (ver tabela 4).

O doente entra no estudo no momento de admissão no serviço de cuidados paliativos. Nesta altura, serão avaliados todos os parâmetros da tabela 4. Entretanto, diariamente são avaliados factores que se podem alterar ao longo dos dias como: avaliação da dor, presença/ausência de mucosite e grau, xerostomia, utilização de saliva artificial, nistatina e/ou “colutório IPO” e prescrição de fluconazol. O doente sai do estudo por alta clínica ou óbito.

Serão excluídos doentes com cancros da cabeça e pescoço que realizaram radioterapia a esta região. (No cancro da cabeça e pescoço, a radioterapia é habitualmente o tratamento de escolha e o campo de irradiação compreende as glândulas salivares e a mucosa oral, o que aumenta o risco de mucosite [27]).

Tabela 3: Características clínicas

Idade	
Sexo	
Tipo de tumor	Sólido.....Hematológico.....
Antecedentes de mucosite oral	Sim.....Não.....
Presença de mucosite	Sim.....Não..... Grau.....
Intensidade de dor na cavidade oral	<p>Ausência de dor      Leve      Moderada      Intensa      Dor insuportável</p>
Hábitos tabágicos	Sim.....Não.....
Hábitos alcoólicos	Sim.....Não.....
Condições da higiene oral	Boa.....Má.....
Uso de próteses dentárias	Sim.....Não..... Superior..... Inferior.....
Realização de quimioterapia	Sim.....Não..... Fármaco.....Dose total.....
Xerostomia	Sim.....Não.....
Utilização de saliva artificial	Sim.....Não.....
Utilização de nistatina	Sim.....Dose/dia.....Não.....
Utilização de “colutório IPO”	Sim.....Frequência.....Não.....
Prescrição de Fluconazol	Sim.....Dose/dia..... Via Administração..... Não.....

Em anexo A coloca-se o pedido à comissão de ética do Instituto Português de Oncologia - Porto para a autorização da realização deste estudo. Em Anexo B apresenta-se o cronograma com as várias etapas previstas até à finalização deste estudo e o tempo previsto para cada uma das fases. Por último, em Anexo C, encontra-se o modelo de consentimento informado para a autorização do doente ou seu representante legal na participação deste estudo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Peterson, D., *New Strategies for Management of Oral Mucositis in Cancer Patients*. Supportive Oncology, 2006. 4: Páginas 9, 14.
2. Sonis, S. T., *The pathobiology of mucositis*. Nature Review Cancer, 2004. 4: Páginas 277, 284.
3. Chiappelli, F., *The Molecular Immunology of Mucositis: Implications for Evidence-Based Research in Alternative and Complementary Palliative Treatments*. e CAM, 2005. 2: Páginas 489, 494.
4. Biron, P. S., C.; Gourmet, R.; Chvetzoff, G.; Philip, I.; Blay, J.Y., *Research Controversies In Menagement of Oral Mucositis*. Support Care Cancer, 2000. 8: Páginas 68, 71.
5. SECPAL. *Guía Cuidados Paliativos*. [01, july, 2010]; Available from: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=once>.
6. Conno, *et al.*, *Mouth Care*, in *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, G.C. Hanks, Nathan; Nicholas A. Chistakis; Fallon, Marie; Kaasa, Stein; Portency, Russell, Editor. 2010: Oxford.
7. Silca, I. M., Rute; Siveira, Augusta. *Avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral*. 17, Julho, 2010]; Available from: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/452/1/264-274%20FCHS04-18.pdf>.
8. Gómez-Batiste, X. D., J. Plano; Casas, J. Rocas; Quemada, P. Viladui, *Cuidados Paliativos en Pediatría*, in *Cuidados Paliativos en Oncología*, E. Barcelona, Editor. 1996.
9. Feio, M.P., Sapeta, *Xerostomia em Cuidados Paliativos*. Acta Med Port, 2005. 18: Páginas 459, 466.

10. Sweeney, M.J., Bagg; WP Baxter; TC Aitchinson, *Oral Disease in Terminally ill Cancer Patients with xerostomia*. Oral Oncol, 1998. 34: Páginas 123, 126.
11. Gonçalves, F., *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Fundação Calouste Gulbenkian ed. 2002, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Página 16.
12. Eilers, J.M., Rita, *Prevention and Management of Oral Mucositis in Patients With Cancer*. Seminars in Oncology Nursing, 2007. 23: Páginas 201, 212.
13. Robinson, *Mucositis - A Nursing Management Approach*. Oncology Nursing, 2008. 12: Páginas 14, 16.
14. Brackett, *et al.*, *Mucositis*, in *Oncology Nursing Secrets*, R.A. Gates, Editor. 2001: Philadelphia. Páginas 347, 352.
15. Lichtman, S., *Physiological Aspects of Aging. Implications For The Treatment of Cancer*. Drugs Aging, 1995. 7: Páginas 212, 225.
16. Ulrich; Cornelia M.; Robien, K.M., Howard L., *Cancer pharmacogenetics: polymorphisms, pathways and beyond*. Nature Review Cancer, 2003. 3: Páginas 912, 920.
17. Yonemori, Kan *et al.*, *Severe Drug Toxicity Associated with a Single-Nucleotide Polymorphism of the Cytidine Deaminase Gene in a Japanese Cancer Patient Treated with Gemcitabine plus Cisplatin*. Clin Cancer Res, 2005. 7: Páginas 2620, 2624.
18. Kowanko, I.H., Brent; Long, Lesley; Evans, David, *Prevention And Treatment Of Oral Mucositis In Cancer Patients*. Best Practice, 1998. 2(3).
19. Hanriot, R.M., Ana, *Atualização da Prevenção e Manejo da Mucosite Radioinduzida em Câncer da Cabeça e Pescoço*. Prática Hospitalar, 2008: Páginas 106, 110.

20. Benito, A.P., *Mucosite*, in *Manual de Cuidados Paliativos*, A.N. Barbosa, Isabel, Editor. 2006. Páginas 338, 341.
21. Scragg, S., *Oral Care Guidelines for Palliative Care Patients*. 2009.
22. Wiseman, M., *The Treatment of Oral Problems in the Palliative Patient*. Clinical Practice, 2006. 72: Páginas 453, 458.
23. Scully, C.E., J.; Sonis, S., *Oral Mucositis: A Challenging Complication of Radiotherapy, Chemotherapy, and Radiotherapy*. Head Neck, 2003. 25 (Part 1: Pathogenesis and Prophylaxis of Mucositis): Páginas 1052, 1070.
24. McGuire, D.B., *Barriers and Strategies in Implementation of Oral Care Standards for Cancer Patients*. Support Care Cancer, 2003. 11: Páginas 435, 441.
25. Keefe, D.M.K., *Mucositis guidelines: what have they achieved, and where to from here?* Support Care Cancer, 2006. 14: Páginas 489, 491.
26. MCGuire, D.B., Maria Elvira; Johson, Judith; Wienandts, Patricia, *The role of basic oral care and good clinical practice principles in the management of oral mucositis*. Support Care Cancer, 2006. 14: Páginas 541, 547.
27. Albuquerque, L.C., Teresa *Prevenção e Tratamento da Mucosite Oral Induzida por Radioterapia: Revisão de Literatura*. Revista Brasileira de Cancerologia, 2007: Páginas 195, 209.
28. DeVita, Vicent T. *et al.*, *Principles & Practice of Oncology*: 7<sup>th</sup> Edition. Philadelphia, 2005: Páginas 2524, 2525.

# ANEXOS

# ANEXO A

Exma. Comissão de Ética do Instituto  
Português de Oncologia do Porto, EPE

Exmos. Senhores:

Eu, Sandra Cristina Carvalho Teixeira, Enfermeira no Serviço de Cuidados Paliativos desta Instituição, com o número mecanográfico 11054, venho por este meio pedir a esta Comissão o vosso parecer para a implementação do projecto de investigação que junto se anexa, a realizar no supra citado serviço.

Atenciosamente

Enfermeira Sandra Cristina Carvalho Teixeira

# ANEXO B

**CRONOGRAMA**

	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho
Pedido Comissāo Ética									
Recolha de dados									
Análise estatística de dados									
Interpretaçāo dos dados									
Redacçāo dos resultados									

# ANEXO C

## **Mucosite em cuidados paliativos**

Os problemas na cavidade oral são uma realidade frequente no serviço de cuidados paliativos. Interferem com a capacidade do doente na alimentação, em saborear os alimentos, com a capacidade do doente comunicar e, por vezes, estão associados a dor e à presença de feridas na boca. Habitualmente designam-se a estas alterações por mucosite oral.

Acredita-se que conhecendo as causas que provocam estas alterações, que diminuem a qualidade de vida e bem-estar do doente, se possa, posteriormente melhorar os cuidados de saúde, encontrando estratégias e cuidados adequados para diminuir o frequência de mucosite oral em doentes em cuidados paliativos. Assim, desenhou-se um estudo no qual é necessário inspeccionar diariamente o estado da cavidade oral do doente e saber se o mesmo refere dor na boca.

A entrada do doente neste estudo não interfere com o plano de internamento, o doente e familiares têm o direito de colocar questões sobre o estudo que possam não estar aqui esclarecidas e desistir a qualquer momento.

Ao longo do tratamento de dados é conferido o anonimato do doente.

Grata pela vossa colaboração.

A Investigadora:

Enfermeira Sandra Cristina Carvalho Teixeira

Eu,.....

com o número de processo clínico no IPO....., venho por este meio autorizar a participação no estudo sobre “Mucosite em cuidados paliativos”, sendo que me foram prestados todos os esclarecimentos que solicitei. Está salvaguardada a não interferência com os objectivos do internamento e o direito de desistir a qualquer momento.

Porto

Data:

Assinatura do doente ou representante legal:

.....