



e s c o l a superior de
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA

Higiene oral na pessoa com doença hemato-oncológica
a realizar quimioterapia

Sílvia Magda Santos Pereira dos Reis

Orientadora: Mestre Isabel Maria Henriques Simões

Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, Julho de 2012

AGRADEÇO...

À Professora Isabel Simões, minha orientadora, o meu sincero agradecimento por tudo quanto me ensinou, pelo apoio, pela disponibilidade, pela simpatia e pela paciência.

Ao Professor José Carlos Martins pela disponibilidade e pelo precioso apoio estatístico.

Ao Professor Luís Oliveira pelos esclarecimentos.

A todos os participantes do meu estudo, que gentilmente tornaram possível esta investigação.

Aos meus colegas de mestrado pela partilha.

À minha família que soube compreender a minha ausência e cansaço.

A todos os meus amigos que me acompanharam, que cultivaram os laços da amizade e que compreenderam as minhas ausências.

A todos o meu MUITO OBRIGADO!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEOP – Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

g.l. – Graus de liberdade

H – Teste Kruskal-Wallis

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

ml – Mililitros

n – Número

n.s. – Não significativo

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Nível de significância

SPEMD – Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

U – Teste Mann-Whitney

χ^2 – Qui-Quadrado

ρ – Ró de Spearman

5-FU – 5-fluorouracil

RESUMO

A mucosite oral é um dos principais efeitos secundários da administração de quimioterapia, com impacto a nível físico, a nível do bem-estar psicológico e consequentemente da qualidade de vida. Sendo a higiene oral a principal forma de a prevenir e/ou de a minimizar, definimos como objectivos desta investigação identificar a importância que a pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia atribui aos cuidados de higiene oral e identificar a importância que a pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia atribui aos ensinamentos realizados pelos enfermeiros sobre higiene oral.

A amostra é constituída por 58 sujeitos com doença hematológica a realizar quimioterapia, internados num serviço de um hospital central. Foi delineada uma investigação de natureza exploratória, transversal e correlacional, e uma metodologia quantitativa de recolha e análise de dados. O instrumento de colheita de dados foi construído pela autora, dividindo-se em duas partes. Uma primeira parte, relativa aos dados sócio-demográficos e clínicos e, uma segunda parte, em que são colhidos dados relativos aos comportamentos de higiene oral e ensinamentos recebidos.

Os resultados obtidos permitem-nos constatar que a pessoa com doença hemato-oncológica atribui importância à realização da higiene oral e atribui, também, importância aos ensinamentos recebidos sobre higiene oral. Contudo, nem todos os participantes referem ter tido ensinamentos sobre higiene oral, apenas pouco mais de metade da amostra refere que os recebeu.

Verificamos que a situação de doença mudou as práticas de cuidados de higiene da boca, fazendo-o de forma mais correcta, mas ainda não de forma adequada, uma vez que houve uma melhoria substancial na higienização da boca entre o antes e o durante a situação de doença, quer com o aumento dos participantes que higienizam a boca quer na forma como o fazem. Mais participantes referem que realizam mais comportamentos correctos durante a situação de doença que antes, havendo um maior número de participantes que realizam três e quatro comportamentos correctos de higiene oral.

Relativamente aos factores que poderiam influenciar a importância atribuída à higiene oral não nos foi possível encontrar esses factores de entre as variáveis estudadas.

No que diz respeito ao número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença verificamos que as variáveis que parecem influenciar o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença são

habilitações literárias, tempo de diagnóstico, diagnóstico, internamentos anteriores e realização de tratamentos anteriores de quimioterapia.

No que diz respeito a outros comportamentos saudáveis para prevenir e/ou minimizar a mucosite oral constatamos que menos de metade dos participantes refere evitar alguns alimentos ou bebidas que possam ser agressivos à mucosa oral, metade dos participantes hidrata os lábios e a quase totalidade dos participantes refere não ser fumador.

Apesar da dimensão reduzida da amostra e da dificuldade em encontrar estudos nesta área, consideramos que esta investigação permite enriquecer uma área de conhecimentos não desenvolvida, permite planear intervenções que possam resolver os problemas encontrados e sensibilizar todos os enfermeiros que cuidem de pessoas com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, mas também todos os enfermeiros que cuidem de pessoas com doença oncológica a realizar quimioterapia.

Palavras-chave: doença hemato-oncológica, mucosite oral, higiene oral, importância atribuída à higiene oral, correcta higiene oral.

ABSTRACT

Oral mucositis is one of the main secondary effects of chemotherapy, with an impact in physical and psychological well-being levels and consequently in the quality of life. As oral hygiene the main way to prevent and / or to minimize the mucositis, we defined as objectives of this research identify the importance that the person with hemato-oncologic disease carried out chemotherapy attaches to the care of oral hygiene and the importance of identifying the person hemato-oncological disease carried out chemotherapy attaches to the teachings made by nurses about oral hygiene.

The sample consists of 58 subjects with hematologic disease carried out chemotherapy, admitted in a hospital service center. It outlined an exploratory research, and cross-correlation, and a quantitative methodology for collecting and analyzing data. The statistical collection instrument was built by the author and was divided into two parts. The first part concerning socio-demographic and clinical data and the second part in which data are collected relating to oral hygiene behavior and teachings received.

The results obtained allow us to conclude that the person with hemato-oncologic disease attaches importance to the holding of oral hygiene and assigns, also received teachings on the importance of oral hygiene. However, not all participants reported having had teaching about oral hygiene, just over half of the sample states that received them.

We found that the disease situation has changed the practices of oral hygiene care, making it more accurate, but not yet adequately, since there was a substantial improvement in oral hygiene between before and during the situation disease, either by increasing the participants to wash mouth or in the form as they do. Most participants reported that achieve more correct behavior during disease situation than before, with a higher number of participants who performed three and four behaviors correct oral hygiene.

For factors that could influence the importance attributed to oral hygiene, we could not find these factors among the variables studied.

With regard to the number of correct behavior oral hygiene during the state of disease found that the variables which appear to influence the number of behaviors correct oral hygiene during the state of disease are qualifications, time of diagnosis, diagnostic, hospital and before performance of prior chemotherapy treatments.

With regard to other healthy behaviors to prevent and / or minimize oral mucositis found that less than half of the participants referred to avoid any foods or beverages that may be damaging to the oral mucosa, half the participants moisturizes lips and almost all of the participants referred is not a smoker.

Despite the reduced sample size and the difficulty in finding studies in this area, we consider this research to enrich an undeveloped area of expertise, allows you to plan interventions that can resolve the problems encountered and raise awareness of all nurses who care for people with hemato-oncologic disease to perform chemotherapy, but also all nurses who care for people with cancer carried out chemotherapy.

Keywords: hemato-oncologic disease, oral mucositis, oral hygiene, importance of oral hygiene, correct oral hygiene.

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Modelo conceptual do estudo.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 - Representação da distribuição das consequências de não realizar a higiene oral, segundo a frequência com que foram referenciadas.	76
Gráfico 2 - Representação da distribuição dos elementos da amostra segundo o número de comportamentos correctos de higiene oral e as habilitações literárias.....	85
Gráfico 3 - Representação da distribuição dos elementos da amostra segundo o número de comportamentos correctos de higiene oral e o diagnóstico.....	87
Gráfico 4 - Representação da distribuição dos alimentos ou bebidas evitadas segundo a frequência que foram referenciados.....	93
Gráfico 5 - Representação da distribuição dos produtos usados na hidratação dos lábios segundo a frequência que foram referenciados.....	94

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Efeitos secundários da quimioterapia.....	28
Quadro 2 - Classificação das mucosites pela Escala de Toxicidade Oral.....	30
Quadro 3 - Caracterização sócio-demográfica dos elementos da amostra.....	60
Quadro 4 - Caracterização dos elementos da amostra segundo algumas variáveis clínicas	62
Quadro 5 - Distribuição dos elementos da amostra em função da importância atribuída à higiene oral.....	69
Quadro 6 - Distribuição dos elementos da amostra em função da importância atribuída aos ensinamentos.....	70
Quadro 7 - Distribuição dos elementos da amostra em função do número de comportamentos correctos de higiene oral antes e durante a sua situação de doença.....	74
Quadro 8 - Distribuição dos elementos da amostra em função dos comportamentos correctos de higiene oral antes e durante a sua situação de doença.....	75

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Distribuição das referências dos ensinamentos recebidos sobre higiene oral.....	71
Tabela 2 - Distribuição das mudanças referenciadas dos hábitos de higiene oral em função dos ensinamentos recebidos.....	72
Tabela 3 - Distribuição dos elementos da amostra em função dos cuidados de manutenção da escova de dentes.....	72
Tabela 4 - Teste de Qui-quadrado entre a importância atribuída à higiene oral e o gênero, o estado civil e as habilitações literárias.....	77
Tabela 5 - Teste U de Mann-Whitney entre a importância atribuída à higiene oral e a idade e o tempo de diagnóstico.....	79
Tabela 6 - Teste de Qui-quadrado entre a importância atribuída à higiene oral e o diagnóstico, o grau de mucosite, os ensinamentos e a importância atribuída aos ensinamentos.....	79
Tabela 7 - Teste U de Mann-Whitney entre a importância atribuída à higiene oral e o número de comportamentos corretos de higiene oral antes da situação de doença.....	81
Tabela 8 - Teste de Qui-quadrado entre a importância atribuída à higiene oral e os internamentos anteriores, a realização de tratamentos anteriores e a existência anterior de mucosite.....	81
Tabela 9 - Teste U de Mann-Whitney entre o número de comportamentos corretos de higiene oral e o gênero e o estado civil.....	83
Tabela 10 - Teste de Qui-quadrado de Kruskal-Wallis entre o número de comportamentos corretos de higiene oral e as habilitações literárias.....	84
Tabela 11 - Correlação ρ de Spearman entre o número de comportamentos corretos de higiene oral e a idade e o tempo de diagnóstico.....	86
Tabela 12 - Teste de Qui-quadrado de Kruskal-Wallis entre o número de comportamentos corretos de higiene oral e o diagnóstico e o grau de mucosite.....	87
Tabela 13 - Teste U de Mann-Whitney entre o número de comportamentos corretos de higiene oral e a importância atribuída à higiene oral, os	

ensinos e a importância atribuída aos ensinos.....	89
Tabela 14 - Correlação ρ de Spearman entre o número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença e durante a situação de doença.....	90
Tabela 15 - Teste U de Mann-Whitney entre o número de comportamentos correctos de higiene oral e os internamentos anteriores, a realização de tratamentos anteriores de quimioterapia e a existência anterior de mucosite.....	91
Tabela 16 - Distribuição dos elementos da amostra em função dos comportamentos saudáveis de prevenção e/ou de atenuação da mucosite oral.....	92

SUMÁRIO

	Pag.
INTRODUÇÃO	21
PARTE UM – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1 – A PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA.....	27
1.1 – MUCOSITE ORAL.....	28
1.2 – HIGIENE ORAL.....	31
2 – AUTOCUIDADO.....	39
2.1 – FACTORES QUE INFLUENCIAM O AUTOCUIDADO.....	43
PARTE DOIS: ESTUDO EMPÍRICO	
3 – MATERIAL E MÉTODOS.....	49
3.1 – DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E DESENHO DO ESTUDO.....	49
3.2 – OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	51
3.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES.....	52
3.4 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	54
3.5 – POPULAÇÃO E SELECÇÃO DA AMOSTRA.....	59
3.5.1 – Caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra.....	60
3.6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS: APRECIACÃO E VALIDADE.....	64
3.6.1 – Questionário sócio-demográfico e clínico.....	64
3.6.2 – Questionário sobre comportamentos de higiene oral.....	64
3.6.3 – Análise das qualidades psicométricas do instrumento de colheita de dados.....	65
3.7 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	66
3.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	66
4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	69
4.1 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À HIGIENE ORAL	69
4.2 – IMPORTÂNCIA ATRIBUIDA AOS ENSINOS SOBRE HIGIENE ORAL	70
4.3 – HÁBITOS DE HIGIENE ORAL ANTERIORES À SITUAÇÃO DE	

DOENÇA E ACTUAIS.....	73
4.4 – FACTORES INFLUENCIADORES DA IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À HIGIENE ORAL.....	77
4.5 – FACTORES INFLUENCIADORES DA REALIZAÇÃO DE UMA CORRECTA HIGIENE ORAL DURANTE A SITUAÇÃO DE DOENÇA.....	83
4.6 – OUTROS COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS DE PREVENÇÃO E/OU DE ATENUAR DA MUCOSITE ORAL.....	92
5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	95
5.1 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À HIGIENE ORAL.....	95
5.2 – IMPORTÂNCIA ATRIBUIDA AOS ENSINOS SOBRE HIGIENE ORAL	96
5.3 – HÁBITOS DE HIGIENE ORAL ANTERIORES À SITUAÇÃO DE DOENÇA E ACTUAIS.....	99
5.4 – FACTORES INFLUENCIADORES DA IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À HIGIENE ORAL.....	103
5.5 – FACTORES INFLUENCIADORES DA REALIZAÇÃO DE UMA CORRECTA HIGIENE ORAL DURANTE A SITUAÇÃO DE DOENÇA.....	104
5.6 – OUTROS COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS DE PREVENÇÃO E/OU DE ATENUAR DA MUCOSITE ORAL.....	114
CONCLUSÃO.....	117
BIBLIOGRAFIA	

ANEXOS

ANEXO I – Autorização para a realização do estudo

APÊNDICES

APÊNDICE I- Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE II – Pedido de autorização para a realização do estudo

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma ciência humana, com uma orientação prática, em contínua evolução, que tem como objecto do seu estudo, e do seu cuidar, a pessoa numa concepção holística. Visa a compreensão e o conhecimento da forma como cada pessoa lida e vive os desafios colocados pelas transições de saúde-doença que experiencia. Neste sentido os cuidados de Enfermagem devem ser significativos para a pessoa, dirigidos às suas reais necessidades em cuidados de saúde, o que só se consegue se estes cuidados forem suportados pelo conhecimento disciplinar em Enfermagem.

Nos últimos anos vários estudos têm surgido sobre a higiene oral na pessoa com doença oncológica. Estes estudos centram-se sobretudo nas formas de prevenção da mucosite oral, através do conhecimento que os profissionais de saúde possuem sobre o tema ou através dos avanços científicos de novos medicamentos na prevenção da mucosite oral.

No entanto, a nossa actividade profissional remete-nos para outra perspectiva. Recorrendo à nossa prática diária, em que trabalhamos com pessoas com doença hemato-oncológica submetidas a tratamentos de quimioterapia, a grande maioria apresenta efeitos colaterais dos tratamentos, nomeadamente mucosite oral. Observamos que nem todas estas pessoas valorizam um autocuidado essencial ao seu bem-estar e qualidade de vida, como é a higiene oral. Por outro lado, apesar dos ensinamentos realizados pelos enfermeiros relativos à higiene oral, nem sempre estas pessoas realizam o autocuidado higiene oral de forma correcta. Neste sentido questionamo-nos: “Qual é a importância atribuída à higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?” e “Qual a importância atribuída aos ensinamentos recebidos sobre higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?”.

Optou-se pelo autocuidado higiene oral porque é a principal forma de prevenção e/ou de controlo da mucosite oral. Esta tem impacto a nível físico com repercussões a nível do bem-estar psicológico e da qualidade de vida da pessoa com cancro e dos seus

familiares. A hemato-oncologia porque de interesse pessoal da autora uma vez que é a área onde exerce funções, apresentando-se como um campo a aprofundar.

O autocuidado é um fenómeno central para a Enfermagem, pode ser entendido como um processo de saúde e bem-estar dos indivíduos, numa perspectiva inata, através da capacidade de tomarem iniciativa, responsabilidade e funcionarem de forma eficaz no desenvolvimento do seu potencial para a saúde; ou numa perspectiva aprendida, em que estes desenvolvem acções de procura de saúde, integrando regimes terapêuticos negociados com os profissionais da saúde, promotores de uma gestão eficaz da doença. O autocuidado é, então, o foco e o resultado da promoção da saúde.

Assim, definimos como objectivos gerais:

- Identificar a importância atribuída ao autocuidado higiene oral,
- Identificar a importância atribuída aos ensinamentos recebidos sobre higiene oral.

Do mesmo modo, definimos como objectivos específicos:

- Analisar os hábitos de higiene oral anteriores à situação de doença e actuais, da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia;
- Analisar a relação entre a importância atribuída à higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia e alguns factores, tais como: o género, o estado civil, as habilitações literárias, a idade, o diagnóstico, o tempo de diagnóstico, o grau de mucosite, os ensinamentos, a importância atribuída aos ensinamentos, número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença, existência de internamentos anteriores, realização anterior de tratamentos de quimioterapia e existência anterior de mucosite oral;
- Analisar a relação entre a realização de uma correcta higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia e alguns factores, tais como: género, estado civil, habilitações literárias, idade, diagnóstico, tempo de diagnóstico, grau de mucosite, importância atribuída à higiene oral, ensinamentos, importância atribuída aos ensinamentos, número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença, existência de internamentos anteriores, realização anterior de tratamentos de quimioterapia e existência anterior de mucosite;
- Analisar se, na perspectiva da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, os ensinamentos sobre higiene oral influenciaram os seus comportamentos de higiene oral.

Com esta investigação pretendemos o desenvolvimento do conhecimento e a promoção do autocuidado, de forma a potenciar ganhos em saúde. No entanto, este conhecimento é como uma imagem inacabada, aberta à discussão, a novas ideias e a melhoramentos.

Foi efectuada uma revisão da literatura sobre o tema que ajudou a definir as variáveis e as próprias questões de investigação. A colheita de dados foi realizada através de questionário, construído especificamente para aplicação no presente estudo, de autopreenchimento pelos participantes, com perguntas de resposta fechada e perguntas de resposta aberta. Algumas das questões, nomeadamente as relativas aos dados clínicos foram preenchidas pela investigadora, tendo por base a informação que consta no processo do doente e a observação directa da mucosa oral de cada elemento da amostra. A mostra é constituída por pessoas com doença hemato-oncológica internadas num serviço de um hospital central para a realização de tratamento de quimioterapia.

Trata-se, então, de um estudo de natureza exploratória, transversal e correlacional. Foram construídas questões de investigação, identificadas variáveis, levantadas hipóteses e verificadas as associações entre as variáveis.

Na realização deste relatório final distinguimos duas partes: o Enquadramento Teórico (I) e o Estudo Empírico (II).

No Enquadramento Teórico abordamos a temática em estudo, nomeadamente as doenças hemato-oncológicas, a mucosite oral, a importância da higiene oral na doença oncológica e, ainda, de uma forma muito breve o autocuidado.

No Estudo Empírico são traçadas as linhas metodológicas do estudo, são apresentados e analisados os dados e, são discutidos os resultados.

Por fim, culminamos com a Conclusão onde é realizada uma síntese final dos aspectos mais relevantes do trabalho tendo em conta os seus objectivos, são consideradas as implicações desta investigação para a prática de Enfermagem, sugerem-se medidas para a resolução ou melhoria da situação problema e são apresentadas e justificadas as dificuldades e limitações metodológicas do processo.

PARTE UM – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – A PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA

Apesar de um aumento da probabilidade dos indivíduos sobreviverem cinco ou mais anos após o diagnóstico de cancro, em Portugal o número de óbitos por cancro indica, ainda, tendência de crescimento. Houve um aumento de 15,8% entre os triénios de 1993-1995 e 2003-2005, tendo sido registados 22.682 óbitos em 2005. As doenças oncológicas constituem a segunda principal causa de morte no nosso país e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral, sendo as doenças mais temidas pela população em geral (Portugal, 2007).

As doenças hemato-oncológicas não são excepção. Estas fazem parte de um grupo de patologias malignas, que se manifestam pela proliferação incontrolada das células hematopoiéticas de uma determinada estirpe.

São doenças agressivas e de difícil tratamento, exigindo internamentos múltiplos e frequente controlo em ambulatório. Estas patologias interferem com a integridade física e psicológica do doente, tendo um profundo impacto na qualidade de vida individual e familiar.

As que apresentam maior taxa de incidência são: mieloma múltiplo, linfoma e leucemia. Os linfomas subdividem-se em Hodgkin ou Não Hodgkin. Por sua vez, as leucemias dividem-se em crónicas ou agudas e cada uma destas em mielóide ou linfóide, as leucemias agudas podem ainda ser bifenotípicas.

O tratamento destas patologias pode assentar em quatro linhas base: imunoterapia, quimioterapia, radioterapia e transplante de medula óssea. Dependendo de cada situação pode ser efectuada apenas uma terapia ou a combinação de várias.

Entre as várias terapias a quimioterapia é mais comumente utilizada. Varia de pessoa para pessoa, de acordo com determinados factores, entre eles, o estágio da doença, o estado geral do doente, a idade do doente, e se este se encontra pela primeira vez a realizar quimioterapia, se se encontra numa situação de recidiva ou se anteriormente já teve outro tipo de tumor.

A administração de quimioterapia apresenta alguns efeitos secundários que se evidenciam a vários níveis. Estes classificam-se de acordo com o seu período de

manifestação, ou seja, se manifestam de imediato, a curto prazo, ou a longo prazo, como evidenciado no Quadro 1 (Smeltzer e Bare, 2005).

Quadro 1 – Efeitos secundários da quimioterapia

PERÍODO DE MANIFESTAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS
Imediata (pode ocorrer durante a administração)	- Dor no local da punção - Flebite química - Reacções anafiláticas
Curto prazo (pode ocorrer até sete dias após a administração da quimioterapia)	- Náuseas - Vômitos - Anorexia - Diarreia - Obstipação - Flebite química - Mucosite
Longo prazo (pode ocorrer após o sétimo dia depois da administração da quimioterapia)	- Mucosite - Alopecia parcial ou total - Alterações hematológicas (anemia, neutropenia e trombocitopenia) - Cardiotoxicidade - Toxicidade renal e vesical (cistite hemorrágica, disúria, hematúria, polaquíúria, urgência urinária, edema periférico, dor lombar, hipercaliemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia) - Toxicidade pulmonar - Neurotoxicidade (neuropatias periféricas, perda dos reflexos tendinosos profundos e ílion paralítico) - Disfunção sexual e reprodutiva

Dada a especificidade desta investigação, de todos os efeitos secundários decorrentes da quimioterapia, apenas a mucosite, e mais especificamente a mucosite oral, será abordada neste trabalho.

1.1 – MUCOSITE ORAL

Como referido anteriormente a quimioterapia é uma das terapias mais utilizadas no tratamento das doenças hemato-oncológicas. O seu mecanismo de acção consiste na inibição do crescimento das células que se dividem rapidamente, como por exemplo as células neoplásicas, mas não é selectiva actuando também nas células normais com capacidade de divisão rápida, como é o caso das células sanguíneas, da pele e mucosas.

Uma das suas complicações mais comuns é sem dúvida a mucosite oral, afectando mais de 40% dos doentes oncológicos (Volpato *et al.*, 2007).

Em oncologia mucosite engloba todas as alterações que se produzem nas mucosas corporais, desde a orolabial à anogenital, como consequência do tratamento de quimio ou radioterapia (Gutierrez *et al.*, 2009). A mucosite oral atinge principalmente os lábios, região do palato mole, mucosa jugal, gengivas, região lateral e inferior da língua, parede faríngea e pilares amigdalianos (Volpato *et al.*, 2007; Gutierrez *et al.*, 2009).

As mucosas podem lesionar-se mediante dois mecanismos diferentes: por toxicidade directa, através da diminuição da renovação da linha basal epitelial devido à quimioterapia; ou por toxicidade indirecta, através dos agentes tóxicos dos citostáticos sobre a medula óssea (Gutierrez *et al.*, 2009).

As alterações da mucosa oral aparecem entre o sétimo e o décimo dia após a administração da quimioterapia. Geralmente começa por eritema do palato mole, mucosa jugal e língua, que frequentemente evolui para descamação. Os doentes podem, ainda, experienciar edema da região lateral da língua que com a fricção dos dentes pode provocar ulcerações. Estas lesões são dolorosas provocando dificuldade em comer, beber e falar. O restabelecimento da mucosa oral ocorre quando os valores hematológicos começam a recuperar (Akagi e Lesser, 2001).

Vários autores e organizações de saúde apresentam várias escalas com diferentes classificações quanto aos graus da mucosite oral. Elas são importantes para que os profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, falem a mesma linguagem. No entanto, segundo Albuquerque e Camargo (2007) muitas destas escalas não estão tradicionalmente relacionadas com a mucosite oral apresentando escalas separadas para a avaliação da dor, rouquidão, dentes, gengivas e capacidade de autocuidado. Os mesmos autores alertam que o uso inapropriado destas escalas pode induzir a erros na avaliação da severidade e estado da mucosa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), entidade com reputação mundialmente reconhecida, desenvolveu a Escala de Toxicidade Oral para descrever a toxicidade provocada pela quimioterapia, através de sinais objectivos e da avaliação da funcionalidade, classificando a mucosite oral em cinco graus (Quadro 2). Apesar da Escala de Toxicidade Oral ter sido desenvolvida há vários anos, continua actual e amplamente utilizada (World Health Organization, 1979).

Quadro 2 – Classificação das mucosites pela Escala de Toxicidade Oral

GRAU DE MUCOSITE	SINAIS E SINTOMAS
Grau 0	Sem sintomas
Grau 1	Sensibilidade e eritema
Grau 2	Eritema com úlcera Provoca dificuldade na deglutição mas pode deglutir alimentos sólidos
Grau 3	Eritema extenso com ulceração Impossibilita a deglutição de alimentos sólidos
Grau 4	Mucosite extensa e aumento do número de úlceras Não é possível a deglutição

Os doentes com mucosite oral podem apresentar desconforto ou mesmo dor, alteração da capacidade de deglutição e alteração da comunicação, comprometendo assim, o estado nutricional, a higiene oral, a auto-imagem e com implicações na continuidade dos tratamentos. Pode, ainda, existir proliferação bacteriana, fúngica ou vírica, que pode evoluir para uma infecção grave a nível sistémico, com repercussões no aumento de dias de internamento hospitalar, no aumento da morbilidade e da mortalidade, traduzindo-se em maiores custos em saúde e diminuição da qualidade de vida tanto da pessoa com cancro como dos seus familiares (Volpato *et al.*, 2007; Huskinson e Lloyd, 2009; Sieracki *et al.*, 2009).

Vários factores interferem com o aparecimento da mucosite, os relacionados com o doente, tais como, a idade, o género, a higiene oral antes e durante os tratamentos do cancro, o diagnóstico, função imunológica comprometida e o estado nutricional; e, os relacionados com a terapia, tais como, o tipo de fármaco, a dose e a frequência do tratamento.

Assim, os doentes idosos e as crianças com menos de 12 anos apresentam maior risco de desenvolverem efeitos colaterais orais da quimioterapia (Eilers, 2004; Volpato *et al.*, 2007). Segundo Bensinger *et al.* (2008) as mulheres apresentam maior risco de desenvolverem mucosite oral quando comparadas com os homens.

Outro factor importante é a higiene oral antes e durante os tratamentos de quimioterapia. Assim, quando esta higiene é deficiente as mucosas são afectadas com maior frequência (Gutierrez *et al.*, 2009).

Os doentes com o diagnóstico de linfoma ou leucemia apresentam uma maior incidência de problemas orais, quando comparados com doentes com diagnóstico de tumores sólidos (Eilers, 2004; Volpato *et al.*, 2007). Por outro lado, os doentes com doença renal anterior ou que a desenvolveram com os tratamentos de quimioterapia apresentam maior propensão para desenvolverem mucosite oral severa (Eilers, 2004).

Relativamente ao estado nutricional, Bensinger *et al.* (2008) acreditam que este tem impacto no risco de desenvolver mucosite oral. No mesmo sentido, Gutierrez *et al.* (2009) afirmam que existe maior probabilidade de ocorrer mucosite oral quanto maior o grau de desnutrição.

Os fármacos de quimioterapia que provocam com maior frequência mucosites são: antraciclinas (daunorrubicina e doxorubicina), agentes alquilantes (busulfan, procarbazina e ciclofosfamida), taxanos (docetaxel), vinca alcalóides (vincristina e vinblastina), antimetabolitos [metotrexato, 5-fluorouracil (5-FU) e hidroxyurea] e antibióticos antitumorais (bleomicina) (Benito, 2006).

Quando a quimioterapia e a radioterapia são aplicadas simultaneamente a mucosite pode ser observada em quase todos os doentes. Isoladamente a quimioterapia pode afectar 40% dos doentes, ou 76% se estes forem tratados com altas doses (Volpato *et al.*, 2007).

Os ciclos de quimioterapia que provocam mielossupressão podem ter um efeito cumulativo. Assim, o risco de desenvolver mucosite aumenta quando em ciclos anteriores ocorreu o seu aparecimento (Bensinger *et al.*, 2008).

1.2 – HIGIENE ORAL

Com o objectivo de minimizar os efeitos adversos da mucosite oral é importante colocar em prática medidas que visem a prevenção ou o seu controlo. Estas medidas baseiam-se essencialmente na higiene oral, outras medidas protectoras e medidas farmacológicas.

O ensino sobre higiene oral e os protocolos de cuidados orais onde se incluem os “bochechos” com fármacos específicos são importantes medidas preventivas que

fazem parte do corpo das intervenções autónomas de enfermagem (Albuquerque e Camargo, 2007). Assim, de seguida serão expostas as várias medidas reportadas pelos diversos autores.

Higiene e outros cuidados orais

A bibliografia consultada é unânime ao referenciar que a higiene oral antes, durante e após os tratamentos de quimioterapia e radioterapia é essencial para reduzir ou atenuar o aparecimento e desenvolvimento da mucosite oral, pois reduz o desenvolvimento de microrganismos e diminui o risco de desenvolver mucosite severa (Ohrn, Wahlin e Sjoden, 2000; Eilers, 2004; Albuquerque e Camargo, 2007; Huskinson e Lloyd, 2009; Sieracki *et al.*, 2009).

Também os protocolos de cuidados orais, quando sistematicamente aplicados, têm efeitos significativos no decréscimo da incidência, severidade e duração das sequelas orais da terapia neoplásica (Eilers, 2004; Harris *et al.*, 2008; Bhatt *et al.*, 2010).

No entanto, os cuidados orais nem sempre são valorizados. Os protocolos de cuidados orais são usados de forma inconsistente nos doentes oncológicos e em muitas situações nem sequer existem. Os doentes não são suficientemente sensibilizados para a importância da higiene oral e da avaliação sistemática da integridade da mucosa oral para que, assim, possam identificar os primeiros sinais e sintomas da mucosite oral. Também não são ensinados segundo planos estruturados nem é avaliado o resultado (Eilers, 2004).

Neste sentido Sieracki *et al.* (2009), são da opinião que do protocolo de cuidados orais deve constar instruções detalhadas sobre: sinais e sintomas de mucosite que ao existirem o doente deve contactar o pessoal médico e de enfermagem, como deve ser realizada a escovagem dos dentes, a importância do uso de fio dentário, recomendações sobre o uso de prótese dentária, o que valorizar na inspecção da boca. Nestes protocolos devem também constar intervenções de enfermagem dependendo do grau de mucosite e os produtos utilizados para o bochecho da boca. Algumas medidas protectoras para prevenir ou controlar a mucosite relacionados com a ingestão de alimentos, o consumo de álcool e tabaco também devem ser incluídos nestes protocolos de cuidados (Eilers, 2004; Harris *et al.*, 2008).

Quando os doentes são ensinados sobre os cuidados a ter com a sua boca e lhe é fornecida informação sobre os princípios básicos de uma correcta higiene oral, treino

de habilidades e importância da vigilância periódica assumem maior responsabilidade no autocuidado (Eilers, 2004). Esta é, então, uma área de extrema importância em que a enfermagem pode e deve intervir autonomamente.

A boca deve ser inspeccionada diariamente pelos enfermeiros, os doentes e família devem ser envolvidos nesta avaliação, para que aquando da alta sejam capazes de detectar precocemente alterações na mucosa oral. Devem ser observados o palato, mucosa jugal, língua, região sublingual, gengivas, lábios e orofaringe (Smeltzer e Bare, 2005; Benito, 2006; Esteves e Bizarro, 2006).

Os doentes devem ser aconselhados a procurar cuidados de saúde se apresentarem hemorragia, desconforto, irritação ou dor na cavidade oral (Eilers, 2004; e Benito, 2006).

Relativamente aos cuidados com os dentes, vários autores referem que devem ser escovados em todas as suas faces pelos menos durante 90 segundos e no mínimo duas vezes ao dia, ou seja, depois do pequeno-almoço e antes de deitar (Eilers, 2004; Marrs, 2006; Harris *et al.*, 2008; Huskinson e Lloyd, 2009; Sieracki *et al.*, 2009). Outros autores evidenciam que os cuidados orais devem ser efectuados após todas as refeições (Smeltzer e Bare, 2005; Silva e Dias, 2007; Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, AEOP, 2009a).

Os dentes devem ser escovados com escova macia (Eilers, 2004; Esteves e Bizarro, 2006; Marrs, 2006; Harris *et al.*, 2008; Huskinson e Lloyd, 2009; Sieracki *et al.*, 2009) ou com uma escova não abrasiva de esponja quando a escovagem se torna dolorosa ou provoca hemorragia (Eilers, 2004; Benito, 2006). Para além dos dentes também devem ser escovadas as gengivas, a língua, o palato e todos os tecidos moles (Huskinson e Lloyd, 2009).

O fio dentário deve ser usado pelo menos uma vez por dia, caso não haja contra-indicação, como é exemplo a contagem de plaquetas inferior a 50.000 μ l pelo risco de hemorragia (Eilers, 2004; Marrs, 2006; Harris *et al.*, 2008; Sieracki *et al.*, 2009).

Deve-se bochechar a boca com água, após a sua higienização, pelo menos durante 30 segundos (Eilers, 2004).

Se o doente usar prótese dentária esta deve ser removida aquando dos cuidados de higiene oral e se estiver mal adaptada não deve ser utilizada (Eilers, 2004; Sieracki *et al.*, 2009). Diariamente deve ser lavada com pasta e escova de dentes, mergulhada durante a noite em solução antimicrobiana, sendo recomendado o uso de solução de

hipoclorito de sódio a 1% se não apresentar estruturas metálicas, e depois enxaguada com água (Castell *et al.*, 2001; Eilers, 2004; Albuquerque e Camargo, 2007). No entanto, Sieracki *et al.*, (2009) recomendam que a prótese dentária após escovada deve ser mergulhada em solução salina isotónica.

Quanto à escova de dentes aconselha-se a sua lavagem e desinfecção com chlorhexidina após cada utilização (Akagi e Lesser, 2001), e deve ser seca ao ar antes de arrumada (Harris *et al.*, 2008).

Relativamente aos cuidados a ter com a alimentação devem ser evitados os alimentos que possam irritar a mucosa oral, nomeadamente a comida demasiado condimentada ou ácida, dura, muito quente ou muito fria. Recomenda-se cortar os alimentos em pequenos fragmentos; usar molhos para humedecer a comida; ingerir uma dieta rica em proteínas através de alimentos suaves como queijo e ovos mexidos; incluir pudins, leite-creme e gelatina na dieta; e, ingerir fruta macia e com baixo teor de acidez, tais como a melancia, a banana e fruta em calda (Eilers, 2004; AEOP, 2009a; Gutierrez *et al.*, 2009).

O álcool e o tabaco devem ser evitados. É importante uma hidratação adequada com a ingestão regular de líquidos (Eilers, 2004; Nunes, 2004; Benito, 2006; Harris *et al.*, 2008; AEOP, 2009a; Huskinson e Lloyd, 2009), mais especificamente 2 a 3 litros por dia (Gutierrez *et al.*, 2009).

Os lábios devem ser hidratados com hidratante hidrossolúvel para prevenir possíveis alterações da sua integridade (Rodrigues, 2001; Eilers, 2004; Nunes, 2004; Esteves e Bizarro, 2006; Harris *et al.*, 2008; AEOP, 2009a; Huskinson e Lloyd, 2009).

Medidas farmacológicas

Ao longo dos últimos anos vários foram os desinfectantes, soluções orais e fármacos usados na profilaxia e tratamento de mucosite oral. Contudo, os vários autores consultados apresentam, por vezes, diferentes opiniões acerca destes produtos.

A chlorhexidina é referenciada como um desinfectante oral, de base alcoólica, que remove a placa bacteriana quando a escovagem de dentes não pode ser efectuada (Huskinson e Lloyd, 2009). No entanto, segundo Eilers (2004) e Harris *et al.* (2008) o uso deste desinfectante não é aconselhado por diminuir significativamente a flora da mucosa oral, e eventualmente, causar irritação ou hipersensibilidade; e por não reduzir a severidade da mucosite. Outros desinfectantes orais são recomendados, tais como,

cloridrato de benzidamina (Castell *et al.*, 2001; Esteves e Bizarro 2006) e iodopovidona solução oral (Esteves e Bizarro 2006; Gutierrez *et al.*, 2009).

A solução salina isotónica, o bicarbonato de sódio e a mistura de solução salina com bicarbonato de sódio podem ser utilizadas como profilaxia ou como primeira linha de tratamento, dado que estas soluções não são abrasivas. Além de manterem a boca hidratada e estimularem as glândulas salivares para um aumento de produção de saliva, a solução salina auxilia na promoção da cicatrização e granulação de tecidos; enquanto que o bicarbonato de sódio aumenta o pH da cavidade oral tornando-a menos propícia ao crescimento de bactérias e fungos. Nas situações em que já há mucosites com lesões ulcerativas, os bochechos ajudam no desbridamento das lesões (Eilers, 2004; Harris *et al.*, 2008). A quantidade sugerida para cada gargarejo é de uma colher de sopa de solução, que após o bochecho de pelo menos 30 segundos deve ser eliminada. Este procedimento deve ser efectuado 4 vezes por dia (Eilers, 2004; Harris *et al.*, 2008) ou de 4 em 4 horas e após as refeições nos doentes com alto risco de desenvolverem mucosite oral (Sieracki *et al.*, 2009).

Os bochechos com solução de 75% bicarbonato de sódio e 25% peróxido de hidrogénio têm como objectivo desbridar as lesões da mucosa oral. Devem apenas usar-se um ou dois dias porque podem dificultar a cicatrização das lesões (Gutierrez *et al.*, 2009).

A nistatina suspensão não é recomendada para a profilaxia da mucosite, mas foi demonstrada a sua eficácia quando a candidíase já está instalada (Castell *et al.*, 2001).

A lidocaína tópica pode ser útil para o tratamento da dor através de gargarejos ou da ingestão de pequenas quantidades, não tendo efeitos na evolução positiva da mucosite oral. Contudo, alguns especialistas referem que não se deve utilizar mais de 25ml por dia, pois pode reduzir o reflexo da deglutição e provocar pneumonia por aspiração (Castell *et al.*, 2001; Bensinger *et al.*, 2008).

Outras soluções, tais como, camomila com acção anti-inflamatória, anti-bacteriana e anti-fungica; peróxido de hidrogénio ao qual estão associados efeitos secundários como irritação, dano do tecido de granulação e náuseas devido ao sabor intenso; suspensões com magnésio; e, suspensões com hidróxido de alumínio com efeito analgésico, redução da acidez e secura da mucosa, são soluções referenciadas por vários autores que carecem de mais estudos para comprovar o seu efeito benéfico (Albuquerque e Camargo, 2007).

O ácido hialurónico, polivinilpirrolidona e ácido glicirretínico (Gelclair^R) é um fármaco que reveste a mucosa criando uma película sobre esta protegendo-a das agressões provocadas pela comida e líquidos. Após diluição com água deve ser bochechada toda a cavidade oral sem engolir e sem ingerir qualquer tipo de alimento pelo menos nos 60 minutos seguintes. Este fármaco apresenta um tempo de actuação de três horas (Gutierrez *et al.*, 2009).

Segundo a AEOP (2009b) o bochecho diário, antes e durante o tratamento oncológico, da mucosa oral com um colutório constituído por cálcio e fosfato (Caphosol^R), ajudando esta a estar limpa e humedecida.

O Palifermin é um factor humano recombinante do factor de crescimento dos queratinocitos. A sua acção consiste na diminuição da incidência e duração da mucosite em doentes com tumores hematológicos, onde foi demonstrada uma redução de 30% a 40% de mucosite de grau 3 e 4. Também existem estudos que demonstraram que em doentes em tratamento com bólus de 5-FU houve a diminuição de 30% de mucosite de grau igual ou superior a 2. Contudo existe controvérsia se a utilização de um factor de crescimento em doentes oncológicos pode ou não favorecer o crescimento de determinados tumores (Bensinger *et al.*, 2008; Gutierrez *et al.*, 2009).

Nos últimos anos surgiram estudos que apontam uma grande variedade de fármacos utilizados na prevenção e tratamento da mucosite oral, no entanto, existe a necessidade de mais pesquisas nesta área. Entre estes fármacos destacam-se o alopurinol que parece ser eficaz no tratamento e na profilaxia da mucosite induzida por 5-FU; factores de crescimento em que se observa uma resolução da mucosite que coincide com a recuperação de neutropenia; enzimas hidrolíticas reduzindo até 50% a mucosite moderada e severa; amifostina ao reduzir a mucosite associada a altas doses de melphalan em doentes que realizaram autotransplante de medula óssea; e, sucralfato que parece ser mais eficaz na prevenção da mucosite induzida por quimioterapia que no seu tratamento quando já instalada (Castell *et al.*, 2001; Albuquerque e Camargo, 2007; Volpato *et al.*, 2007; Bensinger *et al.*, 2008).

Alguns estudos demonstraram que a aplicação de radiações laser pode reduzir o grau de severidade da mucosite oral, induzida por altas doses de quimioterapia em transplante de medula óssea. A sua acção consiste em acelerar a regeneração celular dos miofibroblastos e assim favorecer a cicatrização das lesões da mucosa oral (Castell *et al.*, 2001; Bensinger *et al.*, 2008).

Outra medida importante é a crioterapia. Esta consiste em mastigar suavemente pequenos pedaços de gelo, com o intuito de prevenir a mucosite provocada pela quimioterapia, mais concretamente na administração de altas doses de melphalan antes do transplante de medula óssea, de 5-FU e de edatrexato. Esta técnica produz vasoconstrição local diminuindo o fluxo sanguíneo da mucosa oral e assim a exposição do fármaco à mesma. É uma técnica simples, económica e geralmente bem tolerada (Castell *et al.*, 2001; Bensinger *et al.*, 2008).

2 – AUTOCUIDADO

A enfermagem é uma profissão que tem evoluído muito nas últimas décadas, com um corpo de práticas e conhecimentos próprios. É considerada uma ciência preocupada e orientada para a compreensão e conhecimento da forma como a pessoa lida e vive os desafios colocados pelas alterações no seu estado de saúde e as transições que experiencia. Vários factores influenciam estas experiências (nomeadamente históricos, políticos, sociais e culturais), sendo que a enfermagem tenta perceber como eles moldam as acções e reacções de cada pessoa. A enfermagem é, então, considerada uma ciência humana, com uma orientação prática, focalizada na promoção dos projectos de saúde de cada um (Pereira, 2009).

É uma ciência humana porque ao tentar compreender as partes e as particularidades de cada ser humano tem como intenção a compreensão do todo, numa concepção holística. Entende o ser humano como uma realidade indivisível e visa a compreensão dos valores e significados atribuídos por eles às suas experiências de vida. Por outro lado, é uma disciplina orientada para a prática decorrente da natureza da profissão e daquilo que é o serviço que presta à sociedade. A dimensão prática da enfermagem exige e implica conhecimento com potencial para promover a qualidade dos cuidados prestados, conhecimento este que é próprio e gerado dentro dos limites da disciplina de enfermagem (McEwen, 2009; Pereira, 2009).

É, então, importante gerar, com o intuito de aplicar, conhecimento de enfermagem em dimensões como: a caracterização das pessoas e das suas necessidades de cuidados; formas de aumentar o seu bem-estar; e, formas e meios de aumentar a capacidade das pessoas para cuidarem de si próprias e dos seus familiares, através da utilização e optimização dos recursos disponíveis e da criação ou mobilização de novos recursos (Meleis, 2005).

A concepção e o desenvolvimento das práticas clínicas de enfermagem assenta na teorização, que mais não é que enquadrar conceptualmente o que os enfermeiros fazem para sobre ele reflectir, avaliar e inovar. Assim se processa o desenvolvimento disciplinar (Queirós, 2010).

O autocuidado é um dos conceitos centrais para a enfermagem, é mesmo um conceito operatório, na medida em que permite uma leitura teórica integrativa daquilo que os enfermeiros fazem, ou seja, das suas práticas clínicas (Queirós, 2010).

Pode ser definido como “actividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diária” (*International Council of Nurses*, 2011, p.41).

A capacidade de autocuidado, de cada um cuidar de si próprio, é inerente ao ser humano e implica um grau de autonomia. Esta capacidade organiza-se e estrutura-se aquando do processo de desenvolvimento, ao longo do ciclo vital. O autocuidado é universal, não se restringe às actividades de vida diária mas é abrangente a todos os aspectos vivenciais (Queirós, 2010).

A teórica de enfermagem Dorothea Orem desenvolveu a Teoria Geral de Enfermagem em que o autocuidado é o seu conceito central. Esta teoria tem por base três constructos teóricos: a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

Especificando o primeiro constructo teórico, a teoria do autocuidado, Orem definiu autocuidado como um conjunto de acções que a pessoa desenvolve consciente e deliberadamente, em seu próprio benefício, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando estas acções são efectivamente realizadas contribuem para a integridade estrutural humana, para o funcionamento e o desenvolvimento humano (Orem e Taylor, 2011).

A acção de autocuidado é, então, uma capacidade complexa, aprendida ao longo do processo de desenvolvimento, que permite à pessoa perceber os factores que devem ser controlados e geridos com o fim de regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, assim como, a capacidade de decisão e de desempenho de medidas promotoras do cuidado adequado. O desenvolvimento e operacionalidade das acções de autocuidado podem ser influenciados pela idade, género, estágio de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural, estado de saúde e recursos disponíveis (Soderhamn, 2000; Denyes, Orem e Bekel, 2001; Orem e Taylor, 2011).

A acção de autocuidado engloba três componentes, todos eles intencionais e que acontecem de forma faseada:

- *autocuidado estimativo*: primeiramente a pessoa adquire a capacidade de identificação do que necessita para recuperar a autonomia, visando o conhecimento das condições internas e externas relevantes para a saúde e o bem-estar, as características e significados dessas condições e os seus resultados;
- *autocuidado transitivo*: onde a pessoa identifica as várias opções para a aquisição ou recuperação do autocuidado e decide que linha de autocuidado deve ser seguida;
- *autocuidado produtivo*: caracterizado pela capacidade real de autocuidado, onde a pessoa demonstra a capacidade de se cuidar (Soderhamn, 2000).

Ao longo do ciclo vital a necessidade de autocuidado oscila. Deve ser vista como única e individual uma vez que as situações de vida, bem como, as condições internas e externas são específicas e não generalizáveis. Esta necessidade é universal associando-se a processos de vida comuns a todos os seres humanos durante todos os estádios do ciclo vital; desenvolvimental dizendo respeito às mudanças que se processam ao longo dos diferentes estádios do ciclo de vida que requerem adaptação, actuando na maturação e desenvolvimento da pessoa; ou por desvio da saúde que acontecem no caso de situações de doença ou incapacidade, ou pode ser consequência de medidas médicas exigidas para diagnosticar ou corrigir a situação (Denyes, Orem e Bekel, 2001).

A necessidade de autocuidado por desvio da saúde reflecte-se na busca e garantia de assistência médica adequada; na consciencialização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos; na execução efectiva de medidas prescritas pelo médico; na consciencialização e atenção, ou regulação de efeitos desagradáveis ou maléficos de medidas prescritas pelo médico; na modificação do autoconceito na aceitação de si, nesta nova condição de saúde em que necessita de formas específicas de cuidados de saúde; e, na aprendizagem de novos estilos de vida associados aos efeitos dos estados patológicos, bem como de efeitos de medidas de diagnóstico e tratamento médico, de forma a promover o desenvolvimento contínuo da pessoa (Foster e Janssens, 1993).

A teoria de défice de autocuidado é central na teoria geral de enfermagem de Orem, já que antevê a necessidade dos cuidados de enfermagem.

Quando os recursos existentes não permitem a auto-satisfação das necessidades de autocuidado, a capacidade de autocuidado diminui e surge a exigência de autocuidado terapêutico, sendo indispensável a ajuda de terceiros. Estes podem ser informais ou realizados por profissionais organizados para o cuidar (Queirós, 2010; Orem e Taylor, 2011).

Esta necessidade existe quando a pessoa está incapacitada ou limitada para realizar autocuidado contínuo e eficaz; quando há necessidade de interiorizar medidas prescritas complexas, que requeiram conhecimentos e habilidades específicas adquiridas através de treino e experiência; ou quando o indivíduo carece de ajuda para recuperar da situação de doença ou para adaptar-se às suas consequências (Orem e Taylor, 2011).

Orem identificou cinco métodos de ajuda, onde o enfermeiro pode usar apenas um ou todos os métodos, de forma a assistir a pessoa no autocuidado:

- agir ou fazer para o outro;
- guiar o outro;
- apoiar o outro (física ou psicologicamente);
- proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal;
- ensinar o outro (Taylor, 2004).

A teoria de sistemas de enfermagem baseia-se na necessidade de autocuidado e na capacidade do indivíduo para executar ações de autocuidado. Estas podem ser satisfeitas pelo enfermeiro, pelo indivíduo ou por ambos. Para tal foram identificados três sistemas de enfermagem:

- sistema totalmente compensatório – quando a capacidade de autocuidado é limitada ou ausente e o enfermeiro responde por decisões e/ou ações necessárias à satisfação do autocuidado que exigem locomoção autodirigida e controlada e movimento manipulativo, ou prescrição médica de evitar tal actividade;
- sistema parcialmente compensatório – onde indivíduo e enfermeiro executam ações de autocuidado que envolvem tarefas de manipulação ou locomoção, alternando-se no papel de principal agente de autocuidado em função das limitações, conhecimentos e habilidades do indivíduo;

- sistema apoio-educação – quando o indivíduo está apto e pode ou deve aprender a realizar as acções de autocuidado terapêutico, tais como tomada de decisões, controlo do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades, porém, não obtém êxito sem auxílio (Silva, 2001; Orem e Taylor, 2011).

A acção do enfermeiro está centrada em promover o indivíduo a um agente de autocuidado, para tal pode usar apenas um ou vários dos três sistemas em um único indivíduo.

2.1 – FACTORES QUE INFLUENCIAM O AUTOCUIDADO

A pessoa é vista, cada vez mais, como um ser responsável e intencional quanto ao seu estado de saúde.

A OMS descreve a promoção da saúde como um processo que prevê criar condições, para que a pessoa aumente a sua capacidade de agir sobre os factores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar. No mesmo sentido, os profissionais de enfermagem vêem a pessoa como responsável pelo seu próprio projecto de vida e de saúde, em que intervir passa por colocar ao dispor de cada um todo um conjunto de conhecimentos, bem como acompanhá-lo na sua experiência de saúde (Gomes, 2007).

Também a Lei de Bases da Saúde – Lei nº 48/90, de 24 de Agosto menciona que os cidadãos, enquanto utentes, devem ter um papel activo na promoção da sua própria saúde, atendendo aos seus direitos e cumprindo os seus deveres.

Para que a pessoa seja responsável pelo seu projecto de saúde, bem como, tenha um papel activo na promoção da sua saúde é importante que realize acções de autocuidado e seja vista como um parceiro activo.

O comportamento de autocuidado pode ser entendido como as reacções individuais imediatas e continuadas à doença, as estratégias básicas para as enfrentar e as acções realizadas para preservar e manter a saúde. O comportamento diário de manutenção de saúde, de que é exemplo uma boa nutrição e higiene oral, reconhecimento e interpretação de sintomas, interacção com redes de apoio social e com o sistema social de saúde, são as pedras angulares do comportamento de autocuidado. Também se incluem acções como o desempenhar de um papel assertivo

na tomada de decisões de autocuidado, auto-tratamento, adesão ao regime terapêutico e educação para a saúde (Parse, referenciado por Soderhamn, 2000).

A capacidade de autocuidado é uma condição necessária para a realização da actividade de autocuidado. Na perspectiva da adaptabilidade, a capacidade de autocuidado pode ser considerada a aptidão da pessoa para cuidar de si própria, onde o cuidado é uma acção com o objectivo de produzir melhorias ou prevenir uma mudança para uma condição pior (Soderhamn, 2000).

No entanto, a capacidade de autocuidado não é por si só um meio para manter, restabelecer ou melhorar a saúde e o bem-estar, mas antes, uma potencialidade para a actividade de autocuidado como parte integral do ser humano.

Assim, as necessidades de autocuidado são também razões importantes para a acção, devem ter um certo significado nas operações de autocuidado quer sejam estimativas, transitivas ou produtivas. Ou seja, a pessoa deve atribuir significado e valor ao autocuidado para fazer julgamentos e tomar decisões racionais. Os objectivos e os resultados das acções de autocuidado devem ser importantes ou significativos para a pessoa. Tal como qualquer outro comportamento, a actividade de autocuidado é aprendida e intencional, ela é dirigida para a situação da pessoa e uma forma de estar no mundo. As variáveis das quais uma conduta depende, assim como a conduta em si mesma, é a relação de significado. Desta forma, entre capacidade de autocuidado e actividade de autocuidado deve haver essa relação de significado (Soderhamn, 2000).

Vários foram os autores que realizaram estudos acerca do autocuidado e dos factores que o influenciam. Especificamente quanto ao autocuidado higiene oral não foram encontradas investigações, no entanto serão apresentados alguns contributos de vários autores sobre o autocuidado, ainda que noutras áreas, com o intuito de melhor compreender esta temática.

Richardson (1992) realizou uma revisão da literatura sobre factores que influenciam o autocuidado da pessoa com cancro a realizar tratamento. Dos quais se destaca como factores facilitadores: a situação sócio-económica, o suporte familiar e social, o conhecimento de como lidar com os efeitos secundários e outra informação acerca do tratamento e conhecimento das actividades que poderiam realizar para o seu autocuidado. Por outro lado, o percurso da doença e os efeitos secundários severos contribuem para a diminuição do autocuidado. O autor destaca, ainda, a importância e

a necessidade de ensinamentos consistentes, criativos e com meios audiovisuais para potenciar os comportamentos de autocuidado.

Relativamente à tomada de decisão quanto ao autocuidado, na pessoa com doença crónica, Paterson, Russell e Thorne (2001) referem que a habilidade e o desejo em se envolver activamente nas decisões de autocuidado dependem de vários factores como: o tempo pós diagnóstico, a severidade da doença, experiência de vida, valores e cultura. Concluem, ainda, que quem se envolve activamente nas decisões de autocuidado é capaz de controlar sintomas, apresentando indicadores fisiológicos positivos, contudo, quem apresenta uma postura passiva ou não se envolve na decisão de autocuidado não apresenta resultados tão satisfatórios.

Após revisão da literatura, Sigurdardóttir (2005) identificou como factores importantes que contribuem para o autocuidado, na pessoa com diabetes do tipo 1, o conhecimento acerca da doença e as formas de lidar com ela, a perícia física e um programa educacional promotor do autocuidado.

Num estudo realizado a pessoas idosas com diabetes do tipo 2, por Bai, Chiou e Chang em 2009 os resultados sugerem que alguns factores influenciam significativamente os comportamentos de autocuidado como: o género, o nível de formação, a situação económica e a crença religiosa. Assim, os homens, as pessoas com formação mais elevada, com situação económica favorável e sem crenças religiosas apresentavam melhores comportamentos de autocuidado. Concluíram, ainda, que quanto mais vivenciam o processo de doença e mais suporte social, melhores os comportamentos de autocuidado, enquanto que a depressão é considerada um factor que influenciava negativamente estes comportamentos.

Num outro estudo realizado com pessoas com hipertensão, por Akyol *et al.* em 2007, verificou-se que os sujeitos com nível educacional mais elevado apresentam maiores níveis de acção de autocuidado, não tendo sido encontrada associação com a situação de empregabilidade, com o género, idade e local onde residem.

Carvalho (2007) realizou um estudo com doentes internados num serviço de cirurgia geral, concluindo que estes sujeitos participavam mais nos seus cuidados quando tinham informação sobre o que podiam fazer, como o podiam fazer sozinhos, como podiam ajudar e quando detinham informação sobre a sua situação de saúde.

Um dos factores influenciadores do autocuidado, que sobressai na revisão da literatura realizada, é a informação que cada pessoa tem acerca da sua situação clínica e da forma como lidar com a sua nova situação de saúde/doença.

Os enfermeiros desempenham um papel de relevo na eficácia da informação apreendida pela pessoa, ao realizarem educação para a saúde. Esta é, então, uma componente essencial do cuidado holístico de enfermagem. Tem como objectivo ajudar a pessoa a alcançar mais autonomia, através da promoção, manutenção e recuperação da saúde; prevenção da doença; e assistência às pessoas para lidarem com os efeitos da doença. Se a pessoa estiver hospitalizada a deficiência ou inexistência de educação para a saúde pode ter várias repercussões negativas, tais como, não adesão ao tratamento, deficiência ou incapacidade de autocuidado, incapacidade de práticas preventivas e conseqüentemente maior necessidade de cuidados de saúde (Smeltzer e Bare, 2005).

Contudo a educação para a saúde não é apenas uma mera passagem de informação, o que não é de todo suficiente para a adopção de comportamentos saudáveis. Passa essencialmente por uma questão de aprendizagem, que implica a percepção e aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento de competências; e muitas das vezes mudança de comportamentos (Kooper, 1998).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

3 – MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo será descrita a metodologia que conduziu este estudo, nomeadamente a delimitação do problema, o desenho do estudo, os objectivos, as questões de investigação e as hipóteses, a operacionalização das variáveis, a população e a selecção da amostra, o instrumento de colheita de dados, procedimento de colheita de dados e procedimentos estatísticos.

3.1 – DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E DESENHO DO ESTUDO

A mucosite oral tem enormes implicações a nível físico e consequentemente no bem-estar e na qualidade de vida, da pessoa a realizar quimioterapia, sendo que o autocuidado higiene oral é essencial para prevenir ou impedir o desenvolvimento da mucosite.

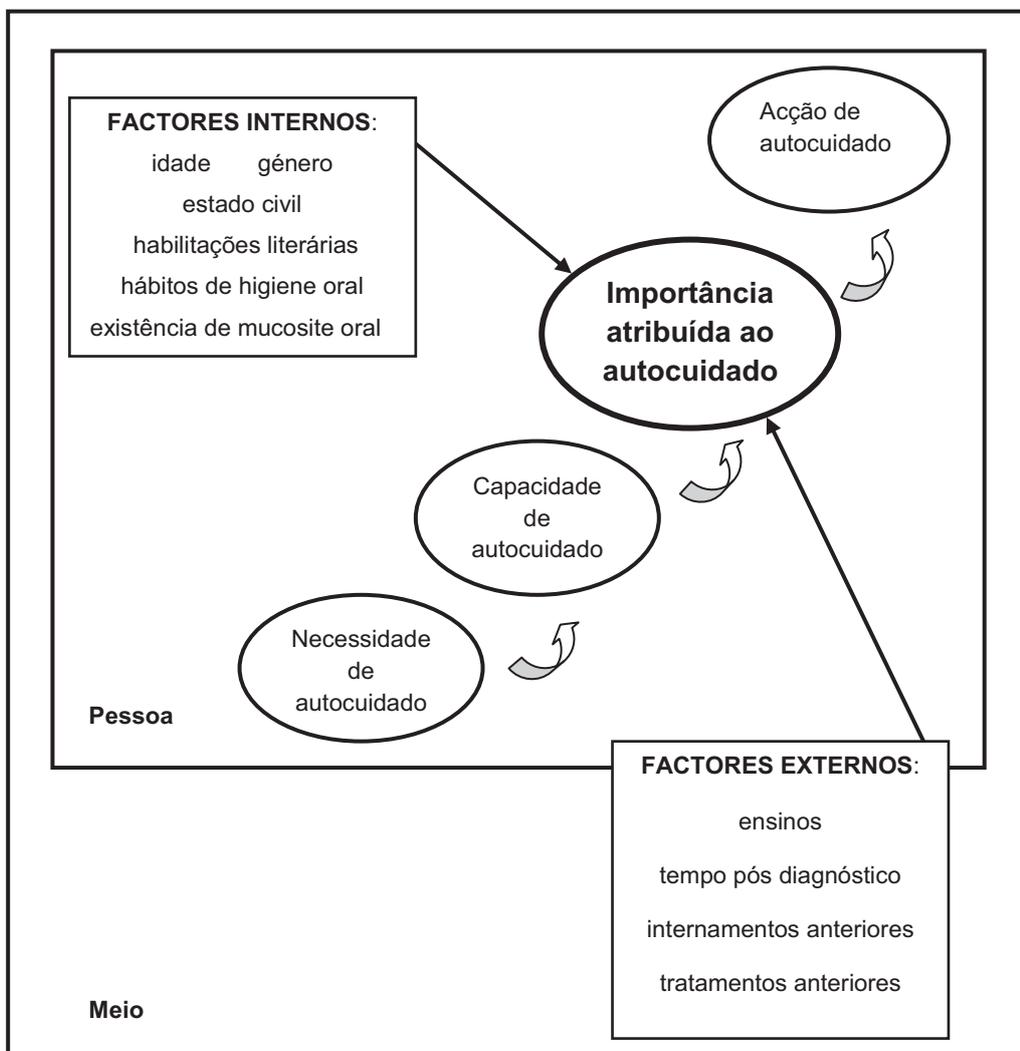
Os enfermeiros têm um papel preponderante ao auxiliar a pessoa a adaptar-se aos processos de transição saúde-doença. Tendo em conta a individualidade de cada um e os seus diferentes problemas, necessidades e potenciais, cabe à enfermagem ajudar a pessoa, com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, a assumir as acções necessárias para o autocuidado higiene oral, com o intuito de evitar a mucosite oral e/ou minimizar os seus efeitos, o que implica adquirir novos conhecimentos e habilidades, adaptar-se às condições impostas pelos tratamentos de quimioterapia, reunir os recursos necessários e envolver-se no processo de recuperação. Estas acções podem ser caracterizadas como acções de autocuidado, segundo a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem.

Através da nossa experiência profissional verificamos que apesar dos ensinamentos realizados e do incentivo para a realização de uma correcta higiene oral, nem todas as pessoas a realizar quimioterapia valorizam esta importante prática ou a fazem de forma correcta.

Na tentativa de compreender esta não valorização e/ou não realização correcta da higiene oral, percebida através da experiência profissional, e após pesquisa

bibliográfica foi construído um conjunto articulado de proposições teóricas que permitiu visualizar um conjunto de variáveis e as presumíveis relações entre elas, isto é, desenhar o mapa conceptual orientador do presente estudo, o qual se encontra exposto na Figura 1.

Figura 1 – Modelo conceptual do estudo



Assim, para efectuar acções de autocuidado, ou seja, para realizar o autocuidado higiene oral, a pessoa além de ter a capacidade para a acção é necessário que lhe atribua importância.

De acordo com esta perspectiva, a compreensão da importância atribuída aos cuidados de higiene oral implica o reconhecimento da influência de factores internos à pessoa, nomeadamente idade, género, estado civil, habilitações literárias, hábitos de higiene oral actuais e anteriores à doença e existência anterior e/ou actual de mucosite oral; e, de factores externos à pessoa, tais como, ensinos realizados pelos enfermeiros

acerca da lavagem da boca e de outras medidas preventivas ou de não agravamento da mucosite oral e das consequências da não lavagem da boca, tempo pós diagnóstico, internamentos anteriores e realização anterior de tratamentos de quimioterapia.

O presente trabalho de investigação baseia-se num estudo de natureza exploratória, transversal e correlacional. Construímos questões de investigação, identificámos variáveis e tentámos compreender como estas se relacionam levantando hipóteses. É pertinente ressaltar que, dadas as características do estudo, não pretendemos estabelecer relações causais entre as variáveis por não serem passíveis de comprovar.

Após pesquisa bibliográfica foi elaborado o instrumento de colheita de dados (Apêndice I), que consistiu na construção do instrumento que permitiu recolher a informação.

De seguida, definiu-se os critérios de inclusão dos participantes na amostra e procedeu-se à recolha dos dados. Esta foi efectuada entre os meses de Fevereiro e Maio de 2011, no internamento do Serviço de Hematologia Clínica dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC).

Como procedimento seguinte, foi elaborada a base de dados no programa informático de análise de dados quantitativos: o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), o qual serviu de suporte a todo o tratamento estatístico.

Por fim, realizou-se a análise estatística e interpretação dos resultados, quer através da caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra, quer procurando dar resposta às questões de investigação e avaliando as relações entre as diferentes variáveis.

3.2 – OBJECTIVOS DO ESTUDO

Com o intuito de nortear a nossa investigação foram elaborados os seguintes objectivos:

Objectivos gerais

- ▶ Identificar a importância que a pessoa com doença hemato-oncológica atribui aos cuidados de higiene oral;

- ▶ Identificar a importância que a pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia atribui aos ensinamentos sobre higiene oral

Objectivos específicos

- ▶ Objectivo 1: Analisar os hábitos de higiene oral anteriores à situação de doença e actuais, da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia;
- ▶ Objectivo 2: Analisar a relação entre a importância atribuída à higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia e alguns factores, tais como, o género, o estado civil, as habilitações literárias, a idade, o diagnóstico, o tempo de diagnóstico, o grau de mucosite, ensinamentos, a importância atribuída aos ensinamentos, número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença, existência de internamentos anteriores, realização anterior de tratamentos de quimioterapia e existência anterior de mucosite oral;
- ▶ Objectivo 3: Analisar a relação entre a realização de uma correcta higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia e alguns factores, tais como, género, estado civil, habilitações literárias, idade, diagnóstico, tempo de diagnóstico, grau de mucosite, importância atribuída à higiene oral, ensinamentos, importância atribuída aos ensinamentos, número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença, existência de internamentos anteriores, realização anterior de tratamentos de quimioterapia e existência anterior de mucosite;
- ▶ Objectivo 4: Analisar se, na perspectiva da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, os ensinamentos sobre higiene oral influenciaram os seus comportamentos de higiene oral.

3.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

O presente estudo pretende responder às seguintes questões de investigação:

Questões centrais:

- ▶ Qual a importância atribuída à higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?

- ▶ Qual a importância atribuída aos ensinamentos recebidos sobre higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?

Questões de investigação:

- ▶ Questão 1: Será que a pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia efectua uma correcta higiene oral?
- ▶ Questão 2: Quais os factores que influenciam a importância atribuída à higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?
- ▶ Questão 3: Quais os factores que influenciam a realização de uma correcta higiene oral da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?

Apesar do presente trabalho ser de natureza essencialmente exploratória, baseámo-nos na fundamentação teórica realizada para colocar algumas hipóteses relativas ao nosso estudo. Assim, definimos as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – *Na pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia o género influencia a realização de uma correcta higiene oral.*

Esta hipótese foi construída tendo em conta os resultados do relatório sobre o estado e hábitos de saúde oral do ano 2000, onde se concluiu que os participantes do género feminino referem realizar hábitos de higiene oral mais correctos (Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária, SPEMD, 2000).

Hipótese 2 – *Na pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia o nível de habilitações literárias influencia a realização de uma correcta higiene oral.*

A formulação desta hipótese fundamenta-se nos resultados do relatório sobre o estado e hábitos de saúde oral do ano 2000, em que se concluiu que os participantes com habilitações literárias mais elevadas referem ter hábitos de higiene oral mais correctos (SPEMD, 2000). Também o estudo realizado por Bai, Chiou e Chang (2009) concluíram que os participantes com nível de formação mais elevada apresentavam maiores níveis de acção de autocuidado.

Hipótese 3 – *As pessoas com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia que apresentam menor grau de mucosite oral efectuem uma correcta higiene oral.*

Esta hipótese fundamenta-se na bibliografia consultada que refere que os efeitos secundários severos, resultantes dos tratamentos do cancro, contribuem para a diminuição do autocuidado (Richardson, 1992).

Hipótese 4 – *A importância atribuída à higiene oral, pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, influencia positivamente a realização de uma correcta higiene oral.*

A construção desta hipótese apoia-se na bibliografia consultada onde é evidente que a capacidade de autocuidado é importante para a realização do autocuidado mas é, também, necessário que a actividade de autocuidado seja determinada por um certo significado (Soderhamn, 2000), o que nos leva a pensar que a realização de uma correcta higiene oral está relacionada com a importância que lhe é atribuída.

Hipótese 5 – *A importância atribuída aos ensinamentos recebidos, pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, influenciam positivamente a realização de uma correcta higiene oral.*

Esta hipótese apoia-se na revisão da literatura efectuada que revelou que quando os doentes são ensinados sobre os cuidados a ter com a sua boca, nomeadamente com informação didáctica que inclua os princípios básicos de uma correcta higiene oral, treino de habilidades e importância da vigilância periódica, assumem maior responsabilidade no autocuidado (Eilers, 2004).

3.4 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

A operacionalização das variáveis teve suporte na revisão bibliográfica efectuada e serviu de apoio à elaboração do instrumento de colheita de dados. Para uma melhor compreensão serão, primeiro, expostas as variáveis dependentes, seguidas das variáveis independentes e, posteriormente, as variáveis sócio-demográficas. Por fim, serão apresentadas as questões que nos permitirão recolher informação relativa a dados clínicos dos participantes deste estudo.

Variáveis dependentes

Definimos como variáveis dependentes do nosso estudo a importância atribuída à higiene oral, correcta higiene oral após a situação de doença e comportamentos de correcta higiene oral após a situação de doença.

É importante referir que tendo em conta os objectivos delineados para este estudo, a variável importância atribuída à higiene oral é também considerada variável independente.

- A **importância atribuída à higiene oral** foi operacionalizada pedindo a cada participante que se situasse, face á importância que atribuí à higiene oral, num contínuo de escala tipo Likert com cinco opções de resposta: nada importante, pouco importante, indiferente, importante e muito importante.

- O **hábito de higiene oral depois do aparecimento da doença** foi operacionalizado através de uma questão dicotómica, com opção de resposta sim e não.

- A **correcta higiene oral durante a situação de doença** foi operacionalizada utilizando várias questões do questionário, nomeadamente, vezes por dia, produtos utilizados, forma de realização e zonas lavadas. Face aos autores consultados, a correcta higiene oral foi definida através da realização de quatro comportamentos: higienização da boca duas ou mais vezes por dia; utilização dos produtos escova de dentes macia ou escova de esponja, pasta de dentes e desinfectante oral; escovagem igual ou superior a um minuto e meio; e, lavagem de todas as estruturas da boca (Eilers, 2004; Esteves e Bizarro, 2006; Marrs, 2006; Huskinson e Lloyd, 2009). Após a recolha de informação, a variável correcta higiene oral durante a situação de doença foi dividida em dois grupos: os que realizavam todos os quatro comportamentos para uma correcta higiene oral e os que não realizavam todos os comportamentos necessários.

- O **número de comportamentos correctos de higiene oral após a situação de doença** foi dividido em três grupos para a análise estatística dos dados, com base na informação recolhida e atendendo a que, como exposto na variável anterior, a correcta higiene oral foi definida pelo conjunto de quatro comportamentos correctos. Assim, criaram-se os seguintes grupos:

- ▶ grupo 1, incluíram-se os participantes que não apresentam nenhum, ou apenas um, comportamento correcto de higiene;

- ▶ grupo 2, incluíram-se os participantes que apresentam dois comportamentos correctos;
- ▶ grupo 3, incluíram-se os participantes que apresentam três ou quatro comportamentos correctos de higiene oral.

Variáveis independentes

Definimos como variáveis independentes deste estudo, além da variável importância atribuída à higiene oral, as variáveis idade, género, estado civil, habilitações literárias, diagnóstico, tempo de diagnóstico, grau de mucosite, correcta higiene oral antes da situação de doença, o número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença, importância atribuída aos ensinamentos, existência de internamentos anteriores, realização anterior de tratamentos de quimioterapia e existência anterior de mucosite oral.

- A **idade** foi operacionalizada através de uma questão aberta. No teste de hipóteses esta variável irá ser tratada como uma variável contínua, no entanto, para a sua melhor compreensão na análise descritiva agrupamos os dados em seis classes: inferior a 20 anos, igual ou superior a 20 anos e inferior a 30 anos, igual ou superior a 30 anos e inferior a 40 anos, igual ou superior a 40 anos e inferior a 50 anos, igual ou superior a 50 anos e inferior a 60 anos, e igual ou superior a 60 anos e igual ou inferior a 65 anos. Optámos pelos limites de idade entre os 18 anos e os 65 anos por serem legalmente considerados como a idade da população activa. Visto que a mucosite oral tem grandes implicações a nível físico e conseqüentemente no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos, então se os indivíduos que pertencem à população activa desenvolverem mucosite oral as conseqüências poderão ter implicações ainda mais nefastas, uma vez que poderão condicionar, para além de todas as outras actividades, a sua actividade profissional.

- O **género** foi operacionalizado pela questão dicotómica com possibilidade de resposta masculino e feminino.

- O **estado civil** foi operacionalizado por uma questão com quatro opções de resposta: solteiro, casado ou em união de facto, viúvo e divorciado. Estas opções de resposta serão apenas para caracterizar a amostra, uma vez que no teste de hipóteses serão agrupadas em apenas duas categorias: casados e não casados.

- As **habilitações literárias** foram operacionalizadas com uma questão com cinco opções de resposta: 1º ciclo (4 anos de escolaridade), 2º ciclo (6 anos de escolaridade), 3º ciclo (9 anos de escolaridade), secundário (12 anos de escolaridade) e superior (detenção de um curso superior).

- O **diagnóstico** foi operacionalizado através da consulta do processo clínico, o que permitiu formar três grupos: leucemia, linfoma e mieloma múltiplo.

O **tempo de diagnóstico** refere-se ao espaço de tempo desde que foi efectuado o diagnóstico até à altura em que foi preenchido o instrumento de colheita de dados. Sabemos que cada pessoa necessita de tempo para se adaptar à sua nova condição de saúde/doença e que esse tempo varia de pessoa para pessoa, não sendo estanque. Pela nossa experiência profissional, consideramos que para a pessoa com doença hemato-oncológica o período de seis meses após o diagnóstico poderá servir de adaptação, nomeadamente no que se refere aos novos cuidados de higiene oral, pois requer idas constantes ao hospital e/ou internamentos frequentes para a realização de tratamentos de quimioterapia, o que permite contacto constante com os profissionais de saúde e ensinos.

O tratamento das doenças hemato-oncológicas, com realização de quimioterapia e sem ocorrer recidivas, poderá prolongar-se até um ano. Os tratamentos que se prolongarem depois de um ano significa que ocorreu recidiva da doença. Assim, optámos por operacionalizar a variável tempo de diagnóstico através de uma pergunta aberta, sendo a unidade de medida utilizada os “meses”. Para uma melhor compreensão na análise descritiva agrupamos os dados em três classes: inferior ou igual a 6 meses, superior a 6 meses e inferior a 12 meses, e superior a 12 meses; no entanto, no teste de hipóteses esta variável irá ser tratada como uma variável contínua.

- O **grau de mucosite** foi operacionalizado em cinco categorias, de acordo com World Health Organization (1979): grau 0 – sem sintomas; grau 1 – sensibilidade e eritema; grau 2 – eritema com úlcera, pode deglutir alimentos sólidos; grau 3 – úlcera, eritema extenso, não pode deglutir alimentos sólidos; e, grau 4 – úlcera, mucosite extensa, não é possível deglutição. Os dados referentes a esta variável foram colhidos através da observação directa da mucosa oral de cada participante pela investigadora.

- Os **hábitos de higiene orais antes do diagnóstico da doença** foram operacionalizados através de uma questão dicotómica, com opção de resposta sim e não.

- A **correcta higiene oral antes da situação de doença** foi operacionalizada utilizando várias questões do questionário, nomeadamente, vezes por dia, produtos utilizados, forma de realização e zonas lavadas. Apoiando-nos na informação fornecida pela Portugal (2006a) a correcta higiene oral foi definida pela realização de quatro comportamentos: lavagem da boca 2 ou mais vezes por dia, utilização dos produtos escova e pasta de dentes, escovagem durante 2 minutos ou mais e lavagem de todas as estruturas. Com base na informação recolhida, a variável correcta higiene oral antes da situação de doença foi agrupada em dois grupos: os que realizavam todos os quatro comportamentos para uma correcta higiene oral e os que não realizavam todos os comportamentos necessários.

- O **número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença** foi dividido em cinco grupos, atendendo à informação fornecida por Portugal (2006a) exposta na variável anterior, sendo eles: 0 comportamentos correctos de higiene oral, 1 comportamento correcto, 2 comportamentos correctos, 3 comportamentos correctos e, por fim, 4 comportamentos correctos de higiene oral.

- Quanto aos ensinamentos sobre higiene oral efectuados pelos enfermeiros foram colocadas várias questões. Assim, foi feita uma questão dicotómica onde a variável **ensinos** foi operacionalizada em sim e em não, consoante considerassem que os tinham tido ou não. Aos inquiridos que responderam afirmativamente, pediu-se que face à **importância que atribuíam aos ensinamentos recebidos** se situassem num contínuo de escala tipo Likert com cinco opções de resposta: nada importante, pouco importante, indiferente, importante e muito importante. A variável **tipo de ensinamentos** foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta, em que os participantes foram questionados sobre quais os ensinamentos que foram realizados pelos enfermeiros, sendo depois realizada a análise de conteúdo das respostas. Por último, a variável **mudança dos hábitos de higiene oral** como consequência dos ensinamentos recebidos, foi operacionalizada através de uma questão dicotómica, com a possibilidade de resposta sim e não.

- As variáveis **internamentos anteriores, realização de tratamentos anteriores de quimioterapia e existência anterior de mucosite oral** foram operacionalizadas através de questões dicotómicas, com opção de resposta sim e não.

Variáveis sócio-demográficas

Para além das variáveis independentes: idade, género, estado civil e habilitações literárias foi também considerada a variável profissão para a caracterização sócio-demográfica da amostra.

- A **profissão** foi operacionalizada através da questão com seis opções de resposta: estudante, empregado, desempregado, doméstica, reformado e outro.

Outras variáveis

Para uma melhor caracterização dos hábitos de higiene oral dos elementos da amostra, considerámos as seguintes variáveis:

- **Cuidados de manutenção a ter com a escova de dentes** depois de esta ser utilizada, deve ser lavada a escova, seca e posteriormente desinfectada (Akagi e Lesser, 2001). Para a operacionalização da variável cuidados de manutenção a ter com a escova de dentes foi colocada uma pergunta com três opções de resposta: lava-a, seca-a e desinfecta-a; em que os participantes poderiam assinalar uma, duas ou as três respostas. Para a análise descritiva foram criados dois grupos: cuidados correctos, tais como lavar, secar e desinfectar; e, cuidados não correctos, quando o conjunto dos três itens não se verificasse.
- **Conhecimento das consequências de não realizar higiene oral** foi operacionalizado através de uma questão dicotómica, com opção de resposta sim e não. Aos participantes que responderam que tinham conhecimento das consequências foi colocada uma questão aberta sobre quais eram essas consequências.
- **Comportamentos saudáveis** foram operacionalizados através de questões dicotómicas, com opção de resposta sim e não. Na análise descritiva dos dados, foi agrupada em três categorias: evita algum tipo de alimentos ou bebidas, hidratação dos lábios e consumo de substâncias irritantes da mucosa, nomeadamente tabaco.

3.5 – POPULAÇÃO E SELECÇÃO DA AMOSTRA

Tendo em consideração a nossa prática clínica, as preocupações decorrentes da nossa experiência profissional e na impossibilidade de estudar a população constituída

por todas as pessoas com doença hemato-oncológica a realizar tratamentos de quimioterapia, foram definidos alguns critérios de selecção da amostra, tais como:

Critérios de acessibilidade

- pessoas com doença hemato-oncológica, internados entre Fevereiro e Maio de 2011, no Serviço de Hematologia Clínica dos HUC.

Critérios de generalização

- idade igual ou superior a 18 anos e igual ou inferior a 65 anos;
- com o diagnóstico clínico de uma das três doenças hemato-oncológicas: leucemia, linfoma e mieloma múltiplo;
- que se encontrem a realizar tratamentos de quimioterapia, contudo que tenham terminado a infusão do ciclo de quimioterapia, que os levou ao internamento, na semana anterior, uma vez que os sinais e sintomas de mucosite podem ocorrer logo na primeira semana após a infusão da quimioterapia;
- que não apresentem alterações do estado de consciência e alterações cognitivas que inviabilizem o preenchimento do questionário;
- que apresentem capacidade física para a realização do autocuidado higiene oral.

3.5.1 – Caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra

No que concerne às características sócio-demográficas o Quadro 3 mostra como os elementos da amostra se distribuem em função destas variáveis.

Quadro 3 – Caracterização sócio-demográfica dos elementos da amostra (N=58)

Variáveis	n	%	Medidas de tendência central
Idade			
< 20 anos	4	6,9	
≥ 20 a < 30 anos	15	25,9	Moda= ≥ 20 a < 30 anos
≥ 30 a < 40 anos	9	15,5	
≥ 40 a < 50 anos	5	8,6	Mediana= ≥ 40 a < 50 anos
≥ 50 a < 60 anos	13	22,4	
≥ 60 a ≤ 65 anos	12	20,7	
Total	58	100,0	
Género			
Masculino	33	56,9	Moda= Masculino
Feminino	25	43,1	
Total	58	100,0	
			(cont.)

Variáveis (cont.)	n	%	Medidas de tendência central
Estado civil			
Solteiro(a)	19	32,8	Moda= Casado(a)
Viúvo(a)	1	1,7	
Divorciado(a)	0	0,0	
Casado(a)	38	65,5	
Total	58	100,0	
Habilitações literárias			
1º Ciclo	15	25,9	Moda= Superior
2º Ciclo	2	3,4	
3º Ciclo	8	13,8	
Secundário	16	27,6	
Superior	17	29,3	
Total	58	100,0	
Profissão			
Estudante	7	12,1	Moda= Empregado(a)
Empregado(a)	24	41,4	
Desempregado(a)	4	6,9	
Doméstica	4	6,9	
Reformado(a)	14	24,1	
Outro	5	8,6	
Total	58	100,0	

Pela observação dos resultados verifica-se que, relativamente à idade, dos 58 elementos que fazem parte da amostra, mais de 25% tem entre 20 e 30 anos, sendo a faixa etária com maior número de participantes. Pelo contrário, a faixa etária com menor número de participantes é a inferior a 20 anos, com 4 participantes, contudo esta faixa etária representa apenas duas idades os 18 e os 19 anos.

Verifica-se, ainda, que a mediana situa-se na faixa etária entre os 40 e os 50 anos, ou seja, um pouco mais de metade da amostra (56,9%) tem idade inferior a 50 anos e os restantes indivíduos (43,1% da amostra) têm idade igual ou superior a cinquenta anos. No tratamento da variável como contínua a média de idades é de 42,16 anos e o desvio padrão é de 17,00 anos. Sendo o desvio padrão obtido elevado significa que existe uma grande dispersão de idades.

No que diz respeito à variável género os dados mostram que existem mais participantes do género masculino (56,9%) que feminino (43,1%).

Quanto ao estado civil verificamos que os participantes são maioritariamente casados, com uma percentagem de 65,5%. Os participantes não casados apresentam uma percentagem de 34,5%, deste grupo fazem parte os participantes solteiros, viúvos e divorciados.

Relativamente à variável habilitações literárias, os dados mostram-nos que os participantes apresentam um nível médio/alto de escolaridade, em que existe um maior número de participantes detentores de um curso superior (29,3%) e logo de seguida os participantes que concluíram o ensino secundário (27,6%). Ou seja, da

observação dos dados pode-se concluir que mais de metade da amostra (56,9%) tem doze anos ou mais de escolaridade. No entanto, o terceiro grupo com maior representação percentual é o grupo dos participantes que apenas concluíram o 1º ciclo com 25,9%, seguido dos participantes que concluíram o 3º ciclo (13,8%) e por último os participantes que apenas concluíram o 2º ciclo (3,4%).

Ao observar os dados relativos à profissão verificamos que a categoria com maior representatividade é empregado(a) com 41,4% da amostra o que está em consonância com o facto de mais de metade da amostra ter idades inferiores a 50 anos. Os reformados(as) correspondem a 24,1%, sendo que os estudantes representam 12,1% dos elementos da amostra. Com frequências inferiores estão “outros” com 8,6% onde se inclui os voluntários e, as duas profissões com menor representatividade é doméstica e desempregado(a), cada uma com 6,9% da amostra.

No que se refere às características clínicas o Quadro 4 mostra como os elementos da amostra se distribuem em função destas variáveis.

Quadro 4 – Caracterização dos elementos da amostra segundo algumas variáveis clínicas (N=58)

Variáveis	N	%	Medidas de tendência central
Diagnóstico Leucemia Linfoma Mieloma múltiplo Total	31 20 7 58	53,4 34,5 12,1 100,0	Moda= Leucemia
Tempo de diagnóstico ≤ 6 meses > 6 meses e ≤ 12 meses > 12 meses Total	30 13 15 58	51,7 22,4 25,9 100,0	Moda= ≤ 6 meses Mediana= ≤ 6 meses
Grau de mucosite Grau 0 Grau 1 Grau 2 Grau 3 Grau 4 Total	41 9 8 0 0 58	70,7 15,5 13,8 0,0 0,0 100,0	Moda= Grau 0
Internamentos anteriores Sim Não Total	33 25 58	56,9 43,1 100,0	Moda= Sim
Realização de tratamentos anteriores Sim Não Total	43 15 58	74,1 25,9 100,0	Moda= Sim
Existência anterior de mucosite Sim Não Total	30 28 58	51,7 48,3 100,0	Moda= Sim

Quanto à variável diagnóstica, pela observação dos dados verificamos que existe um maior número de participantes, mais de metade da amostra, com o diagnóstico de leucemia (53,4%). O segundo grupo com maior representação inclui os participantes com linfoma com 34,5%, e por fim, o grupo a quem foi diagnosticado mieloma múltiplo com 12,1% dos participantes.

Relativamente à variável tempo de diagnóstico, os dados mostram que há um maior número de participantes, um pouco mais de metade da amostra, a quem foi diagnosticado uma das três doenças hemato-oncológicas em estudo num período igual ou inferior a 6 meses (51,7%). De seguida encontram-se os participantes com um tempo de diagnóstico superior a 12 meses (25,9%). Por último, encontra-se o grupo dos participantes com um tempo de diagnóstico igual ou superior a 6 meses e inferior a 12 meses com 22,4% da amostra, quase um quarto do total dos participantes.

Como esta variável foi trabalhada como uma variável contínua, o tempo de diagnóstico varia de menos de 1 mês (mínimo) até 163 meses (máximo), o que condiciona o valor da média que é de 18,48 meses e um desvio padrão de 31,33 meses, este valor justifica-se pela grande dispersão do tempo de diagnóstico dos elementos da amostra.

No que diz respeito ao grau de mucosite a grande maioria dos participantes (70,7%) apresenta um grau de mucosite de 0, ou seja, não apresentam mucosite. Os participantes com grau 1 de mucosite representam 15,5% da amostra e os participantes com grau 2 representam 13,8% da amostra. Nenhum dos participantes, da nossa amostra, apresentou mucosite de grau 3 e grau 4 que são os graus com sinais e sintomas mais severos. Assim, verifica-se um decréscimo acentuado de participantes consoante se vai subindo nos graus de mucosite, sendo que os dois últimos, os mais elevados, não contemplam participantes.

Quanto à variável internamentos anteriores, verifica-se que a maioria dos participantes, ou seja 33 (56,9%), já esteve internado anteriormente para realização de tratamentos de quimioterapia, sendo que os restantes 25 participantes (43,1%) não estiveram anteriormente internados.

Relativamente à variável realização de tratamentos anteriores de quimioterapia a grande maioria dos participantes (74,1%) já realizou anteriormente tratamentos de quimioterapia, enquanto que, apenas 25,9% dos participantes não realizou anteriormente tratamentos de quimioterapia, ou seja, estes participantes quando preencheram o instrumento de colheita de dados tinham terminado de realizar o primeiro ciclo de quimioterapia.

No que se refere à existência anterior de mucosite oral verifica-se que 30 participantes (51,7%), pouco mais de metade da amostra, já apresentaram anteriormente mucosite oral, enquanto que, 28 participantes (48,3%) não apresentaram anteriormente mucosite oral. Dado que a maioria dos participantes já realizaram anteriormente tratamentos de quimioterapia é compreensível que mais de metade da amostra tenha apresentado anteriormente mucosite.

3.6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS: APRECIACÃO E VALIDADE

Os dados obtidos com esta investigação são decorrentes da aplicação de dois questionários, que constituem o instrumento de colheita de dados:

- (1) Questionário sócio-demográfico e clínico;
- (2) Questionário sobre comportamentos de higiene oral e ensinos recebidos.

3.6.1 – Questionário sócio-demográfico e clínico

Este questionário foi construído especificamente para aplicação no presente estudo. As primeiras cinco questões são relativas aos dados sócio-demográficos: idade, género, estado civil, habilitações literárias e profissão.

As questões relativas aos dados clínicos foram preenchidas pela investigadora, tendo por base informação que consta no processo do doente e a observação directa da mucosa oral de cada elemento da amostra. Estas questões são referentes a: diagnóstico, tempo de diagnóstico, internamentos anteriores, realização anterior de tratamentos de quimioterapia e existência anterior e/ou actual de mucosite oral.

3.6.2 – Questionário sobre comportamentos de higiene oral

Este segundo questionário, também ele construído especificamente para aplicação no presente estudo, pretende caracterizar os participantes relativamente ao hábito e forma de higiene oral. Nele encontramos perguntas de resposta fechada e perguntas de resposta aberta, mas de resposta curta, que serão alvo de análise de conteúdo.

Assim, é constituído por questões relativas a: hábito e forma de higiene oral actuais e anteriores à sua situação de doença, importância atribuída à higiene oral,

consequências de não lavar a boca, ensinamentos realizados pelos enfermeiros e a importância atribuída pelos participantes, e outras medidas preventivas ou de não agravamento da mucosite oral.

3.6.3 – Análise das qualidades psicométricas do instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados não é construído por um conjunto de questões avaliadas por uma escala de medida, mas antes por um conjunto de questões fechadas com várias possibilidades de resposta e questões abertas. Desta forma não é possível aplicar procedimentos estatísticos para avaliar a sua fiabilidade e validade.

No entanto, a sua construção teve em consideração alguns procedimentos, nomeadamente a bibliografia consultada e a construção de questões neutras.

A maior parte das questões foram elaboradas com base na bibliografia consultada, entre as quais, as questões de 9 a 11, de 15 a 20, de 27 a 29, e ainda as questões relativas ao grau de mucosite e à existência anterior de mucosite.

Foi preocupação constante a elaboração de questões neutras que não induzissem à resposta correcta e/ou pretendida enviesando, desta forma, a investigação. Assim, foi dada a possibilidade, ao participante, de responder de acordo com o que pensava, ou de acordo com a sua forma de actuação.

Por fim, foi realizado um pré-teste ao questionário. O instrumento de colheita de dados foi aplicado primeiramente a 6 participantes, de ambos os géneros e várias idades. Após o seu preenchimento foi-lhes pedido que apresentassem dúvidas e dificuldades. Estes 6 participantes não referiram dúvidas e/ou dificuldades. Assim, este procedimento não implicou a reformulação do instrumento de colheita de dados.

Pelo que acima foi descrito, fica implícito que o instrumento de colheita de dados elaborado para o efeito é susceptível de aplicação das análises estatísticas subsequentes.

3.7 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O planeamento da recolha da amostra resultou de um pedido de autorização, por parte da investigadora, dirigido ao Conselho de Administração dos HUC (Apêndice II). Após ser apreciado por vários órgãos (Enfermeira Chefe do Serviço de Hematologia Clínica, Directora Clínica do referido serviço, Directora de Enfermagem dos HUC e Comissão de Ética dos HUC), teve um parecer positivo (Anexo I). A recolha dos dados iniciou-se com o contacto directo da investigadora com os participantes, aos quais foi explicado o objectivo geral do estudo, garantida a confidencialidade e o anonimato das respostas, esclarecido que todas as respostas eram válidas não existindo respostas certas e erradas, e enfatizado o carácter voluntário da participação no estudo, garantindo que caso recusassem participar essa recusa não traria qualquer consequência na continuidade do tratamento.

A recolha da amostra foi efectuada entre os meses de Fevereiro e Maio de 2011, no internamento do serviço de Hematologia Clínica dos HUC. Foram incluídos os primeiros 58 participantes que reuniram os critérios de selecção e que aceitaram participar no estudo, foi assim utilizado o método de amostragem por conveniência.

Tratando-se de um questionário de auto-preenchimento, a cada sujeito foi entregue o protocolo de investigação, o qual apresentava o objectivo do estudo e o agradecimento pela colaboração; um pedido de consentimento informado, o qual garantia o respeito e o cumprimento pelos procedimentos éticos; e, o instrumento de colheita de dados.

3.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico iniciou-se com a construção da base de dados no programa informático de análise de dados quantitativos, o SPSS versão 17.0.

De seguida, foi realizada a caracterização da amostra, através da distribuição das frequências relativas e sempre que se julgou oportuno foram completadas com as medidas de tendência central e de dispersão.

Foi, também, verificada a distribuição da amostra, procedimento orientador sobre quais as técnicas e medidas estatísticas que devem ser utilizadas.

O teste de Kolmogorov-Smirnov é usado para decidir se a distribuição de uma variável em estudo, numa determinada amostra, é ou não normal. Uma distribuição é

considerada significativamente diferente da normal quando a estatística é considerada significativa, ou seja, quando $p < ,05$ (Hill e Hill, 2005).

Pela análise dos dados das variáveis independentes: idade, género, estado civil, habilitações literárias, diagnóstico, tempo de diagnóstico, grau de mucosite, importância atribuída aos ensinamentos, número de comportamentos correctos de higiene horal antes da situação da doença, importância atribuída à higiene oral, importância atribuída aos ensinamentos, internamentos anteriores, realização de tratamentos anteriores de quimioterapia e existência anterior de mucosite anterior, verificou-se que apresentaram uma distribuição diferente da normal. Dado este pressuposto recorreu-se a técnicas estatísticas não paramétricas para a análise dos dados e interpretação dos resultados. Assim, nos testes de hipóteses empregamos os testes estatísticos não paramétricos: Mann-Whitney (U), Kruskal-Wallis e correlação de Spearman (ρ).

Quando pretendemos relacionar duas variáveis nominais ou uma nominal com outra ordinal utilizamos o teste de Qui-quadrado (χ^2). Aquando da utilização deste teste, sempre que não se verificaram todas as suas condições de aplicação, optou-se por utilizar a simulação de Monte Carlo¹ ou o teste de Fisher² quando as tabelas de contingência eram de 2 x 2. Para que o teste de Qui-Quadrado seja aplicado com rigor têm de se verificar as três condições: não haver frequências esperadas inferiores a 1, menos de 20% das células terem frequência esperada inferior a 5 e o N da amostra ser igual ou superior a 20 participantes (Moroco, 2003).

Em todo o tratamento estatístico assume-se um valor crítico de significância dos resultados de $p \leq ,05$.

A exemplificação prática destes procedimentos estatísticos, que resulta na apresentação e interpretação dos dados relativos a esta investigação, serão expostos no capítulo seguinte.

¹ A simulação de Monte Carlo é vista como um método estatístico que procura determinar a probabilidade de ocorrência de uma determinada situação experimental, através de 10000 simulações, baseado na geração aleatória de amostras a partir do conhecimento empírico da população em estudo (Moroco, 2003).

² O teste de Fisher é considerado um teste não paramétrico potente, que se aplica em alternativa ao teste do Qui-quadrado quando se pretende comparar duas amostras independentes de pequena dimensão quanto a uma variável nominal dicotómica agrupadas em tabelas de contingência 2 x 2 (Moroco, 2003).

4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados resultantes desta investigação, bem como, uma análise sumária dos mesmos.

4.1 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À HIGIENE ORAL

Com o objectivo de responder à primeira questão central de investigação “**Qual a importância atribuída à higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?**”, procedemos à análise estatística descritiva, conforme Quadro 5.

Quadro 5 – Distribuição da amostra em função da importância atribuída à higiene oral (N=58)

Importância atribuída à higiene oral	n	%	Medidas de tendência central
Nada importante	0	0	Moda= Muito importante Mínimo= Importante Máximo= Muito importante
Pouco importante	0	0	
Indiferente	0	0	
Importante	14	24,1	
Muito importante	44	75,9	
Total	58	100,0	

Pela sua análise verificamos que os participantes da nossa amostra têm uma opinião muito positiva acerca da importância da higiene oral, sendo que a grande maioria considera a higiene oral muito importante (75,9%) e os restantes participantes (24,1%) consideram-na importante.

Importa realçar que nenhum dos participantes considera a higiene oral como nada importante, pouco importante ou indiferente.

4.2 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AOS ENSINOS SOBRE HIGIENE ORAL

No sentido de responder à segunda questão central de investigação “Qual a importância atribuída aos ensinamentos recebidos sobre higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?” foi analisada a amostra em função da importância que atribuía aos ensinamentos recebidos. Tendo-se verificado que dos 58 inquiridos que participaram no estudo apenas 33 (56,9%) referiram ter recebido ensinamentos, enquanto que os restantes 25 inquiridos (43,1%) referenciaram não lhes ter sido realizados ensinamentos.

Quadro 6 – Distribuição dos elementos da amostra em função da importância atribuída aos ensinamentos (N=33)

Importância atribuída aos ensinamentos	n	%	Medidas de tendência central
Nada importante	0	0	Moda= Muito importante Mínimo= Importante Máximo= Muito importante
Pouco importante	0	0	
Indiferente	0	0	
Importante	7	21,2	
Muito importante	26	78,8	
Total	33	100,0	

Pela análise do Quadro 6, os participantes que referenciam ter recebido ensinamentos, a grande maioria (78,8%) considera-os como muito importantes e os restantes (21,2%) como importantes.

Evidenciamos que nenhum dos participantes considera os ensinamentos recebidos como nada importantes, pouco importantes ou indiferentes.

Como o objectivo de identificar quais os ensinamentos recebidos foi pedido aos participantes que referenciassem que ensinamentos receberam dos enfermeiros acerca da higiene oral (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das referências dos ensinios recebidos sobre higiene oral (N=33)

Tipos de ensinios recebidos	Número de referências
Uso de escova macia ou escova de esponja	16
Uso de desinfectante oral	14
Zonas a lavar/escovar	11
Vezes a lavar por dia	7
Suavidade na escovagem	3
Escovagem em movimentos circulares	2
Tempo de escovagem	2
Não uso de fio dentário durante o período de aplasia	1

A análise da Tabela 1 evidencia que as respostas diversificam-se por 8 categorias, havendo 16 referências acerca do uso de escova macia ou escova de esponja para a escovagem da boca, 14 sobre o uso de desinfectante oral para bochechar e/ou gargarejar, 11 sobre quais as zonas a lavar/escovar da boca, 7 relacionadas com as vezes que deveriam lavar por dia, 3 sobre a realização de uma escovagem suave, 2 acerca da escovagem em movimentos circulares, 2 sobre o tempo de escovagem e 1 sobre o não usar fio dentário durante o período de aplasia.

Quisemos, ainda, saber se em consequência dos ensinios recebidos houve mudança nos hábitos de higiene oral dos participantes, dando, assim, resposta a um dos objectivos específicos desta investigação. Como resposta, a grande maioria dos participantes que receberam ensinios referem ter mudado os seus hábitos de higiene oral (26 participantes – 78,8%), em oposição a 21,2% dos participantes que embora tenham tido ensinios referem não terem mudado os seus hábitos de higiene oral em consequência dos ensinios recebidos.

As mudanças quanto aos hábitos de higiene oral referenciadas, pelos participantes, estão evidenciadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das mudanças referenciadas dos hábitos de higiene oral em função dos ensinamentos recebidos (N=24).

Mudanças referenciadas	Número de referências
Zonas a lavar/escovar	9
Uso de escova macia ou escova de esponja	7
Uso de desinfetante oral	7
Vezes a lavar por dia	5
Tempo de escovagem	2
Suavidade na escovagem	2

A observação da Tabela 2 evidencia que os hábitos de higiene oral que foram alterados, em função dos ensinamentos recebidos, dividiram-se em 6 categorias: existem 9 referências sobre as zonas da boca a lavar/escovar, 7 sobre o uso de escova macia ou escova de esponja, 7 sobre o uso de desinfetante oral, 5 acerca das vezes por dia a lavar a boca, 2 sobre o tempo de escovagem e 2 sobre o tipo de escovagem. Houve, ainda, dois participantes que não referiram quais os hábitos que tinham mudado.

Consideramos ser importante os enfermeiros ensinarem os cuidados de manutenção da escova de dentes que a pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia deve ter.

Ao questionar os participantes sobre que cuidados têm com a escova de dentes verificamos que nenhum participante realiza os cuidados de manutenção correctos, ou seja, que lava, desinfecta e seca a escova. Quisemos então saber quais os cuidados de manutenção que os participantes do nosso estudo têm (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos elementos da amostra em função dos cuidados de manutenção da escova de dentes (N=58)

Cuidados de manutenção da escova de dentes	n	%
Lavar	38	65,5
Lavar e secar	18	31,0
Lavar e desinfectar	2	3,4
Total	58	100,0

A observação dos dados da Tabela 3 evidencia que a maioria dos participantes (65,5%) apenas lava a escova de dentes após a sua utilização. Um pouco menos de um terço dos participantes (31,0%) lava e seca a escova, e uma percentagem mínima da amostra (3,4%) lava e desinfecta a escova de dentes após a sua utilização.

Os dados obtidos revelam cuidados insuficientes, o que deixa transparecer falta de conhecimentos, da parte dos participantes, relativos aos cuidados de manutenção da escova de dentes após a sua utilização.

4.3 – HÁBITOS DE HIGIENE ORAL ANTERIORES À SITUAÇÃO DE DOENÇA E ACTUAIS

Neste subcapítulo irá ser dada resposta a um objectivo específico deste estudo *“Analisar os hábitos de higiene oral anteriores à situação de doença e actuais, da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia”*.

Relativamente aos hábitos de higiene oral anteriores à situação de doença 56 participantes (96,6%) afirmam que realizavam a higiene oral diariamente, apenas 2 participantes (3,4%) afirmam que o não faziam. No entanto, a análise estatística dos dados revela que nenhum sujeito da amostra realizava uma correcta higiene oral antes do seu período de doença, conforme Quadro 7.

No que diz respeito aos hábitos de higiene oral durante o processo de doença todos os participantes afirmam que realizam a higiene oral, mas só 53 participantes (91,4%) a realizam diariamente. Contudo, a análise dos resultados, apresentados no Quadro 7, evidencia que apenas 1 participante da amostra realiza uma correcta higiene oral, durante o período que foi internado para a administração de quimioterapia.

Estes resultados dão-nos a resposta a uma das questões de investigação **“Será que a pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia efectua uma correcta higiene oral?”**. Pelos resultados obtidos apenas 1 participante da nossa amostra efectua uma correcta higiene oral durante a sua situação de doença, todos os outros participantes a efectuam de forma incorrecta.

A amostra foi, ainda, analisada em função do número de comportamentos correctos de higiene oral antes e durante a sua situação de doença.

Quadro 7 – Distribuição dos elementos da amostra em função do número de comportamentos correctos de higiene oral antes e durante a sua situação de doença (N=58).

Número de comportamentos correctos de higiene oral	n	%	Medidas de tendência central
Antes da situação de doença			
0	3	5,2	Moda= 2 comportamentos correctos Mediana=2 comportamentos correctos Mínimo= 0 comportamentos correctos Máximo= 3 comportamentos correctos
1	24	41,4	
2	26	44,8	
3	5	8,6	
4	0	0,0	
Total	58	100,0	
Durante a situação de doença			
0	1	1,7	Moda= 2 comportamentos correctos Mediana= 2 comportamentos correctos Mínimo= 0 comportamentos correctos Máximo= 4 comportamentos correctos
1	16	27,6	
2	25	43,1	
3	15	25,9	
4	1	1,7	
Total	58	100,0	

Ainda pela observação do Quadro 7 verificamos que, antes da situação de doença, existe uma maior percentagem de participantes com dois comportamentos correctos de higiene oral (44,8%) e logo de seguida, com uma percentagem ligeiramente inferior, os participantes que apresentam apenas um comportamento correcto (41,4%). Os participantes que referem realizar três comportamentos correctos apresentam uma percentagem de 8,6% e, por último, os participantes com apenas um comportamento correcto de higiene oral apresentam uma percentagem de 5,2%.

Os resultados do Quadro 7 mostram, também, que durante a situação de doença, existe uma maior percentagem de participantes, quase metade da amostra, com dois comportamentos correctos de higiene oral (43,1%), de seguida os participantes que apresentam apenas um comportamento correcto (27,6%) e imediatamente a seguir, com uma percentagem muito idêntica, os participantes que apresentam três comportamentos correctos de higiene oral (25,9%). Verifica-se, ainda, que um dos participantes da amostra (1,7%) não apresenta nenhum comportamento correcto de higiene oral durante a realização de quimioterapia, e, também, um participante (1,7%) apresenta todos os quatro comportamentos correctos de higiene oral.

Ao comparar a distribuição da amostra em função do número de comportamentos correctos de higiene oral antes e durante a situação de doença verificamos que, em ambas as situações, mantém-se uma maior frequência de dois comportamentos correctos, com percentagens muito idênticas (44,8% vs. 43,1%). No entanto, observa-

se que durante a situação de doença há alterações positivas no número de comportamentos correctos. Assim, durante a situação de doença há uma diminuição da frequência do nenhum comportamento (5,2% vs. 1,7%) e apenas um comportamento correcto (41,4% vs. 27,6%), e um aumento da frequência de três (8,6% vs. 25,9%) e quatro (0,0% vs. 1,7%) comportamentos correctos. Ou seja, do antes para o durante a situação de doença passou-se de 5 participantes a realizar três ou quatro comportamentos correctos para 16 participantes a realizar este mesmo número de comportamentos correctos.

Perante os resultados sobre o número de comportamentos correctos fomos tentar perceber como se distribui a amostra em função dos comportamentos correctos de higiene oral tanto antes como durante da situação de doença (Quadro 8).

Quadro 8 – Distribuição dos elementos da amostra em função dos comportamentos correctos de higiene oral antes e durante a sua situação de doença (N=58).

Comportamentos correctos de higiene oral	Antes da situação de doença		Durante a situação de doença	
	n	%	n	%
Vezes por dia Comportamento correcto	49	84,5	53	91,4
		2 ou mais vezes		2 ou mais vezes
Produtos utilizados Comportamento correcto	28	48,3	27	46,6
		escova e pasta de dentes		escova macia, pasta e desinfectante
Tempo de escovagem Comportamento correcto	11	19,0	32	55,2
		2 minutos ou mais		1 minuto e meio ou mais
Zonas higienizadas Comportamento correcto	3	5,2	3	5,2
		todas as estruturas da boca		todas as estruturas da boca

Ao observar o Quadro 8 verificamos que tanto antes como durante a situação de doença a grande maioria dos participantes realiza o comportamento vezes por dia de forma correcta (84,5% vs. 91,4%), ou seja, duas ou mais vezes por dia, com uma ligeira melhoria no durante a situação de doença.

Relativamente aos produtos utilizados verifica-se que um pouco menos de metade da amostra realiza este comportamento de forma correcta, tanto no antes (48,3%) como

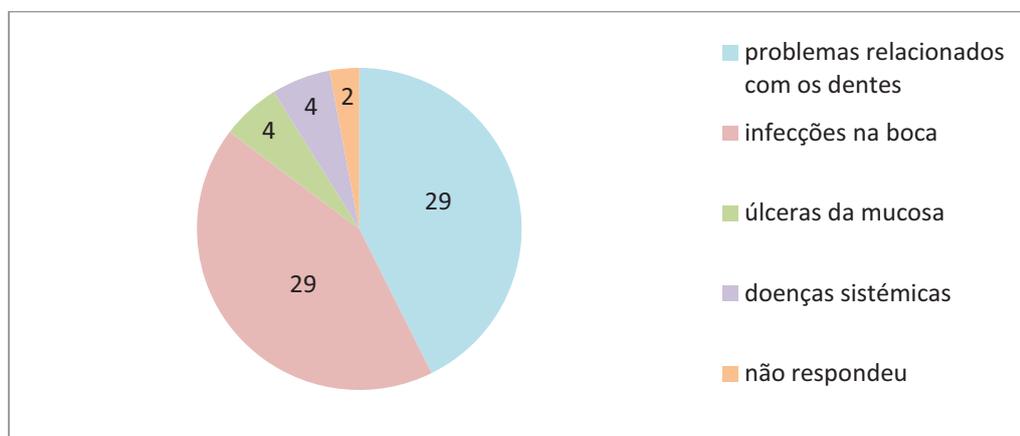
no durante (46,6%) a situação de doença, salientando que houve diminuição durante a situação de doença, o que não seria previsível.

Quanto ao tempo de escovagem verificamos que houve uma melhoria franca na realização deste comportamento do antes da situação de doença para o durante a situação de doença. Assim, verifica-se que 19% da amostra realizava a escovagem da boca no tempo considerado correcto, antes de ser diagnosticada uma doença hemato-oncológica; e, durante a situação de doença um pouco mais de metade da amostra (55,2%) realiza a escovagem da boca no tempo considerado correcto, sendo aqui que ocorrem as maiores alterações entre o antes e o durante a situação de doença.

No que diz respeito às zonas da boca que são lavadas durante a higienização da boca, constatamos que antes como durante a situação de doença apenas uma percentagem mínima dos participantes (5,2%) o faz de forma correcta, ou seja, lava todas as estruturas da boca, nomeadamente dentes, gengivas, língua, palato e mucosa jugal.

No sentido de perceber se os participantes sabem quais as consequências de não higienizar a boca, foram inquiridos sobre este aspecto. Os resultados mostram que 50 (86,2%) dos participantes referem saber quais as consequências e apenas 8 (13,8%) referem não saber. Aos participantes que afirmam saber quais as consequências foi pedido que as especificassem (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Representação da distribuição das consequências de não realizar a higiene oral, segundo a frequência com que foram referenciadas.



Assim, as consequências de não lavar a boca identificadas pelos participantes dividem-se em quatro grupos: problemas relacionados com os dentes,

nomeadamente, cáries, tártaro, dentes amarelos e mau hálito; infecções na boca; úlceras da mucosa; e doenças sistémicas. Dois dos participantes que referem saber quais as consequências de não realizar a higiene oral não identificam quais são essas consequências.

4.4 – FACTORES INFLUENCIADORES DA IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À HIGIENE ORAL

Neste subcapítulo serão explorados possíveis factores influenciadores da importância atribuída à higiene oral, no sentido de concretizar um dos objectivos específicos deste estudo e na tentativa de responder a uma das questões de investigação **“Quais os factores que influenciam a importância atribuída à higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?”**.

Iniciamos a análise da importância atribuída à higiene oral com as variáveis género, estado civil e habilitações literárias, recorrendo ao teste do Qui-Quadrado (χ^2).

Tabela 4 – Teste de Qui-quadrado entre a importância atribuída à higiene oral e o género, o estado civil e as habilitações literárias (N=58)

Variáveis		Importância atribuída à higiene oral			χ^2	p
		Importante	Muito importante	Total		
Género	Masculino	10	23	33	1,589 ^a	,207
	Feminino	4	21	25		
	Total	14	44	58		
Estado civil	Casados	10	28	38	,285 ^b	,751
	Não casados	4	16	20		
	Total	14	44	58		
Habilitações literárias	1º ciclo	3	12	15	7,851 ^c	,108
	2º ciclo	0	2	2		
	3º ciclo	5	3	8		
	Secundário	3	13	16		
	Superior	3	14	17		
Total	14	44	58			

a. A frequência mínima esperada de 6,03 (Teste de Fisher).

b. A frequência mínima esperada de 4,83 (Teste de Fisher).

c. A frequência mínima esperada de ,48 (com Simulação de Monte Carlo).

Após a aplicação do teste do Qui-Quadrado verificamos que mais de 20% das células têm uma frequência esperada inferior a 5, assim este teste não pode ser aplicado com rigor³. Mas tratando-se de comparar duas amostras independentes quanto a uma variável nominal dicotômica, agrupadas em tabelas de contingência 2 x 2 recorre-se, então, ao teste de Fisher (Moroco, 2003).

Relativamente ao género dos participantes (Tabela 4) os dados mostram-nos que, na nossa amostra, a importância atribuída à higiene oral é idêntica tanto para homens como para mulheres ($\chi^2=1,589$, g.l.=1, $p>,05$), pelo que o género não influencia a importância atribuída à higiene oral, na amostra em estudo.

Pela observação da Tabela 4 verifica-se que a distribuição da amostra pela importância atribuída à higiene oral é igual tanto para os participantes casados como para os não casados ($\chi^2=,285$; g.l.=1; $p>,05$). Perante estes resultados, conclui-se que o estado civil dos participantes, da nossa amostra, não influencia a importância atribuída à higiene oral.

Para verificar se as habilitações literárias dos participantes influenciam a importância que atribuem à higiene oral foi realizada uma análise bivariada com o teste do Qui-Quadrado. No entanto, uma vez que na nossa amostra não se verificam todas as condições de aplicação do teste do Qui-Quadrado, recorreu-se ao uso da Simulação de Monte Carlo (Moroco, 2003).

Assim, ao observar a Tabela 4 conclui-se que a importância atribuída à higiene oral não difere consoante o nível de habilitações literárias dos participantes ($\chi^2=7,851$; g.l.=4; $p>,05$). Ou seja, o nível de habilitações literárias, dos participantes da nossa amostra, não influencia a importância que atribuem à higiene oral.

No que concerne às variáveis idade e tempo de diagnóstico os resultados apresentados na Tabela 5 revelam como a amostra se distribui em função destas variáveis.

³ Para que o teste de Qui-Quadrado seja aplicado com rigor têm de se verificar as condições: não haver frequências esperadas inferiores a 1, menos de 20% das células terem frequência esperada inferior a 5 e o N da amostra ser igual ou superior a 20 participantes (Moroco, 2003).

Tabela 5 – Teste U de Mann-Whitney entre a importância atribuída à higiene oral e a idade e o tempo de diagnóstico (N=58).

Variáveis	Importância atribuída à higiene oral	n	Média dos postos	Soma dos postos	U	<i>p</i>
Idade	Importante	14	27,18	380,50	275,500	,554
	Muito importante	44	30,24	1330,50		
	Total	58				
Tempo de diagnóstico	Importante	14	23,07	323,00	218,000	,101
	Muito importante	44	31,55	1388,00		
	Total	58				

Conforme é possível observar pela Tabela 5, os resultados evidenciam não existirem diferenças estatisticamente significativas, em função da idade ($U=275,5$; $p>,05$) e do tempo de diagnóstico dos participantes ($U=218,0$; $p>,05$), quanto à importância atribuída à higiene oral. Ou seja, a importância atribuída à higiene oral, pelos participantes da nossa amostra, não é influenciada pela sua idade nem pelo seu tempo de diagnóstico.

Na análise da amostra segundo o diagnóstico, o grau de mucosite, os ensinos e a importância atribuída aos ensinos a Tabela 6 mostra como estas variáveis se distribuem, recorrendo ao teste do Qui-Quadrado.

Tabela 6 – Teste de Qui-quadrado entre a importância atribuída à higiene oral e o diagnóstico, o grau de mucosite, os ensinos e a importância atribuída aos ensinos (N=58)

		Importância atribuída à higiene oral			χ^2	<i>p</i>
Variáveis		Importante	Muito importante	Total		
Diagnóstico	Leucemia	8	23	31	2,299 ^a	,383
	Linfoma	3	17	20		
	M. múltiplo	3	4	7		
	Total	14	44	58		
Grau de mucosite	Grau 0	9	32	41	,526 ^b	,888
	Grau 1	3	6	9		
	Grau 2	2	6	8		
	Total	14	44	58		

(cont.)

Variáveis (cont.)		Importante	Muito importante	Total	χ^2	p
Ensinos	Sim	6	27	33	1,483 ^c	,223
	Não	8	17	25		
	Total	14	44	58		
Importância atribuída ensinos	Importante	3	4	7	3,636 ^d	,093
	M importante	3	23	26		
	Total	6	27	33⁴		

- A frequência mínima esperada de 1,69 (com Simulação de Monte Carlo).
- A frequência mínima esperada de 1,93 (com Simulação de Monte Carlo).
- A frequência mínima esperada de 6,03
- A frequência mínima esperada de 1,27 (Teste de Fisher).

Pela observação da Tabela 6 verifica-se que a importância atribuída, pelos participantes, à higiene oral é idêntica independentemente do diagnóstico ($\chi^2=2,299$; g.l.=2; $p>,05$). Ou seja, os participantes a quem foi diagnosticado leucemia ou linfoma ou mieloma múltiplo apresentam valores idênticos de importância atribuída à higiene oral.

A análise da Tabela 6 mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes graus de mucosite e a importância atribuída à higiene oral ($\chi^2=,526$; g.l.=2; $p>,05$). Assim, fica evidente que, apesar dos participantes da amostra apresentarem diferentes graus de mucosite atribuem idêntica importância à higiene oral.

A observação da Tabela 6 sugere que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a existência, ou não, de ensinos em função da importância atribuída à higiene oral ($\chi^2=1,483$; g.l.=1; $p>,05$). Assim, fica evidente que, tenham ou não recebido ensinos, os participantes da amostra atribuem idêntica importância à higiene oral.

A análise da Tabela 6 evidencia que não existem diferenças estatisticamente significativas em função da importância atribuída aos ensinos quanto à importância atribuída à higiene oral. Assim, os participantes da nossa amostra apresentam valores idênticos de importância atribuída à higiene oral independentemente do nível de importância atribuída aos ensinos ($\chi^2=3,636$; g.l.=1; $p>,05$), sendo que a importância atribuída aos ensinos não influencia a importância atribuída à higiene oral.

⁴ Como referido anteriormente, apenas 33 elementos da amostra referem que receberam ensinos sobre higiene oral.

Quanto à variável número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença a Tabela 7 mostra como a amostra se distribui em função desta variável.

Tabela 7 – Teste U de Mann-Whitney entre a importância atribuída à higiene oral e o número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença (N=58).

Variável	Importância atribuída à higiene oral	n	Média dos postos	Soma dos postos	U	p
Número de comportamentos correctos	Importante	14	26,36	369,00	264,000	,383
	Muito importante	44	30,50	1342,00		
	Total	58				

Como se pode verificar pela Tabela 7, os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas, em função do número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença, quanto à importância atribuída à higiene oral ($U=264,0$; $p>,05$). Assim, a importância atribuída à higiene oral, pelos participantes da nossa amostra, não é influenciada pelo número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença.

No que concerne à distribuição dos elementos da amostra em relação às variáveis existência de internamentos anteriores, realização anterior de tratamentos e existência anterior de mucosite a Tabela 8 mostra como se distribuem.

Tabela 8 – Teste de Qui-quadrado entre a importância atribuída à higiene oral e os internamentos anteriores, a realização de tratamentos anteriores e a existência anterior de mucosite (N=58).

Variáveis	Importância atribuída à higiene oral			χ^2	p
	Importante	Muito importante	Total		
Internamentos anteriores	Sim	8	29	,353 ^a	,552
	Não	6	15		
	Total	14	44		

Variáveis (cont.)		Importante	Muito importante	Total	χ^2	<i>p</i>
Realização de tratamentos anteriores	Sim	9	34	43	,934 ^b	,484
	Não	5	10	15		
	Total	14	44	58		
Existência anterior de mucosite	Sim	6	24	30	,581 ^c	,446
	Não	8	20	28		
	Total	14	44	58		

a. A frequência mínima esperada de 5,07.

b. A frequência mínima esperada de 3,62 (Teste de Fisher).

c. A frequência mínima esperada de 6,76.

Pela observação da Tabela 8 fica evidente que não existe diferenças estatisticamente significativas em função de ter existido, ou não, internamentos anteriores quanto à importância atribuída à higiene oral ($\chi^2=,353$; g.l.=1; $p>,05$). Assim, para os participantes da nossa amostra, ter ou não internamentos anteriores não influencia a importância que atribuem à higiene oral.

A análise da Tabela 8 mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas em função da realização de tratamentos anteriores de quimioterapia, ou não, quanto à importância atribuída à higiene oral ($\chi^2=,934$; g.l.=1; $p>,05$). Ou seja, o facto dos participantes da nossa amostra terem, ou não, realizado anteriormente tratamentos de quimioterapia não influencia a importância que atribuem à higiene oral.

A observação da Tabela 8 indica, ainda, que não existem diferenças estatisticamente significativas em função da existência anterior de mucosite quanto à importância atribuída à higiene oral ($\chi^2=,581$; g.l.=1; $p>,05$). Ou seja, a existência anterior, ou não, de mucosite não influencia a importância que, os participantes da nossa amostra, atribuem à higiene oral.

De entre todas as variáveis analisadas neste subcapítulo, não foram encontradas relações significativas entre nenhuma delas e a importância que os participantes da nossa amostra atribuem à higiene oral. Assim, nenhum dos possíveis factores estudados influencia a importância atribuída à higiene oral.

No subcapítulo seguinte serão analisados possíveis factores influenciadores da realização de uma correcta higiene oral durante a situação de doença.

4.5 – FACTORES INFLUENCIADORES DA REALIZAÇÃO DE UMA CORRECTA HIGIENE ORAL DURANTE A SITUAÇÃO DE DOENÇA

Com o intuito de cumprir um dos objectivos específicos do estudo e de responder uma questão de investigação “**Quais os factores que influenciam a realização de uma correcta higiene oral da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?**”, fomos verificar a existência de possíveis relações entre o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença e outras variáveis do estudo. Recorde-se que, para a realização deste procedimento, foi agrupado o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença em três grupos.

Importa referir que optamos por verificar a existência de possíveis relações entre o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença e outras variáveis do estudo, uma vez que apenas um dos participantes realiza uma correcta higiene oral durante a sua situação de doença, o que torna impossível a comparação desta variável com outras do estudo.

Iniciamos a análise dos factores influenciadores de uma correcta higiene oral com as variáveis género e estado civil (Tabela 9).

Tabela 9 – Teste U de Mann-Whitney entre o número de comportamentos correctos de higiene oral e o género e o estado civil (N=58)

Variáveis	Número de comportamentos correctos de higiene oral				
	n	Média dos postos	Soma dos postos	U	p
Género	Feminino	25	32,34	808,50	341,500 ,233
	Masculino	33	27,35	902,50	
	Total	58			
Estado civil	Casados	38	27,13	1031,00	290,000 ,115
	Não casados	20	34,00	680,00	
	Total	58			

Ao observar a Tabela 9, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas em função do género dos participantes quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral ($U=341,5$; $p>,05$), ou seja, o número de comportamentos correctos de higiene oral dos homens não difere significativamente do das mulheres. Assim, com estes resultados a hipótese 1 por nós proposta “**Na**

“**essoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia o género influencia a realização de uma correcta higiene oral**” não se confirma.

Relativamente ao estado civil, pela análise da Tabela 9 fica evidente que não existe diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral ($U=290,0$; $p>,05$). Assim, tanto os participantes casados como os participantes não casados apresentam um número idêntico de comportamentos correctos de higiene oral.

Quanto à variável habilitações literárias a Tabela 10 mostra como a amostra se distribui em função desta variável.

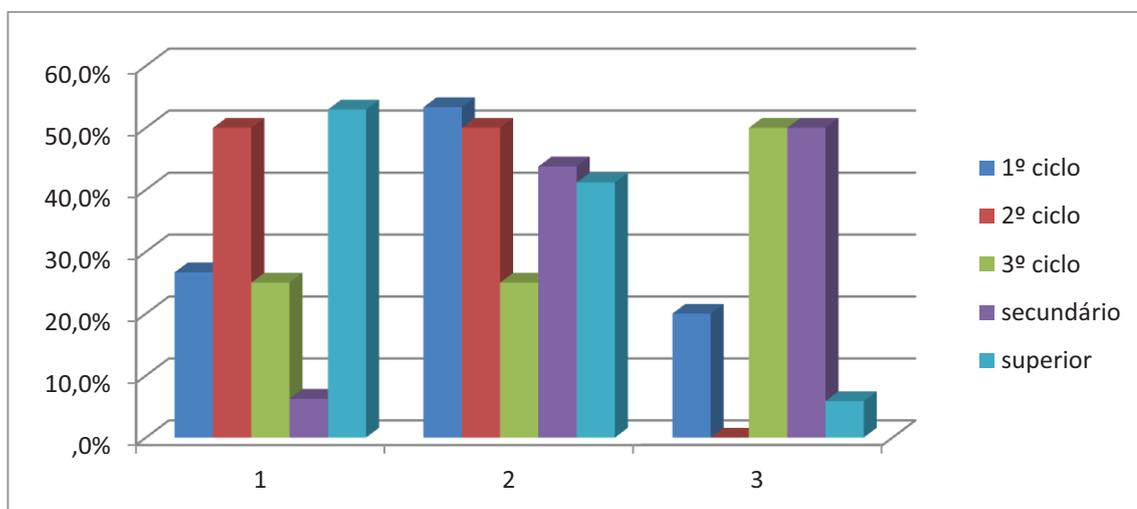
Tabela 10 – Teste de Qui-quadrado de Kruskal-Wallis entre o número de comportamentos correctos de higiene oral e as habilitações literárias (N=58)

Variável	Número de comportamentos correctos de higiene oral				
	n	Média dos postos	χ^2	P	
Habilitações literárias	1º ciclo	15	28,50	13,593	,009
	2º ciclo	2	19,50		
	3º ciclo	8	35,00		
	Secundário	16	38,94		
	Superior	17	20,09		
Total	58				

Pela observação da Tabela 10, verificamos que existe pelo menos uma diferença estatisticamente significativa em função das habilitações literárias dos participantes, quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral ($H=13,593$; $p<,05$).

O Gráfico 2 ajuda-nos a clarificar os dados relativos à variável habilitações literárias.

Gráfico 2 – Representação da distribuição dos elementos da amostra segundo o número de comportamentos correctos de higiene oral e as habilitações literárias.



Pela observação do Gráfico 2 verificamos que quem apresenta nenhum ou apenas um comportamento correcto de higiene oral é predominantemente os participantes que têm o ensino superior (52,9%) e os participantes que estudaram até ao 2º ciclo (50,0%). Os outros participantes com nenhum ou apenas um comportamento correcto de higiene oral são 26,7% dos que estudaram até ao 1º ciclo, seguindo-se 25,0% dos que estudaram até ao 3º ciclo, e, por último, 6,3% dos que estudaram até ao ensino secundário.

Os participantes que apresentam dois comportamentos correctos de higiene oral são maioritariamente quem tem o 1º ciclo (53,3%), seguindo-se quem tem o 2º ciclo (50,0%). Os restantes participantes que realizam dois comportamentos correctos são 43,8% dos que estudaram até ao secundário, 41,2% dos participantes que têm o ensino superior e 25,0% dos que estudaram até ao 3º ciclo.

Relativamente aos participantes que apresentam três ou quatro comportamentos correctos são, com percentagens iguais, os participantes que têm o 3º ciclo e os participantes que têm o ensino secundário (50%), de seguida os participantes que têm o 1º ciclo (20,0%), depois quem tem um curso superior (5,9%), sendo que nenhum dos participantes que têm o 2º ciclo apresenta três ou quatro comportamentos correctos de higiene oral.

Apesar do teste de hipóteses apenas indicar que existem diferenças estatisticamente significativas em função das habilitações literárias, quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral, os resultados apresentados pelo Gráfico 2 vieram clarificar que são os participantes que estudaram até ao 3º ciclo e os que

estudaram até ao ensino secundário que referem realizar uma higiene oral o mais próxima do correcto, com três ou quatro comportamentos correctos. Pelo contrário, são muito poucos os participantes com outras habilitações literárias (superior, 1º ciclo e nenhum com o 2º ciclo) que apresentam uma higiene oral o mais próxima do correcto, com três ou quatro comportamentos correctos.

Perante os resultados obtidos aceita-se a hipótese 2 por nós formulada **“Na pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia o nível de habilitações literárias influencia a realização de uma correcta higiene oral”**.

No que concerne às variáveis idade e tempo de diagnóstico a Tabela 11 mostra como a amostra se distribui em função destas variáveis.

Tabela 11 – Correlação ρ de Spearman entre o número de comportamentos correctos de higiene oral e a idade e o tempo de diagnóstico (N=58)

Variáveis	Número de comportamentos correctos de higiene oral		
	n	Coefficiente de correlação	ρ
Idade	58	-,115	,391
Tempo de diagnóstico	58	-,292	,026

Como podemos observar pela Tabela 11 entre a idade e o número de comportamentos correctos de higiene oral existe uma correlação inversa e muito baixa, porém não significativa ($\rho=-,115$; N=58; $p>,05$).

A observação da Tabela 11 indica-nos, ainda, a existência de uma correlação inversa, baixa e significativa entre o número de comportamentos correctos de higiene oral e o tempo de diagnóstico ($\rho=-,292$; N=58; $p<,05$). Ou seja, os dados indicam que quanto maior o tempo de diagnóstico dos participantes menor é o número de comportamentos correctos de higiene oral e vice-versa.

Na análise da amostra segundo o diagnóstico e o grau de mucosite a Tabela 12 mostra como estas variáveis se distribuem.

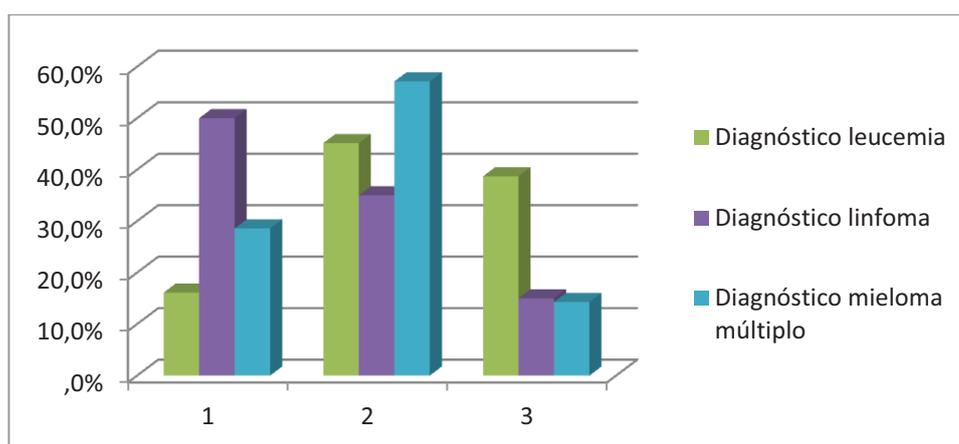
Tabela 12 – Teste de Qui-quadrado de Kruskal-Wallis entre o número de comportamentos correctos de higiene oral e o diagnóstico e o grau de mucosite (N=58)

		Número de comportamentos correctos de higiene oral			
Variáveis		n	Média dos postos	χ^2	p
Diagnóstico	Leucemia	31	34,55	7,204	,027
	Linfoma	20	22,58		
	Mieloma múltiplo	7	26,93		
	Total	58			
Grau de mucosite	Grau 0	41	28,84	,368	,834
	Grau 1	9	29,83		
	Grau 2	8	32,50		
	Total	58			

A análise da Tabela 12 mostra que, no que diz respeito à variável diagnóstico, existe pelo menos uma diferença estatisticamente significativa, em função desta variável, quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral ($H=7,204$; $p<,05$).

O Gráfico 3 ajuda-nos a clarificar os dados relativos à variável diagnóstico.

Gráfico 3 – Representação da distribuição dos elementos da amostra segundo o número de comportamentos correctos de higiene oral e o diagnóstico.



Ao analisar o Gráfico 3 notamos que os participantes que não apresentam nenhum ou, então, apenas um comportamento correcto de higiene oral são maioritariamente os participantes a quem foi diagnosticado linfoma (50,0%), seguido de quem foi

diagnosticado mieloma múltiplo (28,6%) e, por fim, a quem foi diagnosticado leucemia (16,1%).

Os participantes que apresentam dois comportamentos correctos de higiene oral são predominantemente os participantes a quem foi diagnosticado mieloma múltiplo (57,1%), seguidamente encontram-se os participantes a quem foi diagnosticado leucemia (45,2%) e, finalmente, a quem foi diagnosticado linfoma (35,0%).

No que diz respeito aos participantes que apresentam três ou quatro comportamentos correctos de higiene oral encontram-se em primeiro lugar os participantes com o diagnóstico de leucemia (38,7%), seguidos dos participantes com o diagnóstico de linfoma (15,0%) e, posteriormente mas logo de seguida, os participantes com o diagnóstico de mieloma múltiplo (14,3%).

Apesar do teste de hipóteses apenas indicar que existem diferenças estatisticamente significativas em função do diagnóstico, quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral, os resultados apresentados pelo Gráfico 3 vieram esclarecer que existe um maior número de participantes a quem foi diagnosticado leucemia que apresentam uma higiene oral o mais próximo do correcto, com a realização de três ou quatro comportamentos correctos. Pelo contrário, são muito poucos os participantes com o diagnóstico de linfoma ou mieloma múltiplo que apresentam uma higiene oral o mais próxima do correcto, com três ou quatro comportamentos correctos.

Os dados relativos à variável grau de mucosite (Tabela 12) evidenciam que não existem diferenças estatisticamente significativas, em função desta variável, quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral ($H=,368$; $p>,05$). Assim, o número de comportamentos correctos de higiene oral não difere entre os vários graus de mucosite. Perante estes resultados rejeitamos a hipótese 3 por nós formulada **“As pessoas com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia que apresentam menor grau de mucosite oral efectuem uma correcta higiene oral.”**.

No que se refere às variáveis importância atribuída à higiene oral, ensinos e importância atribuída aos ensinos os resultados apresentados na Tabela 13 mostram como se distribui a amostra em função destas variáveis.

Tabela 13 – Teste U de Mann-Whitney entre o número de comportamentos correctos de higiene oral e a importância atribuída à higiene oral (N=58), os ensinamentos (N=58) e a importância atribuída aos ensinamentos (N=33⁵).

		Número de comportamentos correctos de higiene oral				
Variáveis		n	Média dos postos	Soma dos postos	U	p
Importância atribuída à higiene oral	Importante	14	32,82	459,50	261,500	,366
	Muito importante	44	28,44	1251,50		
	Total	58				
Ensinos	Sim	33	32,36	1068,00	318,000	,112
	Não	25	25,72	643,00		
	Total	58				
Importância atribuída aos ensinamentos	Importante	7	18,86	132,00	78,000	,541
	Muito importante	26	16,50	429,00		
	Total	33				

Pela observação da Tabela 13, fica evidente que não existem diferenças estatisticamente significativas em função da importância atribuída à higiene oral, quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral ($U=261,5$; $p>,05$). Assim, o número de comportamentos correctos de higiene oral não difere significativamente consoante a importância atribuída à higiene oral. Com estes resultados não aceitamos a hipótese 4 por nós elaborada **“A importância atribuída à higiene oral, pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, influencia positivamente a realização de uma correcta higiene oral”**.

A análise da Tabela 13 revela que não existem diferenças estatisticamente significativas em função dos ensinamentos, quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral ($U=318,0$; $p>,05$). Assim, o número de comportamentos correctos de higiene oral não difere significativamente consoante existiram ou não ensinamentos da parte dos enfermeiros.

Os dados da Tabela 13 mostram, ainda, que não há diferenças estatisticamente significativas em função da importância atribuída aos ensinamentos, quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral ($U=78,0$; $p>,05$). Ou seja, o número de comportamentos correctos de higiene oral não difere significativamente consoante a

⁵ Como apresentado anteriormente, apenas 33 elementos da amostra referem que receberam ensinamentos sobre higiene oral.

importância atribuída aos ensinamentos recebidos. Perante estes resultados, refutamos a hipótese 5 por nós construída **“A importância atribuída aos ensinamentos recebidos, pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, influenciam positivamente a realização de uma correcta higiene oral”**.

Relativamente à variável número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença a Tabela 14 evidencia como a amostra se distribui em função desta variável.

Tabela 14 - Correlação ρ de Spearman entre o número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença e durante a situação de doença.

Número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença			
Variáveis	n	Coefficiente de correlação	ρ
Número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença	58	,011	,935

Pela observação da Tabela 14 verificamos que entre o número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença e o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença existe uma correlação muito baixa e positiva, porém não significativa ($\rho=,011$; $N=58$; $p>,05$).

Quanto às variáveis existência de internamentos anteriores, realização anterior de tratamentos e existência anterior de mucosite a Tabela 15 mostra como a amostra se distribui.

Tabela 15 – Teste U de Mann-Whitney entre o número de comportamentos correctos de higiene oral e os internamentos anteriores, a realização de tratamentos anteriores de quimioterapia e a existência anterior de mucosite (N=58)

		Número de comportamentos correctos de higiene oral				
		N	Média dos postos	Soma dos postos	U	<i>p</i>
Internamentos anteriores	Sim	37	25,93	959,50		
	Não	21	35,79	751,50	256,500	,022
	Total	58				
Realização de tratamentos anteriores	Sim	43	26,48	572,50		
	Não	15	38,17	1138,50	192,500	,014
	Total	58				
Existência anterior de mucosite	Sim	30	27,77	833,00		
	Não	28	31,36	878,00	368,000	,387
	Total	58				

Ao observar a Tabela 15 verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas em função dos internamentos anteriores, quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral ($U=256,5$; $p<,05$). Assim, os participantes que não estiveram internados anteriormente apresentam valores médios superiores de número de comportamentos correctos de higiene oral.

A Tabela 15 mostra, também, que existem diferenças estatisticamente significativas em função da realização de tratamentos anteriores de quimioterapia, quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral ($U=192,5$; $p<,05$). Ou seja, fica evidente que os participantes que realizam tratamento de quimioterapia pela primeira vez apresentam valores médios superiores de número de comportamentos correctos de higiene oral.

Pela observação da Tabela 15, fica, ainda, evidente que não existe diferenças estatisticamente significativas em função da existência anterior de mucosite, quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral ($U=368,0$; $p>,05$). Assim, o número de comportamentos correctos de higiene oral não difere significativamente consoante a existência anterior, ou não, de mucosite.

Ao rever os dados apresentados neste subcapítulo, verificamos que são os participantes com habilitações literárias a nível do 3º ciclo e do secundário, os que apresentam menor tempo de diagnóstico, a quem foi diagnosticado Leucemia e os que, à data de preenchimento do instrumento de colheita de dados, não tinham internamentos anteriores e tinham realizado apenas um tratamento de quimioterapia (o tratamento realizado no actual internamento) que apresentam uma higiene oral o mais próximo da correcta, com a realização de 3 ou 4 comportamentos correctos de higiene oral. Assim, como resposta à terceira questão secundária deste estudo, podemos inferir que as habilitações literárias, o tempo de diagnóstico, o diagnóstico, a existência de internamentos anteriores e a realização anterior de tratamentos de quimioterapia, são variáveis que, perante a nossa amostra, influenciam a realização de uma correcta higiene oral da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia.

4.6 – OUTROS COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS DE PREVENÇÃO E/OU DE ATENUAR DA MUCOSITE ORAL

Apesar de não ter sido elaborado um objectivo específico relativo a outros comportamentos saudáveis para prevenir e/ou atenuar a mucosite oral, e atendendo a que devem ser alvo de ensinamentos, perguntou-se aos participantes se realizam outros comportamentos, além da higiene oral, para prevenir e/ou atenuar a mucosite oral, nomeadamente quanto ao evitar de alimentos ou bebidas agressivas à mucosa oral, quanto à hidratação dos lábios e quanto ao não consumo de tabaco (Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição dos elementos da amostra em função dos comportamentos saudáveis de prevenção e/ou de atenuação da mucosite oral (N=58).

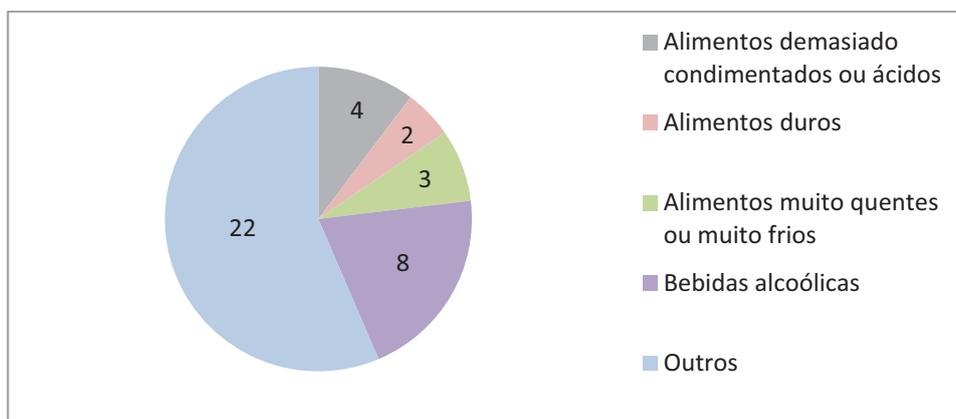
Medidas preventivas e/ou de atenuação da mucosite	Sim		Não	
	n	%	n	%
Evitar de alguns alimentos ou bebidas	26	44,8	32	55,2
Hidratação dos lábios	29	50,0	29	50,0
Não consumo de tabaco ⁶	56	96,6	2	3,4

Relativamente ao evitar de alguns alimentos ou bebidas que possam ser agressivos à mucosa oral mais de metade dos participantes (55,2%) referencia não evitar qualquer

⁶ Neste quadro o *sim* relativo ao não consumo de tabaco significa que os 56 participantes do estudo não são fumadores. Pelo contrário, o *não* relativo ao não consumo de tabaco significa que os 2 participantes do estudo são fumadores.

tipo de alimentos ou bebidas, no entanto, 44,8% dos participantes refere evitar alguns alimentos ou bebidas, evidenciados no Gráfico 4.

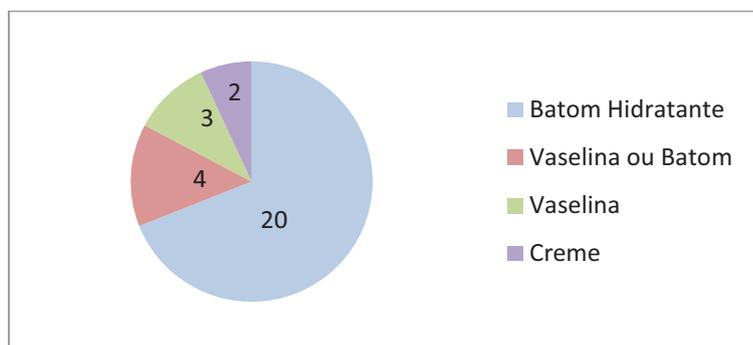
Gráfico 4 – Representação da distribuição dos alimentos ou bebidas evitadas segundo a frequência que foram referenciados.



Pela observação do Gráfico 4, verificamos que os alimentos ou bebidas que são referenciados como evitados são: alimentos demasiado condimentados ou ácidos (com 4 referencias), alimentos duros (com 2 referencias), alimentos muito quentes ou muito frios (com 3 referencias), bebidas alcoólicas (com 8 referencias) e outros que não se relacionam com a prevenção ou atenuar da mucosite oral (com 22 referencias). Na categoria “outros” os participantes referenciaram os enchidos, carne de porco, bebidas com gás, sumos, alguns peixes, alguns alimentos ricos em fibra, café, gorduras e fritos.

No que diz respeito à hidratação dos lábios metade dos participantes referem hidratar os lábios e a outra metade refere não hidratar. Aos participantes que referem hidratar os lábios foi-lhes questionado quais os produtos que usam (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Representação da distribuição dos produtos usados na hidratação dos lábios segundo a frequência que foram referenciados.



Ao observar o Gráfico 5 fica evidente que os produtos utilizados na hidratação dos lábios referidos pelos participantes do estudo são o uso de batom hidratante (20 referências), a vaselina (3 referências), ambos (4 referências), ou ainda o uso de creme (2 referências).

Relativamente ao consumo de tabaco a quase totalidade dos participantes referem não serem fumadores (96,6%), apenas 2 participantes (3,4%) referem ser fumadores.

Depois da apresentação de todos estes resultados da nossa investigação é importante discuti-los. É esta discussão que será realizada no capítulo seguinte.

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos dados, será aqui realizada a discussão dos resultados, tendo em conta os objectivos do estudo e a metodologia utilizada.

5.1 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À HIGIENE ORAL

Na tentativa de responder à primeira questão central de investigação **“Qual a importância atribuída à higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?”** e ao primeiro objectivo geral do estudo fica evidente que a maioria dos participantes, da nossa amostra, valoriza o autocuidado higiene oral. Mais de 75% da amostra considera a higiene oral como muito importante, e cerca de 25% da amostra, considera-a como importante. Outro dado que enfatiza esta importância atribuída prende-se com o facto de nenhum dos participantes ter considerado a higiene oral como uma medida nada importante, pouco importante ou indiferente.

A realização de quimioterapia tem vários efeitos secundários, sendo um dos principais a mucosite oral. Tal como foi exposto na fundamentação teórica, a mucosite oral pode afectar 40% dos doentes a realizar quimioterapia, ou 76% se os doentes forem tratados com altas doses (Volpato *et al.*, 2007).

A revisão bibliográfica mostrou, ainda, que a correcta higiene oral é essencial para a sua prevenção ou para o atenuar dos seus sinais e sintomas (Gutierrez *et al.*, 2009; Huskinson e Lloyd, 2009; Sieracki *et al.*, 2009).

Os resultados do nosso estudo poderão estar relacionados com o facto de que, pelo menos as gerações mais jovens, serem ensinadas a lavar a boca e ser-lhes incutido este gesto diário. Por outro lado, a comunicação social “bombardeia-nos” diariamente com produtos de higiene oral, valores de beleza associados a uma boca e dentes saudáveis, sendo mesmo em Portugal assinalado o *mês da higiene oral*.

Os resultados obtidos no nosso estudo não nos permitem identificar se esta valorização atribuída à higiene oral resulta da situação de doença, ou se é algo que já fazia parte da atitude dos participantes antes da situação de doença.

Mesmo assim, consideramos muito positivos os resultados encontrados, uma vez que, segundo a Teoria Geral de Enfermagem de Orem, é necessário ter capacidade para o autocuidado, mas esta por si só não é suficiente para a sua realização, ou seja, para manter, restabelecer ou melhorar a saúde e o bem-estar. É, também, essencial atribuir importância ao autocuidado. Assim, a pessoa deve atribuir significado e valor ao autocuidado e, os objectivos e os resultados das acções de autocuidado devem ser importantes ou significativos, de forma que a pessoa possa fazer julgamentos e tomar decisões racionais (Soderhamn, 2000).

5.2 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AOS ENSINOS SOBRE HIGIENE ORAL

Respondendo à segunda questão central de investigação **“Qual a importância atribuída aos ensinamentos recebidos sobre higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?”** verifica-se que os participantes que referem ter recebido ensinamentos consideram-nos maioritariamente como muito importantes. Ficou evidente, pela análise dos resultados, que quase 80% dos participantes que referem ter recebido ensinamentos consideram-nos como muito importantes e, cerca de 20% dos participantes que referem ter recebido ensinamentos consideram-nos como importantes. Outro dado que enfatiza esta importância atribuída prende-se com o facto de nenhum dos participantes ter considerado os ensinamentos recebidos como nada importantes, pouco importantes ou indiferentes.

No anterior parágrafo afirmámos *“os participantes que referem ter recebido ensinamentos”* uma vez que pela análise dos dados verificamos que nem todos os participantes referem ter recebido ensinamentos, por parte dos enfermeiros. Aliás, só pouco mais de metade da amostra (56,9%) o refere.

Pensamos que esta é uma percentagem muito pequena. No entanto, apesar dos participantes referirem não terem recebido ensinamentos, os enfermeiros podem ter, pelo menos, fornecido alguma informação sobre higiene oral, mas que parece não ser suficiente.

É que ensinar e realizar educação para a saúde, não é a mera passagem de informação. A adopção de comportamentos saudáveis é muito mais que isso, implica a percepção e aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento de competências e muitas das vezes mudança de comportamentos (Koooper, 1998).

Na educação para a saúde os enfermeiros desempenham um papel de relevo na eficácia da informação apreendida pela pessoa, sendo esta uma componente essencial do cuidado holístico de enfermagem. Tem como objectivo ajudar a pessoa a alcançar mais autonomia, através da promoção, manutenção e recuperação da saúde; prevenção da doença; e, assistência às pessoas para lidarem com os efeitos da doença. Na pessoa hospitalizada a deficiência ou inexistência de educação para a saúde pode ter várias repercussões negativas, tais como, não adesão ao tratamento, deficiência ou incapacidade de autocuidado, incapacidade de práticas preventivas e consequentemente maior necessidade de cuidados de saúde (Smeltzer e Bare, 2005).

Neste sentido, vários são os autores que destacam a importância dos ensinamentos na realização do autocuidado, nomeadamente devem ser ensinamentos consistentes, criativos em que os meios audiovisuais podem potenciar os comportamentos de autocuidado (Richardson, 1992). Num estudo realizado por Sigurdardóttir em 2005, em pessoas com diabetes do tipo 1, concluiu-se que o conhecimento acerca da doença, as formas de lidar com ela e um programa educacional promotor do autocuidado são factores facilitadores da realização do autocuidado. Carvalho (2007) também chegou a conclusões idênticas, em que doentes internados num serviço de cirurgia geral participam mais nos seus cuidados quando têm informação sobre o que podem fazer, como o podem fazer sozinhos, como podem ajudar e quando detêm informação sobre a sua situação de saúde. Num estudo publicado recentemente, em doentes com cancro submetidos a quimioterapia, a informação fornecida pelos profissionais de saúde, no início do tratamento, de forma adequada e sistemática tanto aos doentes, como familiares ou amigos melhora a capacidade de autocuidado, devido à aprendizagem de estratégias para gerir sinais e sintomas, particularmente, a fadiga que é condicionante do autocuidado (Spichiger *et al.*, 2012).

Segundo Eilers (2004) os doentes assumem maior responsabilidade no autocuidado quando são ensinados sobre os cuidados a ter com a sua boca e lhes é fornecida informação sobre os princípios básicos de uma correcta higiene oral, treino de habilidades e importância da vigilância periódica.

No entanto, não nos podemos esquecer que maior conhecimento não implica maior predisposição para o autocuidado. Cada pessoa é única, sendo necessário adequar os programas de ensino a cada pessoa individualmente. Por outro lado, é fundamental compreender a importância do autocuidado higiene oral, na perspectiva dos doentes, de forma a desenvolver programas de intervenção adequados e úteis na abordagem das prioridades percebidas pelos próprios doentes e assim contribuir para a

prática clínica de qualidade. A aprendizagem é, então, vista como um processo que não deve ser pontual, necessitando de ser estruturado em termos de acções a curto, médio e longo prazo (Montovani, 2010).

Com o objectivo de melhorar e monitorizar os ensinamentos prestados e conseqüentemente ajudar a prevenir e/ou atenuar a mucosite oral, consideramos ser importante existirem momentos formais e estruturados de ensino e treino de habilidades. Pela nossa experiência profissional sabemos que nem sempre estes momentos são possíveis. Contudo, o enfermeiro na sua prática diária, poderá realizar os ensinamentos individualmente adaptando-os a cada pessoa. Para facilitar todo este processo pensamos que, sejam os ensinamentos realizados formal ou informalmente, deveria existir uma *bundle* com os temas a abordar à pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia.

Relativamente aos ensinamentos que os participantes mencionam ter recebido, por parte dos enfermeiros, são ensinamentos importantes e confirmados pela bibliografia consultada.

Pensamos que os nossos resultados poderão ser reveladores de onde se foca a atenção dos enfermeiros na realização dos ensinamentos. Por outro lado, também é pertinente pensar que estes resultados poderão ser reveladores do que os participantes valorizam dos ensinamentos. Estas são hipóteses que necessitam de mais investigação para poderem ser confirmadas.

Consideramos que para que os ensinamentos sobre higiene oral fossem abrangentes seria importante abordar os cuidados com a prótese dentária e os cuidados de manutenção da escova de dentes.

Na tentativa de dar resposta a um dos objectivos desta investigação **“Analisar se, na perspectiva da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, os ensinamentos sobre higiene oral influenciaram os seus comportamentos de higiene oral”** verificamos, pela análise dos resultados, que dos participantes que afirmam ter recebido ensinamentos 78,8% refere ter alterado os seus hábitos de higiene oral em função dos ensinamentos recebidos. Esta é uma percentagem muito positiva e evidencia a vontade dos participantes de se envolverem no seu autocuidado, nomeadamente no autocuidado de higiene oral. Consideramos, também, que a tão elevada mudança de

comportamentos confirma a importância dos ensinamentos sobre higiene oral e o quanto fizeram sentido para os participantes.

Pela análise dos resultados verificamos, ainda, que houve uma concordância de respostas entre os ensinamentos recebidos e as mudanças referenciadas sobre os hábitos de higiene oral, o que no nosso entender, reforça a coerência das respostas dadas.

No que diz respeito aos cuidados de manutenção da escova de dentes, a bibliografia aconselha a que seja lavada e desinfetada com chlorhexidina após cada utilização (Akagi e Lesser, 2001) e ser seca ao ar antes de ser arrumada (Harris *et al.*, 2008). Pela análise dos resultados do nosso estudo verificamos que nenhum participante realiza todos os cuidados necessários para uma correcta manutenção da escova de dentes. A maioria dos participantes (65,5%) apenas lava a escova após a sua utilização e uma percentagem mínima (3,4%) lava-a e desinfeta-a. Estes são cuidados muito importantes, uma vez que se trata de pessoas com acrescida susceptibilidade à infecção.

Estes resultados deixam transparecer a falta de conhecimentos, da parte dos participantes, mas também a provável ausência de ensinamentos, da parte dos enfermeiros. Esta ausência de ensinamentos é confirmada pela não referência destes cuidados quando os participantes foram questionados sobre os ensinamentos que receberam. Consideramos, assim, que os cuidados de manutenção da escova de dentes devem ser incluídos nos ensinamentos a realizar à pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia.

Importa, ainda, referir que além dos ensinamentos sobre hábitos de higiene oral devem constar dos protocolos de cuidados orais outro tipo de ensinamentos, nomeadamente inspecção diária da boca e, sinais e sintomas que na sua presença devem contactar os profissionais de saúde (Sieracki *et al.*, 2009).

5.3 – HÁBITOS DE HIGIENE ORAL ANTERIORES À SITUAÇÃO DE DOENÇA E ACTUAIS

Neste subcapítulo irá ser discutida a resposta a uma das questões de investigação **“Será que a pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia efectua uma correcta higiene oral?”** e simultaneamente a um dos objectivos deste estudo.

A correcta higiene oral antes da situação de doença foi definida pelo conjunto de quatro comportamentos de higienização da boca. São eles: lavagem da boca 2 ou mais vezes por dia, utilização dos produtos escova e pasta de dentes, escovagem durante 2 minutos ou mais e lavagem de todas as estruturas (Portugal, 2006a). Quando o conjunto destes quatro comportamentos não se verifica estamos perante uma higienização incorrecta da boca.

No que diz respeito à correcta higiene oral durante o processo de doença, neste caso durante o período em que os participantes estão internados para a administração de quimioterapia, também foi definida pelo conjunto de quatro comportamentos de higienização da boca. Esses quatro comportamentos são: higienização da boca duas ou mais vezes por dia; utilização dos produtos escova de dentes macia ou escova de esponja, pasta de dentes e desinfectante oral; escovagem igual ou superior a um minuto e meio; e, lavagem de todas as estruturas da boca (Eilers, 2004; Esteves e Bizarro, 2006; Marrs, 2006; Harris *et al.*, 2008; Huskinson e Lloyd, 2009; Sieracki *et al.*, 2009). Tal como antes da situação de doença, quando o conjunto dos quatro comportamentos não se verificar estamos perante uma higienização incorrecta da boca.

Quando questionados sobre a realização da higiene oral verificamos que a quase totalidade dos participantes (96,6%) realizavam a higiene oral antes da sua situação de doença, apenas uma pequena minoria (3,4%) não a realizava diariamente; e, todos os participantes a realizam durante o processo de doença, apesar de uma minoria (8,6%) não a realizar diariamente. A análise dos dados mostra que durante a situação de doença diminuiu o número de participantes que realizam diariamente a higiene oral, mas aumentou o número de participantes que a realizam, apesar de não ser diariamente.

Contudo, a higiene oral que praticavam antes e que continuam a praticar durante o processo de doença é incorrecta. Apenas um participante a pratica correctamente durante o período que foi internado para a administração de quimioterapia.

Apesar de todos os participantes afirmarem que higienizam a boca durante a sua situação de doença, fazem-no de forma incorrecta, não respeitando os quatro comportamentos que foram definidos para a correcta higiene oral durante a situação de doença.

Se analisarmos os resultados quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral, antes e durante a situação de doença, verificamos que houve um

aumento substancial do número de comportamentos correctos efectuados. Ou seja, mais participantes referem que realizam mais comportamentos correctos durante a situação de doença que antes, havendo um maior número de participantes que realizam três e quatro comportamentos correctos de higiene oral (8,6% vs. 27,6%). Podemos assim concluir que a situação de doença mudou as práticas de cuidados de higiene da boca, fazendo-o de forma mais correcta.

Assim, houve uma melhoria substancial na higienização da boca entre o antes e o durante a situação de doença, quer com o aumento dos participantes que higienizam a boca quer na forma como o fazem. Contudo é uma melhoria insuficiente, pois os resultados encontrados estão muito longe do ideal.

É importante perceber e reflectir sobre o que está na origem destes resultados, de forma a implementar estratégias que consigam estimular a pessoa com doença hemato-oncológica a realizar uma correcta higiene oral.

São inúmeros os autores a afirmar que é importante que a pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia execute uma correcta higiene oral para a prevenção da mucosite oral (Ohrn, Wahlin e Sjoden, 2000; Eilers, 2004; Albuquerque e Camargo, 2007; Huskinson e Lloyd, 2009; Sieracki *et al.*, 2009).

Se o principal objectivo da correcta higiene oral é a prevenção da mucosite oral, e em última instancia a prevenção de infecções sistémicas (Volpato *et al.*, 2007; Huskinson e Lloyd, 2009; Sieracki *et al.*, 2009), se a higiene oral não é efectuada de forma correcta não se estão a prevenir essas complicações associadas à quimioterapia.

Uma maior adesão à higiene oral e à forma como esta é realizada pode dever-se ao facto dos participantes actualmente estarem a vivenciar um processo de doença hemato-oncológica. A doença requer adaptação às condições impostas pelos vários internamentos e vários tratamentos de quimioterapia, nomeadamente na aquisição de novos hábitos de higiene oral, em que os enfermeiros têm um papel importante na transmissão de conhecimentos, treino de habilidades e motivação da pessoa para o autocuidado higiene oral.

Neste sentido, a revisão da literatura evidencia que os enfermeiros assumem um papel importante na promoção, na compreensão e no envolvimento dos doentes quanto à necessidade de desempenhar o autocuidado, incluindo o que os doentes fazem, porque o fazem e o que significa para eles a sua realização (Kidd *et al.*, 2009).

Tentámos saber como se distribuía os elementos da amostra em função dos comportamentos correctos de higiene oral, tanto antes como durante da situação de doença. Por um lado, para sabermos como evoluíram os elementos da amostra, em função do número de comportamentos correctos de higiene oral, de antes da situação de doença para o durante a situação de doença, mas por outro lado, para saber onde intervir com o objectivo de melhorar a higiene oral da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia.

Assim, verificamos que houve uma melhoria acentuada no que diz respeito ao tempo de escovagem (19% vs. 55,2%), uma melhoria ligeira relativamente às vezes por dia que higienizavam a boca (84,5% vs. 91,4%), uma estabilidade quanto às zonas higienizadas (5,2% vs. 5,2%) e uma pequena regressão quanto aos produtos utilizados (48,3% vs. 46,6%). Estes dados confirmam as melhorias encontradas entre o número de comportamentos correctos de higiene oral antes e durante a situação de doença.

Como referido anteriormente, estes dados são úteis na medida em que fornecem informações sobre o tipo de ensinosa efectuar, de forma a melhor a higiene oral dos participantes. Nesta situação em concreto seria útil traçar um plano de ensino com treino de habilidades onde se dê especial ênfase aos produtos de higiene da boca que devem ser utilizados durante a situação de doença, nomeadamente, escova de dentes macia ou escova de esponja, pasta de dentes e desinfectante oral; às estruturas da boca que devem ser lavadas aquando da sua higienização, nomeadamente, dentes, gengivas, língua, palato e mucosa jugal; e, como realizar a higiene oral.

A ausência de estudos nesta área não nos permite a comparação dos resultados obtidos.

Ainda relacionado com os hábitos de higiene oral, a maioria da amostra (86,2%) refere ter conhecimento das consequências da não higienização da boca. Quando questionada sobre quais são essas consequências as respostas dadas são concordantes com a bibliografia consultada.

Os participantes do estudo referem maioritariamente problemas relacionados com os dentes, nomeadamente cáries, tártaro, dentes amarelos e mau hálito. Também Portugal (2006b) refere que estes são problemas e doenças orais preveníveis com a higienização da boca.

Além destes problemas foram também referenciados infecções na boca, úlceras na mucosa e doenças sistêmicas. Os autores consultados são unânimes ao afirmarem que a não higienização cuidada da boca pode contribuir para o aparecimento e/ou agravamento da mucosite oral; contribuir para a proliferação bacteriana, fúngica ou vírica, podendo mesmo desencadear uma infecção grave a nível sistémico (Volpato *et al.*, 2007; Huskinson e Lloyd, 2009; Sieracki *et al.*, 2009).

Pela análise dos resultados, verificamos que as consequências de não higienizar a boca mais vezes referidas, problemas relacionados com os dentes e infecções na boca, são, talvez, as que se prendem mais com o conhecimento comum, uma vez que são ensinadas desde cedo na escola e são diariamente evidenciadas pela comunicação social. As consequências referidas pelos participantes do estudo, úlceras da mucosa e doenças sistêmicas, não são menos importantes mas são, talvez, menos evidenciadas no ensino escolar, na comunicação social e pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros.

No entanto, consideramos positivo que a maioria dos elementos da amostra tenha conhecimento das consequências da não higienização da boca, pois com um maior conhecimento destas complicações pensamos ter pessoas mais informadas. Os enfermeiros têm também aqui um papel primordial na consciencialização e no ensino, de forma a motivar para a correcta higiene oral.

5.4 – FACTORES INFLUENCIADORES DA IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À HIGIENE ORAL

No que concerne à questão de investigação “**Quais os factores que influenciam a importância atribuída à higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?**” e a um objectivo específico deste estudo verificamos que nenhuma das variáveis independentes estudadas apresentou diferenças estatisticamente significativas em função da importância atribuída à higiene oral. Ou seja, as variáveis género, estado civil, habilitações literárias, idade, tempo de diagnóstico, diagnóstico, grau de mucosite, ensinamentos, importância atribuída aos ensinamentos, número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença, internamentos anteriores, realização de tratamentos anteriores e existência anterior de mucosite, parecem não influenciar a importância atribuída ao autocuidado higiene oral, pelos participantes do nosso estudo.

A revisão da literatura refere que a importância atribuída ao autocuidado é uma condição para a sua realização (Soderhamn, 2000), no entanto, não refere o que pode influenciar esta importância atribuída.

Poderá ter influenciado os nossos resultados o facto dos participantes da amostra serem muito homogéneos no nível de importância que atribuem à higiene oral. Consideramos que, tendo os participantes posicionado-se em apenas duas categorias da importância atribuída, e duas categorias muito próximas, é de esperar que a importância que atribuem não esteja associada às variáveis definidas. A dimensão da amostra poderá, também, ter influenciado estes resultados.

Dada a escassez de estudos nesta área não é possível comparar os resultados obtidos. No entanto, um estudo realizado por Kidd *et al.* (2009) concluiu que os enfermeiros desempenham um papel muito importante na promoção, na compreensão e no envolvimento dos doentes face à necessidade de autocuidado, nomeadamente no que os doentes fazem, porque o fazem e o que significa para eles a sua realização.

5.5 – FACTORES INFLUENCIADORES DA REALIZAÇÃO DE UMA CORRECTA HIGIENE ORAL DURANTE A SITUAÇÃO DE DOENÇA

No que diz respeito à questão de investigação **“Quais os factores que influenciam a realização de uma correcta higiene oral da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?”** e simultaneamente a um objectivo específico deste estudo verificamos que na nossa amostra as variáveis género, estado civil, idade, grau de mucosite, importância atribuída à higiene oral, ensinos, importância atribuída aos ensinos, número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença e existência anterior de mucosite, parecem não influenciar o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença.

Por sua vez, as variáveis que parecem influenciar o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença são habilitações literárias, tempo de diagnóstico, internamentos anteriores e realização de tratamentos anteriores de quimioterapia.

Pela análise dos resultados verificamos que a hipótese 1 deste estudo, **“Na pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia o género influencia a realização de uma correcta higiene oral”**, não se confirma, pelo que o género não

influencia o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença.

Os vários autores consultados apresentam resultados díspares. Assim, relativamente à população portuguesa o relatório sobre o estado e hábitos de saúde oral do ano 2000 revelou serem os participantes do género feminino que realizavam hábitos de higiene oral mais correctos (SPEMD, 2000); tal como o estudo realizado por Lee *et al.* em 2010, com doentes hipertensos, evidenciou que as mulheres apresentam comportamentos de autocuidado mais adequados. Por outro lado, o estudo realizado por Bai, Chiou e Chang em 2009, com pessoas idosas com diabetes do tipo 2, mostrou serem os homens a apresentar melhores comportamentos de autocuidado. Por último, os dados apresentados por Riegel *et al.* em 2010, com doentes com insuficiência cardíaca, não revelaram diferenças estatisticamente significativas, em função do género, quanto ao desempenho do autocuidado.

Tal como no estudo realizado por Riegel *et al.* em 2010, também os nossos resultados não evidenciam diferenças entre homens e mulheres. Embora as duas investigações estudem populações diferentes, temos a percepção de que são entendidas pela população em geral como doenças graves, o que pode de alguma forma aproximar os nossos resultados dos resultados encontrados por Riegel *et al.* em 2010.

No que diz respeito à variável estado civil, os nossos resultados mostram que tanto os sujeitos casados como os não casados apresentam idêntico número de comportamentos correctos de higiene oral, durante a situação de doença. Assim, o estado civil parece não influenciar o número de comportamentos de autocuidado higiene oral realizados.

A literatura consultada evidencia que o suporte familiar é um factor facilitador do autocuidado (Richardson, 1992). Um estudo realizado com doentes com insuficiência cardíaca concluiu que os participantes casados apresentam comportamentos de autocuidado mais adequados (Lee *et al.*, 2010). O ser-se casado pode ser considerado um suporte familiar uma vez que o cônjuge poderá ser uma influência positiva no autocuidado. No entanto, os resultados do nosso estudo evidenciam que ter ou não ter cônjuge parece ter influência idêntica na realização dos comportamentos de autocuidado de higiene oral.

A hipótese 2 deste estudo **“Na pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia o nível de habilitações literárias influencia a realização de uma correcta higiene oral”** é aceite, uma vez que pela análise dos resultados verificamos que existe pelo menos uma diferença estatisticamente significativa quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral, no entanto, os resultados não evidenciam a que nível das habilitações literárias.

Na análise descritiva dos dados verificamos que os participantes que apresentam nenhum ou apenas um comportamento correcto de higiene oral são predominantemente quem tem o ensino superior (52,9%) e quem estudou até ao 2º ciclo (50,0%). Os participantes que apresentam dois comportamentos correctos de higiene oral são maioritariamente quem estudou até ao 1º ciclo (53,3%), seguindo-se quem estudou até ao 2º ciclo (50,0%). Realçamos, ainda, que metade dos elementos da amostra que estudou até ao 3º ciclo e metade dos elementos da amostra que estudou até ao ensino secundário referem que a forma como realizam a higiene oral é muito próximo daquilo que foi considerado como correcto, uma vez que apresentam três ou quatro comportamentos correctos de higiene oral.

Já pelo contrário os participantes que apresentam menor percentagem de realizar três ou quatro comportamentos correctos de higiene oral, o número de comportamentos mais próximo do adequado, são os participantes que estudaram até ao 2º ciclo com nenhum participante a realizar três ou quatro comportamentos correctos e, quem tem um curso superior com apenas 5,9% dos participantes a realizar três ou quatro comportamentos correctos de higiene oral.

Estes dados contrariam, em parte, os resultados encontrados noutros estudos, que referem ser os participantes com habilitações literárias mais elevadas os que apresentam comportamentos de autocuidado mais adequados (SPEMD, 2000; Akyol et al., 2007; Bai, Chiou e Chang, 2009; Holguín, 2010).

Se pensarmos no nível de escolaridade da população portuguesa percebemos que é baixa⁷. Contudo, os elementos que constituem a amostra deste estudo têm na sua maioria 12 ou mais anos de escolaridade, no entanto, não é este grupo que apresenta comportamentos de autocuidado higiene oral mais adequados.

⁷ Os dados estatísticos dos censos de 2011, relativos a Portugal Continental, mostram que: 19,16% da população é analfabeta; 25,38% tem o 1º ciclo; 13,29% tem o 2º ciclo; 15,97% possui o 3º ciclo; 12,90% completou o ensino secundário; 1,35% possui ensino pós-secundário; e, 11,95% completou o ensino superior (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2012).

Consideramos que os dados expressos pelos participantes com o ensino superior são algo surpreendentes. Seria de esperar que quem tem habilitações literárias superiores fosse mais sensível à necessidade de autocuidado, associado a uma maior tendência para procurar informação e acesso mais facilitado, nomeadamente através de livros e documentos científicos. No entanto, os nossos resultados parecem contrariar estes pressupostos, dado serem os que apresentam os comportamentos mais desadequados.

Analisando a variável idade, os nossos resultados sugerem que a idade não é uma variável diferenciadora do número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença hemato-oncológica.

Poderíamos pensar que os participantes mais jovens apresentam comportamentos mais adequados de higiene oral uma vez que desde muito cedo, ainda no pré-escolar, são ensinados sobre comportamentos saudáveis de higiene oral. Também os meios de comunicação social, nomeadamente através de anúncios publicitários, associam diariamente os produtos de higiene oral e valores de beleza a uma boca e dentes saudáveis. É certo que a sensibilização através destes meios é sobre a importância de higienizar a boca mas não ensinam como o devem fazer.

A revisão da literatura efectuada mostra dois estudos realizados com pessoas com hipertensão, sendo que num deles também não foi encontrada associação entre a idade e os níveis de acção de autocuidado (Akyol *et al.*, 2007). Já o estudo realizado por Lee *et al.* (2010) aponta para que quanto maior for a idade mais adequados são os comportamentos de autocuidado. Os nossos resultados parecem ir ao encontro dos resultados do primeiro estudo, mas mais uma vez não foram encontrados estudos relativos ao autocuidado higiene oral que nos permitam fazer comparações.

No que concerne à variável tempo de diagnóstico verificamos que, na nossa amostra, o número de comportamentos correctos de higiene oral decresce quanto maior for o tempo de diagnóstico.

Parece que os participantes do nosso estudo apresentam uma atitude mais descuidada e menos pró-activa, relativamente ao autocuidado higiene oral, consoante mais tempo têm de diagnóstico. Estes resultados são algo contraditórios. Seria de esperar que a pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia fosse interiorizando e

adaptando comportamentos saudáveis cada vez mais adequados. No entanto, a nossa experiência diz-nos que quando os tratamentos se prolongam por mais ciclos do que os programados inicialmente, com internamentos longos, com vários efeitos adversos da quimioterapia, equivale a mais tempo de diagnóstico e está muitas das vezes relacionado com recidiva da doença. Assim, poderá estar na origem destes resultados o fracasso dos tratamentos e um cansaço e desmotivação em lutar contra uma doença agressiva, que persiste para além de todo o investimento pessoal.

Os resultados obtidos contrariam as conclusões de dois estudos, um relativo à doença crónica, apesar de não ser doença hemato-oncológica (Paterson, Russell e Thorne, 2001), e outro com pessoa idosa com diabetes do tipo 2 (Bai, Chiou e Chang, 2009), a que a um maior tempo de diagnóstico estavam associadas melhores práticas de autocuidado.

Na tentativa de identificar se o diagnóstico influencia o número de comportamentos correctos, os resultados evidenciam que existe pelo menos uma diferença estatisticamente significativa quanto ao número de comportamentos correctos de higiene oral, no entanto, os resultados não evidenciam entre quais diagnósticos.

Na análise descritiva verificamos que os participantes que apresentam três ou quatro comportamentos correctos de higiene oral são predominantemente os elementos da amostra com o diagnóstico leucemia (38,7%). Nestas situações a quimioterapia realizada apresenta maior toxicidade para a mucosa, tendo como consequência o aparecimento de mucosite com maior frequência, o que pode explicar que a pessoa com o diagnóstico de leucemia tenha mais cuidado e empenho na realização de comportamentos correctos de higiene oral.

Mais de metade dos doentes com o diagnóstico de mieloma múltiplo refere que realizam apenas dois comportamentos correctos de higiene oral (57,1%). É de salientar que também foi no grupo com este diagnóstico que encontramos menos doentes a referir que realizam três ou quatro comportamentos correctos (14,3%).

Os participantes com mieloma múltiplo que participam neste estudo são os que foram internados para realização de autotransplante de medula óssea, uma vez que os tratamentos de quimioterapia da pessoa com esta patologia são, maioritariamente, realizados em ambulatório. A nossa experiência diz-nos que a pessoa que realiza autotransplante encara a quimioterapia associada a este procedimento como mais agressiva e daí uma maior necessidade de autocuidado, o que poderá explicar estes

resultados, que embora não sejam os ideais realizam uma higiene oral que mais se aproxima do considerado correcto, quando comparados com doentes com linfoma.

Dos participantes com o diagnóstico de linfoma, metade refere que realiza apenas um ou nenhum comportamento correcto de higiene oral. Verificando-se, também, que à medida que aumenta o número de comportamentos correctos de higiene oral vai diminuindo a percentagem de participantes com este diagnóstico que os realizam.

A pessoa com o diagnóstico de linfoma é a que requer menor tempo de internamento e, regra geral, a quimioterapia realizada não é tão agressiva para a mucosa gastrointestinal, pelo que não desenvolvem mucosite com frequência. Assim, talvez estas pessoas não sintam necessidade de uma higiene oral rigorosa. No entanto, esta necessidade existe e os enfermeiros têm aqui um papel fundamental de ensino, incentivo e acompanhamento.

A revisão bibliográfica efectuada, mais uma vez, não revelou estudos nesta área, o que impossibilita a comparação de resultados.

A hipótese 3 deste estudo **“As pessoas com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia que apresentam menor grau de mucosite oral efectuem uma correcta higiene oral”** não se confirma, pelo que não existe influência entre o grau de mucosite e o número de comportamentos correctos de higiene oral.

Os nossos resultados não vão ao encontro dos resultados encontrados por Richardson em 1992, que concluiu que os efeitos secundários severos dos tratamentos de cancro contribuem para a diminuição do autocuidado.

Poderá ter contribuído para os nossos resultados o facto de os participantes apresentarem, no seu conjunto, um grau de mucosite relativamente baixo, uma vez que a maioria apresenta grau 0 de mucosite (70,7%), ou seja, não apresentam sinais ou sintomas de mucosite, 29,3% dos participantes apresentam grau 1 ou grau 2 de mucosite, e nenhum participante apresenta grau 3 ou grau 4, que são os estádios de mucosite mais severa.

A hipótese 4 deste estudo **“A importância atribuída à higiene oral, pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, influencia positivamente a realização de uma correcta higiene oral”** não se confirma, pelo

que a importância atribuída à higiene oral parece não influenciar a realização de uma correcta higiene oral.

A literatura consultada refere que para a realização de autocuidado é necessário que a actividade de autocuidado seja determinada por um certo significado (Soderhamn, 2000). Mas o que verificamos no nosso estudo é que apesar da actividade de autocuidado (realização da higiene oral) ter um significado muito positivo (importância atribuída) não é realizado de forma correcta, nem o significado tem influência no número de comportamentos correctos de higiene oral.

Uma explicação para estes resultados poderá estar relacionada com o facto de todos os participantes da nossa amostra atribuírem importância à higiene oral, uma vez que a consideram como importante ou muito importante.

Consideramos, tal como referido anteriormente, que é importante que os enfermeiros compreendam o que significa para os doentes a realização deste autocuidado de forma a desenvolver programas de intervenção adequados e úteis na abordagem das prioridades percebidas pelos próprios doentes e assim contribuir para uma prática clínica de qualidade (Kidd *et al.*, 2009).

Relativamente à variável ensinos, a análise dos dados evidencia que os ensinos parecem não ter influência sobre o número de comportamentos correctos de higiene oral.

A literatura consultada é unanime ao referir que os ensinos são um contributo importante para a realização do autocuidado. Os vários autores consultados referem que os ensinos estruturados relativos à doença, aos cuidados a ter e às acções a desenvolver para o autocuidado são fundamentais para a pessoa assumir maior responsabilidade e realizar o autocuidado (Richardson, 1992; Eilers, 2004; Sigurdardóttir, 2005; Carvalho, 2007).

Relativamente à amostra estudada, pouco mais de metade (56,9%) referem ter recebido ensinos, e estes parecem não influenciaram o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença.

É importante sensibilizar e ensinar a pessoa com doença hemato-oncológica que a higiene oral é de extrema importância para minimizar e/ou atenuar a mucosite oral. No entanto, só por si não chega, é preciso ensinar como se realiza correctamente a higiene oral.

Consideramos importante que existam planos de ensinios estruturados, sistemáticos e abrangentes com o intuito de, por um lado, promover e incentivar o autocuidado; e, por outro, para prevenir e/ou minimizar os efeitos adversos da condição de doença da pessoa a realizar quimioterapia.

A hipótese 5 desta investigação **“A importância atribuída aos ensinios recebidos, pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, influenciam positivamente a realização de uma correcta higiene oral”** não foi confirmada, uma vez que a importância atribuída aos ensinios não parece influenciar o número de comportamentos correctos de higiene oral, na pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia.

Pensamos que poderá estar na origem destes resultados o facto de todos os participantes da nossa amostra, que referem ter recebido ensinios, atribuírem importância aos ensinios recebidos. O número reduzido de participantes que refere ter recebido ensinios, por parte dos enfermeiros, poderá também ter influenciado estes resultados. Consideramos ser um número reduzido, apesar de ser um pouco mais de metade da amostra, uma vez que este, tal como referido anteriormente, é um cuidado fundamental na promoção do envolvimento do doente no processo de tratamento.

A literatura consultada não faz referência à importância que é atribuída aos ensinios recebidos, no autocuidado higiene oral ou noutra autocuidado, o que não nos permite fazer comparações de resultados.

Relativamente à variável número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença, verifica-se que esta parece não influenciar o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença.

Poderá explicar estes resultados o facto de ter havido uma melhoria no número de comportamentos correctos de higiene oral do antes da situação de doença para o durante a situação de doença, sendo que esta melhoria poderá ser tanto nos participantes que realizavam poucos ou nenhum dos comportamentos correctos como nos participantes que realizavam quase todos os comportamentos correctos. Com estes resultados fica evidente que a mudança positiva em relação aos comportamentos correctos de higiene oral ocorreu de forma transversal na nossa

amostra, e não apenas em quem realizava poucos, ou pelo contrário, em quem realizava muitos dos comportamentos correctos.

Pela revisão da literatura efectuada não foram encontradas possíveis relações entre o número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença e o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença, nem relativos a outro autocuidado antes e após uma situação de doença. Mas mais uma vez o papel do enfermeiro é fundamental, pois sendo a mucosite uma consequência frequente, os ensinamentos de como realizar a higiene oral deveriam fazer parte dos cuidados de enfermagem.

Quanto à variável internamentos anteriores verificamos que os participantes sem internamentos anteriores apresentam valores médios superiores de número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença. O que significa que quem é internado pela primeira vez para realização de quimioterapia apresenta comportamentos de autocuidado higiene oral mais adequados, comparativamente a quem está internado pela segunda ou mais vezes.

Estes resultados são algo estranhos uma vez que a enfermagem tem um papel muito importante e responsabilidade no ajudar a pessoa, internada ou não, a assumir as acções necessárias para o autocuidado higiene oral, nomeadamente através da aquisição de novos conhecimentos e habilidades, do adaptar-se às condições impostas pelos tratamentos, do reunir os recursos necessários e do envolver-se no processo de recuperação. Estando a pessoa internada mais facilmente todo este processo poderia ser implementado, mas para que tal aconteça é importante os enfermeiros questionarem os doentes sobre o que fazem, como fazem e porque fazem, com o intuito de melhorar e reforçar a acção de autocuidado.

Por outro lado, a nossa experiência diz-nos que aquando do diagnóstico o envolvimento dos doentes é muitas vezes maior, depois com o decorrer dos tratamentos, o cansaço e muitas vezes o fracasso daqueles pode levar à desmotivação e ao desânimo, pelo que é muito importante o reforço dos ensinamentos.

A revisão da literatura efectuada, mais uma vez, não revelou possíveis relações entre os internamentos anteriores e o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença, nem relativas a outro autocuidado e o número de internamentos.

No que diz respeito à variável tratamentos anteriores verificamos que os participantes que realizaram tratamento de quimioterapia pela primeira vez apresentam valores médios superiores de número de comportamentos correctos de higiene oral, comparativamente com os participantes que realizaram dois ou mais tratamentos de quimioterapia.

Tendo em conta que os ensinamentos são cuidados muito importantes que devem ser reforçados em cada ciclo de tratamento, seria de esperar que com o realizar de vários tratamentos de quimioterapia a pessoa se fosse envolvendo mais no autocuidado e, conseqüentemente, fosse apresentando comportamentos de autocuidado mais adequados, o que não é evidenciado pelos elementos da nossa amostra. No entanto, estes resultados estão em sintonia com os resultados encontrados para a variável tempo de diagnóstico, em que quanto maior o tempo de diagnóstico menor é o número de comportamentos correctos de higiene oral.

Perante estes resultados somos impelidos a pensar que os participantes do estudo com o passar do tempo têm dificuldade em realizar o seu autocuidado higiene oral. Poderá estar na origem destes resultados o facto da vivência de uma doença hematológica ainda remeter para sentimentos menos agradáveis e incertezas quanto ao futuro, aliada ao continuar dos tratamentos de quimioterapia, com efeitos secundários muitas vezes severos, favorece o cansaço e a desmotivação face à doença e ao autocuidado, nomeadamente ao autocuidado higiene oral.

Mais uma vez é de salientar que os enfermeiros têm aqui um papel muito importante. Por um lado, no incentivar, no reforçar, no ensinar e acompanhar na realização deste autocuidado; por outro lado, no perceber o que está na origem da não realização correcta do autocuidado, de forma a intervir no sentido de anular ou minimizar o que provoca a não realização correcta.

A literatura consultada não revelou estudos que comprovassem ou contrariassem relações entre os tratamentos anteriores e o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença, nem relativas a outro autocuidado e o número de tratamentos.

Analisando a variável existência anterior de mucosite, também ela parece não influenciar o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença.

Os nossos resultados poderão estar relacionados com a possibilidade da mucosite anterior não se ter manifestado nos graus superiores (grau 3 e grau 4).

A consulta bibliográfica efectuada não revelou estudos que relacionassem estas duas variáveis.

Consideramos, ainda, pertinente evidenciar que a mucosite oral, que é um efeito secundário da quimioterapia que poderá desencadear importantes implicações negativas no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa com doença hemato-oncológica, estando ou não presente actualmente ou no passado, não interfere com a realização de comportamentos de autocuidado higiene oral.

5.6 – OUTROS COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS DE PREVENÇÃO E/OU DE ATENUAR DA MUCOSITE ORAL

Ao longo do desenrolar da investigação sentimos necessidade de questionar os participantes sobre que outras medidas realizam, para além da higiene oral, para prevenir e/ou minimizar a mucosite oral, nomeadamente no que diz respeito ao evitar alimentos ou bebidas agressivas à mucosa oral, à hidratação dos lábios e ao não consumo de tabaco.

Verificamos que menos de metade dos participantes (44,8%) refere que evita alguns alimentos ou bebidas que possam ser agressivos à mucosa oral, o que consideramos ser uma percentagem baixa. Mais uma vez evidenciamos que os enfermeiros desempenham aqui um papel primordial no ensinar e no providenciar alimentos não agressivos à higiene oral.

Os alimentos referenciados como evitados ou não consumidos são alimentos demasiado condimentados ou ácidos, alimentos duros, alimentos muito quentes ou frios, bebidas alcoólicas e outros que os participantes referenciam como sendo enchidos, carne de porco, bebidas com gás, sumos, alguns peixes, alguns alimentos ricos em fibra, café, gorduras e fritos. Com excepção dos alimentos e bebidas referidos na categoria “outros”, todos os referidos pelos participantes são importantes na prevenção e/ou no atenuar da mucosite oral, tal como referido por Eilers em 2004, pela AEOP em 2009a e por Gutierrez *et al.* em 2009. Os alimentos ou bebidas referidos na categoria “outros” são importantes que se evitem ou que se consumam com moderação mas na população em geral para uma alimentação saudável, não

especificamente na pessoa com doença hemato-oncológica com o objectivo de evitar e/ou atenuar a mucosite oral.

Relativamente à hidratação dos lábios constatamos que metade da amostra (50%) hidrata os lábios e a outra metade não o faz. O que continua a ser uma percentagem baixa. Dos participantes que hidratam os lábios a grande maioria fá-lo correctamente, ou seja, usa produtos hidrossolúveis, batom hidratante, tal como é recomendado pela bibliografia consultada (Rodrigues, 2001; Eilers, 2004; Nunes, 2004; Esteves e Bizarro, 2006; Harris *et al.*, 2008; AEOP, 2009a; Huskinson e Lloyd, 2009). A vaselina como forma de hidratação é referenciada por sete inquiridos, no entanto, dadas as suas características de insolubilidade não deve ser utilizada para hidratação dos lábios, com o objectivo de prevenir possíveis alterações na sua integridade.

A quase totalidade dos participantes da nossa amostra (96,6%) refere não ser fumador, o que consideramos muito positivo. Esta é também uma medida de prevenção e/ou de atenuar da mucosite oral, tal como referido pelos autores consultados (Eilers, 2004; Nunes, 2004; Benito, 2006; Harris *et al.*, 2008; AEOP, 2009a; Huskinson e Lloyd, 2009).

Perante estes resultados parece existir uma grande falta de conhecimentos, nomeadamente em relação a cuidados com a alimentação e hidratação dos lábios, comportamentos inadequados em muitos dos elementos da amostra. Estes resultados poderão estar relacionada com ausência de ensinamentos ou não validação dos mesmos, ou então com a desvalorização destas medidas por parte dos inquiridos. No entanto, estas são medidas importantes e complementares da higiene oral e devem ser alvo de ensinamentos por parte dos enfermeiros, pela sua importância na prevenção ou minimização dos efeitos de toxicidade que a quimioterapia tem sobre a mucosa gastrointestinal.

CONCLUSÃO

A mucosite oral é um dos efeitos secundários mais frequentes da administração de quimioterapia. Em situações de neutropenia pode originar infecção grave e nalguns casos pode evoluir para sepsis, com grandes implicações a nível físico, a nível do bem-estar psicológico e da qualidade de vida. A correcta higiene oral é a principal forma de prevenir e/ou minimizar os efeitos da mucosite oral. Assim, os enfermeiros têm um papel muito importante no ensino e no incentivo de boas práticas de higiene oral à pessoa com doença hematológica a realizar quimioterapia.

Com esta investigação pretendemos dar resposta a duas questões centrais: “Qual é a importância atribuída à higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?” e “Qual a importância atribuída aos ensinamentos recebidos sobre higiene oral pela pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia?”.

Do estudo fizeram parte 58 participantes com doença hemato-oncológica internados num serviço de um hospital central, para realização de tratamento de quimioterapia. A amostra é constituída por indivíduos entre os 18 e os 65 anos, onde predomina os participantes do género masculino, os casados, os empregados e com um nível médio/alto de habilitações literárias, ensino secundário ou ensino superior.

Optámos por um estudo de natureza exploratória porque a maioria da bibliografia encontrada não se reporta às doenças hemato-oncológicas e no entanto, consideramos importante o aumento do conhecimento nesta área temática. Por outro lado, optámos por um estudo transversal devido a constrangimentos de natureza temporal, apesar de termos presente a importância de realização de estudos longitudinais.

Partindo das questões de investigação, dos objectivos e das hipóteses prévias que colocámos destacamos as conclusões relativas aos resultados encontrados.

Ao analisar a importância atribuída à higiene oral verificámos que a nossa amostra valoriza a higiene oral, pois mais de 75% dos participantes considera a higiene oral como muito importante, e cerca de 25% dos participantes, considera-a como importante.

No que diz respeito aos ensinamentos sobre higiene oral, efectuados pelos enfermeiros, verificou-se que os participantes que referem ter recebido estes ensinamentos consideram-nos maioritariamente como muito importantes, uma vez que quase 80% da amostra definiu os ensinamentos recebidos como muito importantes e, cerca de 20% da amostra definiu-os como importantes. No entanto, salientamos o facto de apenas 56,9% da amostra referir que recebeu ensinamentos, sobre higiene oral, por parte dos enfermeiros. Esta é uma área sensível aos cuidados de enfermagem, em que os enfermeiros devem ter um papel muito importante no ensinar e incentivar a realização correcta do autocuidado de higiene oral, de forma a prevenir e/ou minimizar os efeitos da mucosite oral e assim aumentar os ganhos em saúde.

Antes da situação de doença hemato-oncológica verificamos que nenhum participante realiza correctamente a higiene oral, apesar da grande maioria higienizar a boca diariamente; após a situação de doença apenas um participante realiza correctamente a higiene oral, apesar de todos higienizarem a boca mas não diariamente.

No entanto, houve uma melhoria substancial na higienização da boca, contudo insuficiente, entre o antes e o durante a situação de doença, quer com o aumento dos participantes que higienizam a boca quer na forma como o fazem. Mais participantes referem que realizam mais comportamentos correctos durante a situação de doença que antes, havendo um maior número de participantes que realizam três e quatro comportamentos correctos de higiene oral. Podemos, assim, concluir que a situação de doença mudou as práticas de cuidados de higiene da boca, fazendo-o de forma mais correcta, mas ainda não de forma adequada.

Com esta investigação tentámos analisar quais os factores que poderiam influenciar a importância atribuída à higiene oral. Assim, concluímos que, na nossa amostra, as variáveis género, estado civil, habilitações literárias, idade, tempo de diagnóstico, diagnóstico, grau de mucosite, ensinamentos, importância atribuída aos ensinamentos, número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença, internamentos anteriores, realização de tratamentos anteriores e existência anterior de mucosite parecem não influenciar a importância atribuída ao autocuidado de higiene oral. Pensamos que poderá ter contribuído para estes resultados o facto de todos os participantes atribuírem importância à higiene oral, com respostas muito homogêneas, uma vez que consideram a higiene oral como importante ou muito importante.

Ao analisar que factores poderiam influenciar a realização de uma correcta higiene oral durante a situação de doença hemato-oncológica, verificamos que nos elementos da nossa amostra as variáveis género, estado civil, idade, grau de mucosite,

importância atribuída à higiene oral, ensinamentos, importância atribuída aos ensinamentos, número de comportamentos correctos de higiene oral antes da situação de doença e existência anterior de mucosite, parecem não influenciar o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença.

Por sua vez, as variáveis que influenciam o número de comportamentos correctos de higiene oral durante a situação de doença são habilitações literárias, tempo de diagnóstico, internamentos anteriores e realização de tratamentos anteriores de quimioterapia. Assim, os participantes com o ensino secundário, com menor tempo de diagnóstico, com o diagnóstico de leucemia, sem internamentos anteriores e sem tratamentos anteriores de quimioterapia apresentam comportamentos de higiene oral mais adequados, o que indica que realizam uma higiene oral o mais próximo do considerado correcto.

No que diz respeito a outros comportamentos saudáveis para prevenir e/ou minimizar a mucosite oral constatamos que menos de metade dos participantes (44,8%) refere evitar alguns alimentos ou bebidas que possam ser agressivos à mucosa oral, metade dos participantes (50,0%) hidrata os lábios e a quase totalidade dos participantes (96,6%) refere não ser fumador.

Na nossa perspectiva, a realização deste estudo exploratório aponta, sobretudo, para a compreensão do autocuidado higiene oral, na perspectiva da pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia. Esta é uma investigação que surgiu do questionamento da nossa prática, foi realizada em contexto prático e trás implicações importantes para a nossa prática de enfermagem.

Por um lado, permitem enriquecer uma área de conhecimentos não desenvolvida.

Por outro lado, um dos alicerces da prática de Enfermagem assenta no diagnóstico das situações problema. Pensamos que, com a realização desta investigação, onde se verificou existirem várias lacunas a nível da realização de uma correcta higiene oral e a nível da existência de ensinamentos para essa realização correcta, permite-nos planear intervenções que possam resolver os problemas encontrados. Estas intervenções poderão passar pela motivação, pelo acompanhamento no autocuidado e pelo ensino do autocuidado higiene oral. Assim, consideramos pertinente elaborar um plano de ensino estruturado e sistemático sobre: hábitos correctos de higiene oral durante a situação de doença, incluindo cuidados com a prótese dentária e cuidados de manutenção da escova de dentes; tempo de escovagem; vezes por dia; outras medidas complementares, da higiene oral, para prevenir e/ou atenuar a mucosite oral,

nomeadamente o evitar de alimentos ou bebidas agressivas à mucosa oral, hidratação dos lábios e hábitos tabágicos; importância de uma vigilância diária da mucosa oral; e, necessidade de contactar o enfermeiro ou o médico em caso de alteração da mucosa oral. Salientamos, mais uma vez, que para a realização de ensinamentos não é suficiente transmitir informação, é importante que os enfermeiros percebam se a informação transmitida foi apreendida, através do questionamento e do acompanhamento da realização da higiene oral e, que validem os ensinamentos periodicamente.

Consideramos, ainda, que esta investigação deverá servir de sensibilização para todos os enfermeiros que cuidem de pessoas com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, mas também para todos os enfermeiros que cuidem de pessoas com doença oncológica a realizar quimioterapia. No nosso entender, toda a investigação realizada só faz sentido se for divulgada aos seus pares, com o intuito de (re)pensar as práticas e, assim, melhorar os cuidados prestados. É nossa intenção reunir com a equipa de enfermagem, do serviço onde foi realizada esta investigação, para apresentar os resultados encontrados de forma a sensibilizar, motivar e delinear em conjunto estratégias de implementação de boas práticas.

Com o culminar deste estudo reconhecemos que existem algumas limitações associadas à sua realização. Entre elas destacamos a dimensão reduzida da amostra, a utilização de métodos estatísticos não paramétricos o que indica que a amostra tem uma distribuição diferente da normal e a dificuldade em encontrar estudos nesta área de forma a confirmar ou refutar os resultados por nós encontrados.

No entanto, estamos certos que com esta investigação demos um contributo positivo para o conhecimento em Enfermagem, de forma a melhorar a nossa prática diária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AEOP – Caphosol^R. [em linha], Novembro de 2009a. [Consult. 25 de Novembro de 2010]. Disponível em WWW:<ULR:<http://www.mouthsmadegood.com/PT-PT/about-caphosol.asp>

AEOP – Uma boca melhor graças ao controlo da mucosite oral. [em linha], Novembro de 2009b. [Consult. 25 de Novembro de 2010]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.mouthsmadegood.com/PT-PT/nurse-resources/managing-oral-mucositis-patient.pdf>

AKAGI, Cheryl L.; LESSER, Donna – A review of chemotherapeutic agents and their oral manifestations. **Journal of the California dental hygienist's association**. Vol. 16, nº2 (2001), p. 10-16.

AKYOL, Asiye Durmaz [et al] – Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. **Journal of Clinical Nursing**. ISSN 1365-2702. Vol. 16 (2007), p. 679-687.

ALBUQUERQUE, Iêda Lessa de Souza; CAMARGO, Teresa Caldas – Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro. ISSN 2176-9745. Vol. 53, nº2 (2007), p. 195-209.

BAI, Yu-Ling; CHIOU, Chou-Ping; CHANG Yong-Yuan – Self-care behavior and related factors in older people with type 2 diabetes. **Journal of Clinical Nursing**. ISSN 1365-2702. Vol. 18 (2009), p. 3308-3315.

BENSINGER, William [et al] – Prevention and management of mucositis in cancer care. **Journal of the National Comprehensive cancer Network**. Washington. ISSN 1540-1405. Vol.6, suppl. 1 (2008), p. S1-S21.

BHATT, Valkal [et al] – Implementation of a standardized protocol for prevention and management of oral mucositis in patients undergoing hematopoietic cell transplantation. **Journal Oncology Pharmacy Practice**. London. ISSN 1477-092X. Vol. 16, nº3 (2010), p. 195-204.

BENITO, Ana Paula – Mucosite. In BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça – Manual de Cuidados Paliativos. 1ª ed. Lisboa: Centro de Bioética – Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9349-21-8. p. 337-345.

CARVALHO, Maria Ressurreição Silva – A participação do doente no processo de cuidados de enfermagem: da passividade à participação activa no seu processo de cuidados. In GOMES, Idalina Delfina – Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão de cidadania. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 2007. ISBN 978-972-8485-86-3. p. 21-66.

CASTELL, P. Alonso [et al] – Prevención y tratamiento de la mucositis en el paciente onco-hematológico. **Farmacia Hospitalaria**. Madrid. ISSN 1130-6343. Vol. 25, nº3 (2001), p. 139-140.

Decreto – Lei nº 48/90. D.R. I Série 195 (24-08-90) 3452-3459.

DENYES, Mary J.; OREM, Dorothea E.; BEKEL, Gerd – Self-care: a foundational science. **Nursing Science Quarterly**. ISSN 1552-7409. Vol. 14, nº1 (2001), p. 48-54.

EILERS, June – Nursing interventions and supportive care for the prevention and treatment of oral mucositis associated with cancer treatment. **Oncology Nursing Forum**. Pittsburg. ISSN 1538-0688. Vol. 31, nº4 (2004), p. 13-23.

ESTEVES, Sandra Cristina Carvalho; BIZARRO, João Pedro Serra – Neutropenia. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº68 (Set. 2006), p. 23-33.

FOSTER, Peggy Coldwell; JANSSENS, Nancy P. – Dorothea E. Orem. In GEORGE, Julia B. – Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 90-107.

GOMES, Idalina Delfina – Introdução. In GOMES, Idalina Delfina – Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão de cidadania. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 2007. ISBN 978-972-8485-86-3. p. 9-19.

GUTIERREZ, Cabezon [et al] – **Manual CTO de urgencias oncológicas**. Madrid: CTO Editorial, 2009. 271p. ISBN: 978-84-92523-09-2.

HARRIS, Debra J. [et al] – Putting Evidence into practice: evidence based interventions for oral management of oral mucosites. **Clinical Journal of Oncology Nursing**. Pittsburg. ISSN 1538-067X. Vol.12, nº1 (2008), p. 141-152.

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew – **Investigação por questionário**. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. 377p. ISBN 972-618-273-5.

HOLGUÍN, Edith Arredondo – Comportamientos y capacidade da agencia de autocuidado de adultos com insuficiencia cardíaca. **Avances en Enfermería**. Bogotá. ISSN 0121-4500. Vol. XXVIII, nº 1 (2010), p. 21-30.

HUSKINSON, W.; LLOYD, H. – Oral health in hospitalized patients: assessment and hygiene. **Nursing Standard**. Londres. ISSN 0029-6570. Vol. 23, nº 36 (2009), p. 43-47.

INE – Censos 2011. Lisboa: INE, 2012. [Consult. 28 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL:

http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicador&conteto=ind&indOcorrCod=0000536&selTab=tab10

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - **CIPE®- versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Lisboa: [s.n.] 2011. 205p. ISBN 978-92-95094-35-2.

KIDD, Lisa [et al] – Perceived control and involvement in self care in patients with colorectal cancer. **Journal of Clinical Nursing**. ISSN 1365-2702. Vol.18 (2009), p. 2292-2300.

KOPPER, Judy – Ensinar e aprender. In BOLANDER, Verolyn Rae – Sorensen e Luckmann - Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica. 1ªed. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5. p. 577-596.

LEE, Jong-Eun [et al] – Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**. Londres. ISSN 0020-7489. Vol.47 (2010), p. 411-417.

MANTOVANI, Maria Fátima – Diagnóstico e planeamento em saúde. In MIRANDA, Sónia Maria Resende Camargo; MALAGUTTI, William – Educação em saúde. São Paulo: Phorte Editora, 2010. ISBN 978-85-7655-283-3. p. 23-36

MAROCO, João – **Análise estatística – com utilização do SPSS**. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003. 508p. ISBN 972-618-331-6.

MARRS, Joyce A. – Care of Patients with Neutropenia. **Clinical Journal of Oncology Nursing**. Pittsburg. ISSN 1538-067X. Vol. 10, nº 2 (Abril, 2006), p. 164-166.

McEWEN, Melanie – Filosofia, ciência e enfermagem. In McEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. – Bases teóricas para a enfermagem. 2ª ed. Cidade: Artmed, 2009. ISBN 978-85-363-1788-5. p. 27-47.

MELEIS, Afaf Ibrahim – **Theoretical nursing: development and progress**. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott, 2005. 739p. ISBN 0-7817-5767-3.

NUNES, Rodrigo – Principais efeitos secundários da hormonoterapia, imunoterapia e quimioterapia – intervenções de enfermagem. In BILRO, Maria Ercília Simões; CRUZ, Arménio Guardado – Enfermagem Oncológica. 1ª ed. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 2004. ISBN 972-8485-41-7. p. 83-102.

OHRN, K. E. O.; WAHLIN, Y.-B.; SJODEN P.-O. – Oral care in cancer nursing. **European Journal of Cancer Care**. Oxford. ISSN 1365-2354. Vol. 9 (2000), p. 22-29.

OREM, Dorothea E.; TAYLOR, Susan G. – Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. **Nursing Science Quarterly**. ISSN 1552-7409. Vol. 24, nº1 (2011), p. 35-41.

PATERSON, Barbara L.; RUSSELL, Cynthia; THORNE, Sally – Critical analysis of everyday self-care decision making in chronic illness. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 0309-2402. Vol. 35, nº3 (2001), p. 335-341.

PEREIRA, Filipe – **Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, 2009. 209p. ISBN 978-989-8269-06-5.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Higiene oral para prevenir**. Lisboa: DGS, 2006a. [Consult. 31 Maio 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.dgs.pt

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Problemas e doenças orais a evitar: saiba como pode evitar muitos problemas e doenças orais**. Lisboa: DGS, 2006b. [Consult. 31 Maio 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.dgs.pt

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Plano nacional de prevenção e controlo das doenças oncológicas 2007/2010 – orientações programáticas**. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, 2007. 34p.

QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina – Editorial: autocuidado, transições e bem-estar. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN0874-7695. Nº21 (2010), p. 5-7.

RIEGEL, Barbara [et al] – Gender-specific barriers and facilitators to heart failure self-care: a mixed methods study. **International Journal of Nursing Studies**. Londres. ISSN 0020-7489. Vol.47 (2010), p. 888-895.

RICHARDSON, Alison – Studies exploring self-care for the person coping with cancer treatment: a review. **International Journal of Nursing Studies**. Londres. ISSN 0020-7489. Vol.29, nº2 (1992), p. 191-204.

RODRIGUES, Manuel António Lopes – Cuidados de enfermagem ao doente submetido a quimioterapia. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº36 (Maio 2001), p. 25-31.

SIERACKI, Rena L. [et al.] – Development and implementation of oral care protocol for patients with cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**. Pittsburg. ISSN 1538-067X. Vol.13, nº6 (2009), p. 718-722.

SIGURDARDÓTTIR, Árún K. – Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 14 (2005), p. 301-314.

SILVA, Lúcia Marta Giunta – Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo. ISSN 0104-1169. Vol.9, nº3 (2001), p. 75-82.

SILVA, Susana Alexandra; DIAS, Vera Lúcia Silva M. – Ensinar o doente a lidar com a toxicidade hematológica pós-quimioterapia: definição de guideline. **Onco.News**. Porto. ISSN 1646-7868. Ano I, Nº3 (Verão 2007), p. 11-17.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. – **Brunner e Suddarth - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005. 2419 p. ISBN 85-277-1057-9.

SODERHAMN, Olle – Self-care activity as a structure: a phenomenological approach. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**. ISSN 1103-8128. Nº7 (2000), p. 183-189.

SPEMD – Relatório sobre o estado e hábitos de saúde oral [em linha]. Lisboa: SPEMD, 2000. [Consult. 2 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.docstoc.com/docs/43757961/REPORT-ON-THE-DENTAL-HEALTH-AND-HABITS-OF-PATIENTS.

SPICHIGER, Elisabeth [et al] – Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: a qualitative study. **European Journal of Oncology Nursing**. ISSN 1462- 3889. Vol. 16, nº2 (2012), p. 165-171.

TAYLOR, Susan G. – Teoria do déficit de auto-cuidado de enfermagem. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Mattha Raile – Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. p. 15-34.

VOLPATO, Luiz Evaristo Ricci [et al.] – Mucosite bucal rádio e quimioinduzida. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. São Paulo. Vol. 74, nº4 (2007), p. 562-568.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Who handbook reporting results of câncer treatment**. Geneva: Who, 1979. 45p.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização para a realização do estudo



HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E.
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Presidente: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros;
Vice-Presidente: Dra. Maria Odete Isabel; Vogais: Prof.^a Doutora Maria Fátima
Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Prof. Doutor Carlos
Alberto Fontes Ribeiro; Enf.^o Adélio Tinoco Mendes;
Jurista: Dra. Alexandra Vilela;
Padre: José António Afonso Pais

Francisco Parente
Director Clínico
H.U.C. - E.P.E.

Visto / Ao G.A.I.
para difusão
08/02/2011

Exmo. Senhor:
Director Clínico dos
HUC, E.P.E.

N/Ref^a
CES

Ofício N^o
0011

Data
26.01.2011

ASSUNTO: [HUC-47-10] - *Estudo Observacional - Aplicação de questionário "Higiene oral na pessoa com doença hematológica"* - Sílvia Magda Santos Pereira dos Reis - Enfermeira do Serviço de Hematologia Clínica dos HUC, EPE e a frequentar o curso de Pós-Licenciatura de Especialização/Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - (estudo a ser realizado no Serviço de Hematologia Clínica).

Cumpre-me informar Vossa Ex.^a que a Comissão de Ética para a Saúde dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., reunida em 25 de Janeiro de 2011, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe, emitiu **parecer favorável** à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

Contudo, o parecer só se torna exequível após inclusão no Consentimento Informado do seguinte: "... na recusa do doente em participar não resultará qualquer prejuízo para ele, nomeadamente no direito de continuar a ser tratado da mesma forma como se tivesse aceite a participar no estudo." Este novo Consentimento Informado deve ser enviado a esta Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DOS HUC, E.P.E.

Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES

H. U. C., E. P. E.
Comissão de Ética para a Saúde



**HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E.
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**

Presidente: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros;
Vice-Presidente: Dra. Maria Odete Isabel; Vogais: Prof.ª Doutora Maria Fátima
Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Prof. Doutor Carlos
Alberto Fontes Ribeiro; Enf.º Adélio Tinoco Mendes;
Jurista: Dra. Alexandra Vilela;
Padre: José António Afonso Pais

Fátima
Director Clínico
H.U.C. - EPE

Visto / Ao G.A.I.
para difusão
30/05/11

Exmo. Senhor:
Director Clínico dos
HUC, E.P.E.

N/Refª
CES

Ofício Nº
0083

Data
23.05.2011

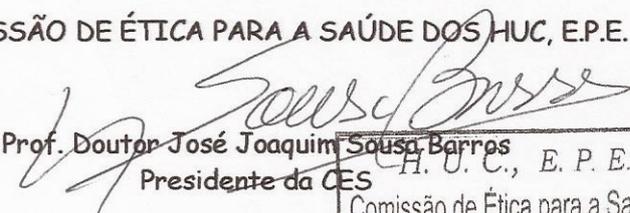
ASSUNTO: [HUC-47-10] - *Estudo Observacional - Aplicação de questionário "Higiene oral na pessoa com doença hematológica"* - Sílvia Magda Santos Pereira dos Reis - Enfermeira do Serviço de Hematologia Clínica dos HUC, EPE e a frequentar o curso de Pós-Licenciatura de Especialização/Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - (estudo a ser realizado no Serviço de Hematologia Clínica).

Cumpre-me informar Vossa Ex.ª que a Comissão de Ética para a Saúde dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., reunida em 20 de Maio de 2011, com a presença da maioria dos seus membros, após análise dos esclarecimentos adicionais solicitados pela CES e apresentados pelos Investigadores, reafirma o *parecer favorável*, anteriormente emitido sob condição. Deliberação aprovada por unanimidade.

Mais se informa que a CES dos HUC, no âmbito e ao abrigo das suas competências decidiu, em reunião plenária, que a partir de Abril de 2011 deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DOS HUC, E.P.E.


Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES
H. U. C., E. P. E.
Comissão de Ética para a Saúde

APÊNDICES

APÊNDICE I

Instrumento de colheita de dados

CONSENTIMENTO INFORMADO

Investigação: “Higiene oral na pessoa com doença hematológica”

Eu, _____, **declaro que fui devidamente informado(a) sobre o estudo “Higiene oral na pessoa com doença hematológica”** realizado por Sílvia Reis, sob a orientação da Professora Isabel Simões da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e aceito participar na referida investigação, através do preenchimento de um questionário.

Fui também informada(o) que a minha participação tem um carácter voluntário, podendo desistir a qualquer momento. Será respeitado o anonimato, a confidencialidade das informações fornecidas e a privacidade, sendo todos os dados codificados, apenas podendo ser usados para este estudo.

Da minha recusa em participar não resultará qualquer prejuízo, nomeadamente o direito a continuar a ser tratado da mesma forma como se tivesse aceite em participar no estudo.

Coimbra, __ de _____ de 2011

Assinatura do(a) Participante

Chamo-me Sílvia Reis, sou enfermeira a frequentar o Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Pretendo desenvolver um estudo sobre a importância atribuída pelos doentes com doença hematológica à higienização oral. Para tal, preciso da sua preciosa colaboração e seriedade no preenchimento deste questionário.

Em todas as respostas dadas será mantida a confidencialidade e o anonimato. Responda sempre de acordo com o que faz ou pensa, pois não existem respostas correctas ou incorrectas, nem boas nem más.

Leia atentamente todas as perguntas e coloque um X na resposta que lhe parece mais adequada.

O preenchimento do questionário é pessoal, pelo que deve ser respondido individualmente.

Agradeço a sua colaboração.

Sílvia Reis

Data

____/____/____

Questionário nº

1 – Idade: _____ anos

2 – Sexo: 1 Masculino
 2 Feminino

3 – Estado Civil: 1 Solteiro(a)
 2 Casado(a) ou união de facto
 3 Viúvo(a)
 4 Divorciado(a)

4 – Escolaridade: 1 Nenhuma
 2 1º Ciclo
 3 2º Ciclo
 4 3º Ciclo
 5 Secundário
 6 Superior

5 – Profissão: 1 Estudante
 2 Doméstica
 3 Empregado
 4 Desempregado
 5 Reformado
 6 Outro _____

6 – **Antes** de ter esta doença costumava lavar a boca?

1 Sim

2 Não - se não passe à pergunta 12

7 – Se sim:

8 – quantas vezes por dia? _____

9 – que produtos utilizava? (assinale todas as respostas que se aplicam)

1 Escova

2 Pasta de dentes

3 Fio dentário

4 Só água

5 Desinfectante oral. Qual? _____

10 – como fazia? (assinale todas as respostas que se aplicam)?

1 Escovava menos de 1 minuto

2 Escovava durante 1 minuto

3 Escovava durante 1 minuto e meio

4 Escovava durante 2 minutos ou mais

5 Gargarejos com água

6 Gargarejos com outros produtos. Quais? _____

11 – que zonas da boca lavava? (assinale todas as respostas que se aplicam)

1 Dentes

2 Gengivas

3 Língua

4 Palato (céu da boca)

5 Parte interna das bochechas

12 – Considera que a lavagem da boca é:

1 Nada importante

2 Pouco importante

3 Indiferente

4 Importante

5 Muito importante

13 – **Actualmente** lava a boca?

1 Sim

2 Não - se não passe à pergunta 21

14 – Se sim:

15 – todos os dias?

1 Sim

2 Não.

16 – **se lava todos os dias**, quantas vezes por dia? _____

17 – como faz? (assinale todas as respostas que se aplicam)?

1 Escovava menos de 1 minuto

2 Escovava durante 1 minuto

3 Escovava durante 1 minuto e meio

4 Escovava durante 2 minutos ou mais

5 Gargarejos com água

6 Gargarejos com outros produtos. Quais? _____

18 – que produtos utiliza? (assinale todas as respostas que se aplicam)

1 Escova de dentes macia

2 Escova de dentes de dureza média

3 Escova de dentes dura

4 Escova de esponja

5 Pasta de dentes

6 Fio dentário

7 Só água

8 Desinfectante oral. Qual? _____

19 – que zonas da boca escova? (assinale todas as respostas que se aplicam)

1 Dentes

2 Gengivas

3 Língua

4 Palato (céu da boca)

5 Parte interna das bochechas

20 – Que cuidados tem com a escova de dentes depois de a utilizar? (assinale todas as respostas que se aplicam)

1 Lava-a

2 Seca-a

3 Desinfecta-a. Com que produto? _____

21 - Sabe quais são as consequências de não lavar a boca?

1 Não

2 Sim. Quais são?

22 – Os enfermeiros ensinaram-lhe como deve lavar a boca?

1 Não

2 Sim.

23 – O que lhe ensinaram?

24 – Considera que os ensinamentos que lhe fizeram sobre a lavagem da boca são:

1 Nada importantes

2 Pouco importantes

3 Indiferente

4 Importante

5 Muito importante

25 – Na sequência dos ensinamentos que lhe fizeram mudou os seus hábitos de lavagem da boca?

1 Não

2 Sim

26 – Se sim em quê?

27 – Evita algum tipo de alimentos ou bebidas?

1 Não

2 Sim. Quais?

28 – Costuma hidratar/lubrificar os lábios?

1 Não

2 Sim. Com que produto? _____

29 – É fumador?

1 Não

2 Sim.

A PREENCHER PELA INVESTIGADORA

Diagnóstico

- 1 Leucemia
- 2 Linfoma
- 3 Mieloma Múltiplo
- 4 Outro. Qual? _____

Tempo de diagnóstico _____

Internamentos anteriores

- 1 Sim
- 2 Não

Já realizou anteriormente tratamentos de quimioterapia

- 1 Não
- 2 Sim. Onde?

Observação da mucosa oral:

Grau de mucosite

- 1 GRAU 0 (sem sintomas)
- 2 GRAU 1 (sensibilidade e eritema)
- 3 GRAU 2 (eritema com úlcera, pode deglutir alimentos sólidos)
- 4 GRAU 3 (úlceras, eritema extenso, não pode deglutir alimentos sólidos)
- 5 GRAU 4 (úlceras, mucosite extensa, não é possível a deglutição)

Já teve mucosite oral

- 1 Sim
- 2 Não

APÊNDICE II

Pedido de autorização para a realização do estudo

Ao Ex.^{mo} Sr. Presidente
do Conselho de Administração dos
Hospitais da Universidade de Coimbra

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de um questionário aos doentes internados no Serviço de Hematologia Clínica

Eu, Sílvia Magda Santos Pereira dos Reis, enfermeira a exercer funções no Serviço de Hematologia Clínica dos HUC, EPE, com o número mecanográfico 7787, e a frequentar o curso de Pós-Licenciatura de Especialização/Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho junto de Vossa Ex.^a solicitar a autorização para a realização da colheita de informação junto dos doentes internados no Serviço de Hematologia Clínica, no âmbito do trabalho de investigação "Higiene oral na pessoa com doença hematológica" sob a orientação da Professora Isabel Simões.

O instrumento da colheita de dados (em anexo) a aplicar é constituído por quatro partes. Numa primeira parte será apresentada a autora do estudo, os objectivos do estudo, garantido o respeito pelas questões éticas, as instruções de preenchimento e o agradecimento pela colaboração. A segunda parte será constituída por perguntas de carácter sócio-demográfico. Numa terceira parte serão abordadas questões sobre a higiene oral no doente hematológico. Por fim, uma quarta parte que será preenchida pela autora, que visa essencialmente a avaliação da integridade da mucosa oral de cada participante.

Considerando os pressupostos éticos e deontológicos inerentes à elaboração de um estudo de investigação, comprometo-me desde já, a respeitar princípios de confidencialidade, privacidade e consentimento informado e, fornecer os resultados deste estudo caso assim o desejem.

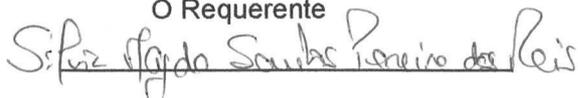
Estou disponível para esclarecer as dúvidas que este trabalho de investigação possa suscitar.

Agradeço a V. Ex.^a toda a atenção dispensada e uma resposta o mais breve possível.

Coimbra, 14 de Outubro de 2010

Com os melhores cumprimentos

O Requerente



A Professora

