MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ÂNGELO GAIA SOUSA

CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE O CUIDADO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Teresina-PI

2026

ÂNGELO GAIA SOUSA

CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE O CUIDADO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia-PPGO da Universidade Federal do Piauí- UFPI, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Ciências Odontológicas

Linha de Pesquisa: Epidemiologia, Etiologia E Controle De Doenças Bucais

Orientador(a): Prof(a) Dr(a) Thais Torres Barros Dutra

Teresina-PI

2026

ÂNGELO GAIA SOUSA

CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE O CUIDADO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia-PPGO da Universidade Federal do Piauí- UFPI, na área de Ciências Odontológicas, e linha de pesquisa Biociências e Materiais Odontológicos, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador (a): Prof(a) Dr(a) Thais Torres Barros Dutra

Aprovado em ___ / ___/____

COMISSÃO EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Thais Torres Barros Dutra - UFPI
Orientador(a)

_____

Prof. Dr. Fabio Solon Tajra - UFPI
Examinador interno

_____

Profª. Drª. Joana Vitória Batista Costa Melo - UNIFSA e FACID
Examinador externo

_____

Profª. Drª. Brunna Verna Castro Gondinho - UESPI
Examinador externo - Suplente

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de força e propósito, por sustentar-me nos momentos de incerteza e renovar minha esperança nos dias difíceis.

À minha orientadora, Dra. Thaís Torres, minha profunda e sincera gratidão pela confiança, pela orientação segura, pela paciência e pelo compromisso científico que nortearam cada etapa desta pesquisa. Sua dedicação, rigor acadêmico e sensibilidade foram fundamentais para a construção deste trabalho e para meu crescimento como pesquisador.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, pelos valores ensinados e pelo apoio constante em todos os momentos da minha trajetória. Cada conquista minha é, antes de tudo, fruto da base sólida que vocês me proporcionaram.

Aos colegas do mestrado, pela parceria, pelas trocas de conhecimento e pelo apoio mútuo que tornaram essa jornada mais leve e significativa.

A todo o corpo docente do Programa, pela excelência na formação oferecida, pelo compromisso com a ciência e por contribuírem de maneira decisiva para minha construção acadêmica e profissional.

À banca avaliadora, pela disponibilidade, pelas valiosas contribuições e pelo olhar criterioso que certamente engrandecerá este trabalho.

De forma muito especial, reconheço e agradeço pelos desafios que marcaram esta trajetória. Cada obstáculo enfrentado, cada momento de incerteza e cada dificuldade superada foram fundamentais para fortalecer não apenas o pesquisador que hoje conclui esta etapa, mas o ser humano que aprendeu a transformar fragilidades em aprendizado, dúvidas em amadurecimento e limites em impulso para continuar.

Ao longo desse percurso, as adversidades exigiram resiliência, disciplina e confiança no processo. Nesse sentido, ecoam as palavras de Cora Coralina, ao lembrar que “o que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada”. Assim, cada experiência vivida — com seus desafios e conquistas — contribuiu para consolidar não apenas uma formação acadêmica, mas uma evolução pessoal marcada pela persistência, pelo recomeço e pela convicção de que crescer é, acima de tudo, continuar apesar das dificuldades.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte dessa trajetória, minha sincera gratidão.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O câncer é um importante problema de saúde pública, influenciado por determinantes sociais, econômicos, culturais e pelas barreiras de acesso aos serviços. O cuidado em saúde bucal às pessoas com câncer deve considerar seus impactos na qualidade de vida, na adesão ao tratamento e no percurso do cuidado. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o cirurgião-dentista assume papel ampliado, envolvendo não apenas ações clínicas, mas também coordenação do cuidado, articulação em rede, apoio matricial e práticas educativas e interprofissionais. Contudo, persistem lacunas na formação e no conhecimento desses profissionais sobre o cuidado odontológico no contexto oncológico, o que pode comprometer a integralidade da atenção. Assim, identificar essas lacunas e desenvolver estratégias educativas é essencial para qualificar a formação profissional e fortalecer a linha de cuidado às pessoas com câncer no Sistema Único de Saúde (SUS). **OBJETIVO:** Avaliar o nível de conhecimento objetivo e a autopercepção dos cirurgiões-dentistas da APS de Teresina, Piauí, frente às diretrizes de cuidados orais para pessoas em tratamento oncológico. **METODOLOGIA:** Estudo observacional, transversal e quantitativo, conduzido de acordo com as diretrizes do STROBE (CEP 7.545.365). A coleta de dados ocorreu entre junho e agosto de 2025, por meio da aplicação de um questionário estruturado, composto por 25 questões aos cirurgiões-dentistas da APS de Teresina-PI. Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel e analisados no software jamovi, versão 2.4.14. A consistência interna foi avaliada pelo alfa de Cronbach (α), com análises descritivas e inferenciais (teste t, ANOVA e correlações de Pearson e Spearman), adotando-se nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** Participaram do estudo 169 cirurgiões-dentistas. A consistência interna do instrumento foi moderada para a autopercepção ($\alpha = 0,632$) e baixa para o desempenho objetivo ($\alpha = 0,453$). O escore médio de autopercepção do conhecimento foi de $23,4 \pm 3,5$ pontos, enquanto a média de acertos foi de $9,7 \pm 3,3$, evidenciando discrepância entre o conhecimento percebido e o desempenho real. Observou-se correlação positiva fraca, porém significativa, entre autopercepção e desempenho objetivo ($r = 0,285$; $p < 0,001$). Na análise ajustada, o sexo feminino e a formação em instituição pública associaram-se a maior número de acertos. Já a titulação em nível de mestrado ou doutorado associou-se a maior autopercepção do conhecimento. **CONCLUSÃO:** Os cirurgiões-dentistas da APS apresentam elevada autopercepção, mas baixo desempenho objetivo sobre o cuidado em saúde bucal de pessoas com câncer, evidenciando discrepância e fragilidades formativas. Reforça-se a necessidade de estratégias educativas baseadas em evidências, protocolos clínicos e integração interdisciplinar para qualificar a atenção no SUS.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais; Cuidados Odontológicos; Xerostomia; Higiene Bucal; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cancer is a major public health problem influenced by social, economic, and cultural determinants, as well as barriers to access to healthcare services. Oral health care for people with cancer must consider its impacts on quality of life, treatment adherence, and the care pathway. In Primary Health Care (PHC), dentists play an expanded role, which includes not only clinical actions but also care coordination, network articulation, matrix support, and educational and interprofessional practices. However, gaps remain in the training and knowledge of these professionals regarding oral care in the oncological context, which may compromise the comprehensiveness of care. Therefore, identifying these gaps and developing educational strategies are essential to improve professional training and strengthen the care pathway for people with cancer within the Brazilian Unified Health System (SUS). **OBJECTIVE:** To assess the level of objective knowledge and self-perception among PHC dentists in Teresina, Piauí, regarding oral care guidelines for patients undergoing cancer treatment. **METHODS:** This was a cross-sectional, observational, quantitative study conducted in accordance with STROBE guidelines (ETHICS APPROVAL: 7.545.365). Data were collected between June and August 2025 using a structured questionnaire composed of 25 items applied to PHC dentists in Teresina, Piauí, Brazil. Data were organized in Microsoft Excel spreadsheets and analyzed using jamovi software, version 2.4.14. Internal consistency was assessed using Cronbach's alpha (α). Descriptive and inferential analyses (t-test, ANOVA, and Pearson and Spearman correlations) were performed, with a significance level of 5%. **RESULTS:** A total of 169 dentists participated in the study. Internal consistency was moderate for self-perception ($\alpha = 0.632$) and low for objective performance ($\alpha = 0.453$). The mean self-perceived knowledge score was 23.4 ± 3.5 points, while the mean number of correct answers was 9.7 ± 3.3, indicating a discrepancy between perceived knowledge and actual performance. A weak but statistically significant positive correlation was observed between self-perception and objective performance ($r = 0.285$; $p < 0.001$). In the adjusted analysis, female sex and graduation from a public institution were associated with a higher number of correct answers. A master's or doctoral degree was associated with higher self-perceived knowledge. **CONCLUSION:** PHC dentists show high self-perception but low objective performance regarding oral care for patients with cancer, highlighting a discrepancy and training gaps. There is a need for evidence-based educational strategies, clinical protocols, and interdisciplinary integration to improve care within the SUS.

Keywords: Oral Neoplasms; Dental Care; Xerostomia; Oral Hygiene; Quality of Life.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

		Pág.
Quadro 1.	Resumo Diretriz para prática clínica odontológica na atenção primária à saúde – Tratamento em pacientes oncológicos submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou à quimioterapia.	**19**
Quadro 2.	Síntese dos estudos de revisão de literatura sobre complicações bucais e manejo odontológico em pacientes oncológicos na Atenção Primária à Saúde.	**23**
Quadro 3.	Síntese dos estudos clínicos e qualitativos sobre complicações bucais e manejo odontológico em pacientes oncológicos na Atenção Primária à Saúde.	**26**
Tabela 1.	Características gerais da população estudada (n=169).	**50**
Tabela 2.	Distribuição descritiva dos escores de autopercepção do conhecimento e do desempenho objetivo sobre cuidados orais em pacientes oncológicos (n=169)	**51**
Tabela 3	Fatores associados à autopercepção do conhecimento e ao desempenho objetivo sobre cuidados orais em pacientes oncológicos (n=169).	**52**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS: Atenção Primária à Saúde

ESB: Equipes de Saúde Bucal

INCA: Instituto Nacional de Câncer

MO: Mucosite Oral

OMS: Organização Mundial da Saúde

OHIP-14: Oral Health Impact Profile-14

RAS: Rede de Atenção à Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

Sumário

1. INTRODUÇÃO 10

2. REVISÃO DE LITERATURA 12

2.1Papel e Desafios da Atenção Primária à Saúde no Cuidado a Pessoa com Câncer 13

2.2 Principais Complicações Bucais Associadas ao Tratamento Antineoplásico 15

2.3 Tratamento e Abordagens Medicamentosas das Complicações Associadas ao Tratamento Oncológico 17

2.4 Diretrizes e Recomendações para Cuidados Orais em Pessoa com Câncer 19

3. REFERÊNCIA REVISÃO DE LITERATURA 29

4.DESENVOLVIMENTO 35

ARTIGO DE PESQUISA 36

Anexo I – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 54

Anexo II – Normas da Revista de Saúde Pública (online) 58

Anexo III - Diretriz para prática clínica odontológica na atenção primária à saúde – Tratamento em pacientes oncológicos submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou à quimioterapia. 69

Apêndice I – Questionário do Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária sobre o Cuidado Odontológico ao Paciente Oncológico 70

1. INTRODUÇÃO

O câncer constitui uma das principais causas de morbidade e mortalidade global (Bray et al., 2021; Santos et al., 2024), sendo influenciado por determinantes sociais, econômicos, culturais e pelo acesso aos serviços de saúde, para além de sua dimensão biológica. No Brasil, para o triênio 2026–2028, estimam-se 781 mil novos casos anuais, com distribuição desigual entre as regiões. O Nordeste concentra 22,8% dos casos incidentes, ocupando a segunda posição nacional, enquanto o estado do Piauí apresenta projeção de cerca de 10.050 novos casos por ano (1,3% da incidência nacional), evidenciando a magnitude do câncer como desafio sanitário regional e nacional (INCA, 2026).

No cuidado às pessoas em tratamento oncológico, é necessário superar uma abordagem restrita a alterações orgânicas, reconhecendo que o processo saúde–doença é dinâmico e atravessado por condições sociais e contextuais que impactam o viver com câncer. Nesse percurso, as necessidades em saúde bucal não se limitam às complicações clínicas, como mucosite, xerostomia e osteonecrose dos maxilares (Elad et al., 2020), mas repercutem na qualidade de vida, na alimentação, na comunicação, na adesão ao tratamento e na continuidade do cuidado em saúde (Di Fede et al., 2023).

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel central na organização do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), e o cirurgião-dentista desempenha função estratégica na coordenação do cuidado em rede. Sua atuação não se restringe à prevenção, identificação precoce e manejo de condições bucais, mas envolve a construção de projetos terapêuticos compartilhados, a articulação intersetorial, o apoio matricial e a integração de práticas educativas e interprofissionais, com foco na resolutividade do cuidado em saúde e na integralidade da atenção. Essa atuação exige qualificação permanente para reconhecimento das necessidades em saúde bucal ao longo do itinerário terapêutico e para o fortalecimento do autocuidado (Serra et al., 2023; Elad et al., 2020; Baus-Domínguez et al., 2023).

A qualificação do cuidado em saúde bucal no contexto oncológico demanda ainda a implementação de protocolos baseados em evidências, que orientem práticas sistematizadas de avaliação, acompanhamento e cuidado longitudinal. Diretrizes clínicas recomendam avaliação odontológica prévia ao tratamento oncológico, manutenção da higiene oral e monitoramento contínuo, com uso de medidas como escovas de cerdas macias, agentes hidratantes e enxaguantes específicos, contribuindo para a prevenção de complicações como a mucosite oral (Elad et al., 2020; Serra et al., 2023; Baus-Domínguez et al., 2023).

Além disso, a complexidade do cuidado requer práticas interprofissionais que reconheçam a integralidade das necessidades das pessoas em tratamento, fortalecendo a articulação entre equipes de saúde bucal e demais profissionais da rede. Essa integração favorece

melhores desfechos em saúde e amplia a resolutividade do cuidado em saúde (Epstein et al., 2014). Entretanto, persistem fragilidades relacionadas à formação profissional, à educação permanente e à comunicação interprofissional, que podem comprometer a continuidade e a qualidade do cuidado (Barker et al., 2004; Dang et al., 2020).

Apesar da relevância do tema, ainda são escassos estudos que avaliem especificamente o conhecimento de cirurgiões-dentistas da APS sobre o cuidado em saúde bucal no contexto oncológico, uma vez que a literatura tem se concentrado predominantemente em aspectos relacionados ao diagnóstico do câncer bucal e à estomatologia (Greenwood & Lowry, 2001; Leonel et al., 2019; De Lima Medeiros et al., 2022; Scott et al., 2022; Silva Sobrinho et al., 2022). Diante desse cenário, torna-se importante compreender como esses profissionais têm se apropriado das práticas de cuidado em saúde bucal no contexto oncológico, considerando suas implicações na integralidade e na resolutividade do cuidado em saúde.

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento objetivo e a autopercepção dos cirurgiões-dentistas da APS de Teresina, Piauí, frente às diretrizes de cuidados orais para pessoas em tratamento oncológico.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão foi elaborada a partir da literatura científica nacional e internacional sobre cuidados bucais em pessoas com câncer, com ênfase na atuação do cirurgião-dentista na APS. As buscas foram realizadas nas bases PubMed, BVS e SciELO, utilizando descritores controlados (MeSH e DeCS) e operadores booleanos. As principais palavras-chave incluíram: *xerostomia*, *mucositis*, *stomatitis*, *oral management*, *oral hygiene*, *protocols*, *cancer*, *neoplasms*, *Primary Health Care*, *Cancer Care*, *Clinical Practice Guidelines*, *oral complications* e *cancer therapy*.

Além dos artigos científicos, foram incorporados documentos institucionais, diretrizes oficiais do Ministério da Saúde e referenciais teóricos da Saúde Coletiva e da Saúde Pública, bem como estudos identificados por busca manual nas referências. A inclusão desses materiais permitiu articular evidências clínicas odontológicas com fundamentos conceituais da integralidade, coordenação do cuidado, educação permanente em saúde e organização da Rede de Atenção à Saúde, ampliando a compreensão do cuidado a pessoa com câncer na APS para além da dimensão técnico-assistencial.

Os critérios de inclusão contemplaram estudos em português ou inglês, disponíveis na íntegra, envolvendo pessoas em tratamento oncológico em diferentes modalidades terapêuticas (quimioterapia, radioterapia e cirurgia), abordando complicações bucais, protocolos de higiene oral, manejo clínico, diretrizes de cuidado e a atuação da APS na coordenação do cuidado. Foram excluídos estudos exclusivamente hospitalares ou sem interface com a atenção primária.

Para fins de organização, a revisão foi estruturada nos seguintes tópicos: Papel e Desafios da APS no Cuidado a Pessoa com Câncer; Principais Complicações Bucais Associadas ao Tratamento Antineoplásico; Tratamento e Abordagens Medicamentosas das Complicações Associadas ao Tratamento Oncológico e Diretrizes e Recomendações para Cuidados Orais em Pessoas com Câncer.

2.1 Papel e Desafios da Atenção Primária à Saúde no Cuidado a Pessoa com Câncer

No contexto do aumento da incidência do câncer e da ampliação da sobrevida, decorrente dos avanços diagnósticos e terapêuticos, observa-se uma intensificação das demandas impostas aos sistemas de saúde, com destaque para a APS. Esse cenário evidencia a necessidade de reorganização dos serviços e de qualificação das equipes para a produção de um cuidado integral às pessoas que vivenciam o câncer ao longo de seu itinerário terapêutico e após o tratamento. Tal cuidado ultrapassa a vigilância de possíveis recorrências, incorporando o acompanhamento dos efeitos tardios e de longo prazo das terapias, a atenção às necessidades psicossociais e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, aspectos essenciais para a qualidade de vida e para a continuidade do cuidado (Nekhlyudov; O'malley; Hudson, 2017).

A APS configura-se como o principal ponto de entrada das pessoas no sistema de saúde e como ordenadora do cuidado, sendo responsável pelo acompanhamento longitudinal ao longo do ciclo de vida, sustentado por vínculos assistenciais contínuos entre a população e equipes de referência. No contexto do câncer, a APS assume papel estratégico na articulação do cuidado, sobretudo após a confirmação diagnóstica, momento em que múltiplos serviços e especialidades passam a atuar de forma simultânea. Nessa perspectiva, ela pode exercer a função de instância integradora entre os serviços hospitalares, a rede socioassistencial, organizações da sociedade civil, familiares e cuidadores, contribuindo para a redução de fragilidades na comunicação entre os diferentes níveis de atenção e favorecendo a continuidade assistencial (Adam; Watson, 2018).

Além disso, parcela significativa das pessoas com câncer desenvolve repercussões persistentes ou tardias relacionadas ao tratamento, como linfedema, disfunções urinárias, intestinais e sexuais, bem como agravos cardiovasculares e osteometabólicos, que frequentemente se manifestam após a alta da atenção especializada. Nesse sentido, evidencia-se o potencial da APS no monitoramento e manejo dessas condições, especialmente por meio de modelos de cuidado compartilhado, baseados em protocolos consensuais e na continuidade das informações clínicas. Tais modelos têm sido apontados como estratégias viáveis, aceitáveis e custo-efetivas, alinhadas aos atributos essenciais da APS, como acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (Adam; Watson, 2018).

Apesar desse potencial, estudos apontam importantes fragilidades na inserção do cuidado oncológico na rotina da Atenção Básica. Flores et al. (2021) evidenciam que profissionais da APS relatam não se sentirem adequadamente preparados para o acolhimento e acompanhamento de pessoas com câncer, atribuindo essa lacuna à insuficiência da formação na graduação e nos processos de educação permanente. Segundo os autores, os currículos

formativos tendem a priorizar o manejo de outras condições crônicas de maior prevalência, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, o que contribui para a baixa familiaridade dos profissionais com o cuidado oncológico. Ademais, persiste uma lógica assistencial residual, herdada de um modelo de atenção centrado na cura, nas especialidades e no hospital como principal referência do cuidado.

Essa realidade se expressa também na baixa procura da população oncológica pelos serviços de Atenção Básica, tradicionalmente demandados, sobretudo, por usuários com doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes. Tal cenário evidencia a fragilidade ou mesmo a inexistência de uma linha de cuidado estruturada para pessoas com câncer e para os cuidados paliativos no âmbito da APS (Flores et al., 2021). Nesse contexto, a construção de uma linha de cuidado pressupõe uma abordagem sistêmica e dinâmica, com organização dos fluxos assistenciais e responsabilização compartilhada entre profissionais e sistema de saúde, sendo imprescindível a capacitação técnico-científica aliada a processos contínuos de educação permanente, capazes de qualificar a prática profissional e melhorar a qualidade de vida das pessoas com câncer e dos trabalhadores da saúde.

Corroborando essas evidências, Garpenhag et al. (2023), a partir de entrevistas com pessoas com câncer, identificaram níveis significativos de insatisfação em relação à organização e ao desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde, especialmente no que se refere às fragilidades na integração, no alinhamento e na troca de informações com os serviços especializados em oncologia. A ausência de articulação efetiva entre os profissionais resultou em ambiguidades na atribuição de responsabilidades assistenciais e levou à delegação de parte do cuidado a própria pessoa em tratamento oncológico, que passou a assumir maior protagonismo em seu itinerário terapêutico. Além disso, a oferta restrita de serviços, a descontinuidade do cuidado, a limitada qualificação profissional em oncologia e a percepção de insuficiente envolvimento das equipes foram apontadas como fatores que dificultam o acesso a uma Atenção Primária considerada resolutiva e adequada às necessidades dessa população.

2.2 Principais Complicações Bucais Associadas ao Tratamento Antineoplásico

A literatura evidencia de forma consistente que as alterações orofaríngeas associadas ao câncer de cabeça e pescoço e às terapias antineoplásicas exercem impacto significativo sobre a qualidade de vida das pessoas, sobretudo em função do comprometimento funcional e sintomatológico da cavidade oral. Entre essas alterações, a disfagia destaca-se como uma das mais prevalentes e incapacitantes. Pezdirec, Strojan e Boltezar (2019) identificaram disfagia em 41,3% das pessoas avaliadas, associada a prejuízos relevantes na alimentação e na vida social.

Tal condição esteve relacionada a múltiplas manifestações orais e orofaríngeas, incluindo dor oral e faríngea, saliva espessa, limitação da abertura bucal, alterações do paladar e sintomas de refluxo gastroesofágico, evidenciando a complexidade das sequelas funcionais decorrentes do tratamento oncológico.

Corroborando esses achados, De Melo et al. (2019), ao avaliarem 130 pessoas com câncer de cabeça e pescoço por meio do instrumento OHIP-14, observaram que os domínios dor física, limitação funcional e incapacidade física foram os mais comprometidos, refletindo diretamente as repercussões das alterações orais e orofaciais sobre a qualidade de vida. Ademais, a presença de dor temporomandibular e o diagnóstico de carcinoma espinocelular estiveram associados a piores escores, reforçando a saúde bucal como determinante central no bem-estar dos participantes.

No que se refere à evolução temporal das morbidades orais, Goiato et al. (2020) demonstraram que o período imediatamente após o tratamento oncológico representa a fase de maior impacto negativo na qualidade de vida, especialmente na primeira semana após a intervenção terapêutica. Embora tenha sido observada melhora progressiva após três meses, os autores ressaltam o caráter dinâmico e potencialmente debilitante das alterações orais e orofaríngeas no curto prazo.

Esses achados individuais são reforçados pela metanálise conduzida por Yuwanati et al. (2021), que incluiu 12 estudos envolvendo pessoas com câncer bucal avaliados pelo OHIP-14. Os autores evidenciaram que essas pessoas apresentam qualidade de vida relacionada à saúde bucal significativamente inferior à de pessoas saudáveis, atribuída principalmente aos efeitos adversos da oncoterapia. As alterações orais e orofaríngeas mostraram-se mais intensas em pessoas submetidos a múltiplas modalidades terapêuticas, destacando a importância da avaliação precoce e da implementação de intervenções direcionadas para minimizar prejuízos funcionais, dor e desconforto oral.

No carcinoma espinocelular de orofaringe, Scott et al. (2021) observaram que pessoas submetidas à radioterapia apresentaram redução significativa do fluxo salivar após 12 meses de seguimento, com impacto expressivo nos sintomas de xerostomia e saliva pegajosa. Embora a deglutição tenha sido relativamente preservada, verificou-se piora em relação à linha de base, indicando que alterações orais e orofaríngeas persistem mesmo na ausência de disfagia grave.

No contexto do tratamento cirúrgico, Ihara et al. (2022), em estudo prospectivo de coorte com pessoas em estágio inicial de câncer de cabeça e pescoço, identificaram que aproximadamente um terço das pessoas não recuperou os níveis basais de qualidade de vida após 12 meses de acompanhamento. Embora a função oral e a deglutição apresentassem aparente recuperação funcional, as pessoas com pior evolução mantiveram escores

significativamente reduzidos relacionados à salivação, sugerindo que a hipossalivação e a sensação de boca seca persistem como alterações orais relevantes mesmo após o tratamento primário.

De modo geral, as terapias antineoplásicas, especialmente a radioterapia e a quimioterapia na região de cabeça e pescoço, estão associadas a um amplo espectro de alterações orais, de caráter agudo ou tardio, com repercussões significativas na qualidade de vida. Entre as principais manifestações destacam-se a mucosite oral, a xerostomia decorrente da disfunção das glândulas salivares, infecções oportunistas como a candidíase, a cárie de radiação, além de complicações estruturais e funcionais, como trismo, osteorradionecrose e perda dentária (Sartoreto e Simonato et al., 2022).

No que tange às repercussões da radioterapia, De Vasconcellos Ferreira et al. (2023), ao compararem protocolos hipofracionados e convencionais, observaram maior frequência e severidade de mucosite oral no grupo submetido ao esquema hipofracionado ao final do tratamento. Embora não tenham sido identificadas diferenças significativas na qualidade de vida global, a mucosite destacou-se como uma das principais alterações orais agudas, caracterizada por dor, ulcerações e risco aumentado de infecções, com potencial para comprometer a adesão terapêutica e o estado nutricional das pessoas com câncer.

Adicionalmente, estudos recentes evidenciam que pessoas em quimioterapia apresentam alterações salivares relevantes, com predomínio de hipossalivação e xerostomia, associadas ao comprometimento das funções estomatognáticas, como mastigação, deglutição e fala. Observa-se maior comprometimento salivar em indivíduos com tumores sólidos quando comparados àqueles com neoplasias hematológicas, evidenciando o impacto direto da quimioterapia sobre a função glandular salivar (Diniz et al., 2024).

A partir da análise das evidências mais recentes, observa-se que os efeitos precoces mais frequentemente descritos incluem xerostomia, mucosite, candidíase e disgeusia, enquanto as complicações tardias englobam principalmente a osteorradionecrose e a cárie de radiação. Diante dessas manifestações, o cirurgião-dentista desempenha papel essencial na prevenção, no diagnóstico precoce e no manejo das alterações orais, devendo adotar condutas individualizadas conforme a gravidade das lesões, com foco na redução da dor, na preservação funcional e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com câncer (Da Costa e De França, 2024).

Em conjunto, os estudos analisados demonstram que alterações orofaríngeas, como mucosite, xerostomia, disfagia, dor orofacial e limitações funcionais, constituem elementos centrais na determinação da qualidade de vida de pessoas com câncer de cabeça e pescoço, reforçando a necessidade de acompanhamento odontológico contínuo e de abordagens multiprofissionais integradas ao longo de todas as fases do tratamento oncológico.

2.3 Tratamento e Abordagens Medicamentosas das Complicações Associadas ao Tratamento Oncológico

Diversas estratégias terapêuticas têm sido investigadas para o manejo da mucosite oral (MO) induzida por terapias antineoplásicas, com especial ênfase em intervenções tópicas voltadas ao controle da dor e à proteção da mucosa oral. Entre as abordagens analgésicas, Leenstra et al. (2014), em ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo, avaliaram a eficácia do cloridrato de doxepina em 155 pessoas submetidos à radioterapia. Os autores demonstraram que o enxágue oral com doxepina promoveu redução significativamente superior da dor oral e orofaríngea em comparação ao placebo, evidenciada por maior área sob a curva de analgesia, configurando um efeito analgésico rápido e clinicamente relevante.

Na mesma perspectiva, Shillingburg et al. (2017), em estudo intervencionista prospectivo de fase II, observaram que o enxaguatório bucal à base de cetamina resultou em redução significativa da intensidade da dor e da dificuldade de deglutição em pessoas com mucosite oral grave induzida por quimioterapia, sem ocorrência de eventos adversos relevantes. Esses achados reforçam o potencial da cetamina como terapia adjuvante segura e eficaz no manejo sintomático da MO. Entretanto, nem todas as intervenções tópicas demonstraram resultados favoráveis. Wong et al. (2017), em ensaio clínico randomizado de fase III com pessoas com câncer de cabeça e pescoço submetidos à quimiorradioterapia, não observaram redução significativa na incidência de mucosite oral grave com o uso do enxaguatório Caphosol, tampouco benefícios em desfechos secundários, sugerindo limitada efetividade clínica dessa intervenção.

No campo de agentes com ação protetora ou moduladora da mucosa oral, Hamstra et al. (2018), em ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo de fase II, demonstraram que a administração oral de D-metionina reduziu significativamente a dor oral grave e promoveu melhora de parâmetros clínicos, como ulceração e eritema. Embora a redução da mucosite grau 3–4 não tenha alcançado significância estatística, os resultados indicam um possível efeito benéfico na severidade global da condição.

Intervenções voltadas ao suporte da mucosa e à hidratação oral também vêm sendo exploradas. Murakami et al. (2019), em ensaio randomizado duplo-cego cruzado, observaram que a ingestão oral de glicosilceramida extraída de abacaxi aumentou a umidade oral e promoveu melhora dos sintomas de xerostomia. De modo semelhante, Mubaraki et al. (2020) demonstraram que o uso de enxágue com fosfato de cálcio supersaturado reduziu a gravidade da mucosite oral em pessoas pediátricas submetidas a transplante de células-tronco hematopoiéticas, embora não tenha havido diferença significativa na incidência da condição.

Resultados adicionais no manejo sintomático da MO foram descritos por Hata et al. (2021), que observaram redução significativa das pontuações de dor após a administração de spray oral de indometacina, reforçando a utilidade de anti-inflamatórios tópicos no alívio da sintomatologia dolorosa. Ainda nesse contexto, Nasrollahi et al. (2021) relataram que o uso tópico de mucosamina promoveu redução significativa da gravidade da mucosite oral durante e após a radioterapia, quando comparado ao tratamento convencional.

Estratégias baseadas na modulação biológica também vêm apresentando resultados promissores. Xia et al. (2021), em ensaio clínico randomizado de fase II, demonstraram que a administração de um coquetel probiótico reduziu significativamente a incidência de mucosite oral grave em pessoas com carcinoma nasofaríngeo submetidos à quimiorradioterapia. Além disso, observaram preservação de linfócitos T e melhora de parâmetros inflamatórios e da microbiota intestinal, sugerindo a participação do eixo intestino–imunidade na fisiopatologia da MO.

No âmbito das terapias físicas, Al-rudayni et al. (2021), em meta-análise com avaliação pelo sistema GRADE, evidenciaram que a fotobiomodulação reduziu significativamente a gravidade da mucosite oral, com nível de certeza moderado. Em análise adicional, os autores demonstraram que a crioterapia oral reduziu o risco de mucosite oral de qualquer grau, especialmente em pessoas com tumores sólidos submetidos à quimioterapia convencional, embora sua eficácia em pessoas submetidas ao transplante de medula óssea ainda careça de maior robustez científica.

Entre abordagens tópicas mais recentes, Roldan et al. (2022), em ensaio clínico randomizado de fase II, observaram redução significativa da dor e melhora da função oral com o uso de enxaguatório bucal à base de azul de metileno, apresentando perfil de segurança aceitável. De forma semelhante, Chin et al. (2023) demonstraram que o gel oral contendo copolímero de acrilato de prata foi eficaz na redução da gravidade da mucosite oral em pessoas com câncer de cabeça e pescoço submetidos à quimiorradioterapia.

Por fim, evidências recentes destacam o mel como uma intervenção promissora no manejo da mucosite oral. Li et al. (2024), em revisão sistemática e meta-análise, demonstraram que o mel reduziu significativamente a incidência de mucosite oral grave, aliviou a dor e diminuiu a perda ponderal em pessoas submetidos à radioterapia. Resultados semelhantes foram observados por Andriakopoulou et al. (2024) em população pediátrica, com redução do tempo de internação hospitalar em casos de mucosite grave. Apesar desses achados positivos, os autores ressaltam a necessidade de ensaios clínicos adicionais com maior padronização metodológica para consolidar as evidências.

2.4 Diretrizes e Recomendações para Cuidados Orais em Pessoas com Câncer

A Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde tem como finalidade orientar e simplificar o manejo odontológico de pacientes oncológicos submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou à quimioterapia, contribuindo para a redução de encaminhamentos aos serviços de média e alta complexidade e subsidiando a tomada de decisão clínica do cirurgião-dentista na APS. As principais recomendações de cuidado odontológico propostas nesse documento encontram-se sintetizadas no Quadro 1, adaptado das diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2025).

Quadro 1. Resumo Diretriz para prática clínica odontológica na atenção primária à saúde – Tratamento em pacientes oncológicos submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou à quimioterapia.

PERÍODO PRÉ-TRATAMENTO ONCOLÓGICO	
Existe um protocolo odontológico a ser executado antes do paciente ser submetido à quimioterapia?	Recomenda-se a aplicação de um protocolo odontológico mínimo para pacientes em quimioterapia, com intervenções limitadas aos casos sintomáticos de infecções agudas, caracterizadas por edema, drenagem purulenta, alterações radiográficas, dor, sensibilidade ou febre.
Existe um protocolo odontológico a ser executado antes do paciente ser submetido à radioterapia de cabeça e pescoço?	Os cuidados odontológicos individualizados devem ser realizados até 21 dias antes do início da radioterapia de cabeça e pescoço. Recomenda-se que o cirurgião-dentista da Atenção Primária à Saúde mantenha comunicação com o médico radioterapeuta para esclarecimento da dose de radiação e, quando necessário, com o médico da família para troca de informações clínicas e interpretação de exames.
Quanto tempo antes de começar o tratamento oncológico devem ser realizados os procedimentos odontológicos em pacientes que serão submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?	**Radioterapia de cabeça e pescoço** Os cuidados odontológicos devem ser realizados até 21 dias antes do início da radioterapia. Procedimentos invasivos seguem recomendações específicas, e o tratamento restaurador, embora não relacionado à osteorradionecrose, deve ser evitado durante a radioterapia. Cirurgias com perda óssea extensa exigem tempo de cicatrização superior a 21 dias. **Quimioterapia** Os cuidados odontológicos mínimos devem ser realizados até 21 dias antes do início da quimioterapia. Em pacientes já em tratamento, é obrigatória a avaliação de hemograma recente (até 7 dias) antes de procedimentos invasivos, exceto nos casos de transplante de células-tronco hematopoiéticas.
Quais as orientações de higiene bucal devem ser dadas para pacientes que serão submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?	Recomenda-se a higiene oral diária com escovação após as refeições e antes de dormir, utilizando dentifrício com ≥1.000 ppm de flúor, escovas macias ou ultramacias e fio dental, com orientação adequada ao paciente e/ou cuidadores. Em casos específicos, podem ser utilizadas escovas interdentais ou gaze embebida em clorexidina 0,12% sem álcool. Pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço com xerostomia devem utilizar dentifrícios com >2.500 ppm de flúor ou, na ausência destes, flúor tópico complementar.

Cont.

PERÍODO TRANS-TRATAMENTO ONCOLÓGICO	
Qual a melhor estratégia para prevenção e tratamento de mucosite na cavidade oral para pacientes que estão sendo submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?	Recomenda-se profilaxia dentária profissional e fotobiomodulação para prevenção da mucosite oral em pacientes submetidos à radioterapia e quimioterapia de cabeça e pescoço, associadas ao uso de benzidamina (4–6 vezes/dia). Em casos de dificuldade de controle do biofilme, indica-se clorexidina 0,12% sem álcool, duas vezes ao dia, com acompanhamento odontológico.
Qual a melhor estratégia para prevenção e tratamento de mucosite na cavidade oral para pacientes que estão sendo submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?	Recomenda-se profilaxia dentária profissional e fotobiomodulação para prevenção da mucosite oral em pacientes submetidos à radioterapia e quimioterapia de cabeça e pescoço, associadas ao uso de benzidamina (4–6 vezes/dia). Em casos de dificuldade de controle do biofilme, indica-se clorexidina 0,12% sem álcool, duas vezes ao dia, com acompanhamento odontológico.
Como devem ser prevenidas e tratadas infecções fúngicas na cavidade oral em pacientes que estão sendo submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?	Recomenda-se acompanhamento semanal durante o tratamento oncológico, sem profilaxia para candidíase oral. Na ocorrência de infecção por *Candida*, indica-se fluconazol 150 mg/dia por 7 dias, com monitoramento da função hepática; alternativamente, pode-se utilizar miconazol gel oral 2%. Persistindo os sintomas por mais de 14 dias, deve-se realizar avaliação diagnóstica ampliada.
Como devem ser tratadas infecções virais na cavidade oral de pacientes que estão sendo submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?	Recomenda-se acompanhamento semanal durante o tratamento oncológico, sem profilaxia para herpes simples. Na presença de sinais clínicos, indica-se aciclovir 200 mg, cinco vezes ao dia por 5–7 dias, ou aciclovir tópico com a mesma frequência, com monitoramento da função renal. Persistindo os sintomas por mais de 14 dias, recomenda-se avaliação diagnóstica ampliada.
Qual a melhor estratégia de prevenção e tratamento para hipossalivação e/ou xerostomia em pacientes que estão sendo submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?	Recomenda-se acompanhamento periódico, não sendo indicado tratamento preventivo para hipossalivação/xerostomia. Na presença de sinais clínicos, indica-se o uso de produtos umectantes em solução ou gel como primeira linha de tratamento, recomendando-se sua incorporação ao SUS. Como alternativa, pode-se utilizar spray de água filtrada.
Quais os tratamentos odontológicos possíveis em pacientes que estão sendo submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?	Recomenda-se que, durante a radioterapia de cabeça e pescoço e/ou a quimioterapia, sejam realizados exclusivamente atendimentos odontológicos de urgência.

Cont.

PERÍODO PÓS-TRATAMENTO ONCOLÓGICO	
Qual deve ser o intervalo de acompanhamento odontológico do paciente após radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?	Recomenda-se acompanhamento odontológico semestral, com redução do intervalo e prioridade de atendimento em casos de intercorrências ou risco de adoecimento.
Quais os tratamentos odontológicos poderiam ser realizados após radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?	Após o término da terapia oncológica, recomenda-se a realização dos tratamentos odontológicos necessários, excetuando-se exodontias eletivas em áreas irradiadas com doses superiores a 40 Gy. Quando a exodontia for inevitável nessas áreas, o procedimento deve ser realizado com acompanhamento odontológico regular, devido ao risco de osteorradionecrose.
Quais os cuidados de higiene bucal que o paciente deve ter em casa após radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?	Recomenda-se escovação após as refeições e antes de dormir com escovas macias ou ultramacias e dentifrício ≥1.000 ppm de flúor, com orientação quanto à técnica e uso do fio dental. Podem ser utilizadas escovas interdentais, gaze em casos de limitação, e dentifrício >2.500 ppm de flúor em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço com redução do fluxo salivar, ou flúor tópico na ausência deste.
Qual a conduta em caso de hipossalivação e/ou xerostomia após radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?	Na presença de hipossalivação/xerostomia, recomenda-se o uso de produtos umectantes em solução ou gel como primeira linha de tratamento, com forte indicação de incorporação ao SUS. Como alternativa, pode-se utilizar spray de água filtrada, sendo fundamental a orientação quanto à adequada hidratação do paciente.

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde (2025)

No que se refere às estratégias preventivas da mucosite oral, a literatura ainda apresenta limitações importantes quanto à robustez das evidências disponíveis, o que dificulta o estabelecimento de diretrizes formais baseadas em alto nível de evidência. Nesse contexto, Carneiro-Neto et al. (2017), em revisão sistemática conduzida segundo os critérios PICO e PRISMA, analisaram intervenções voltadas ao manejo das complicações orais em pessoas com câncer. Dos 2.700 estudos inicialmente identificados, apenas seis atenderam aos critérios de elegibilidade, o que por si só evidencia a escassez de estudos metodologicamente consistentes na área. Os autores destacaram como intervenções seguras e potencialmente eficazes no manejo da mucosite oral e da dor o uso de hidrogel mucoadesivo (MuGard®), enxaguatórios antissépticos à base de clorexidina e cloreto de cetilpiridínio (PerioAid Tratamiento®), gel bucoso bioadesivo contendo benzidamina (Episil® Plus), enxaguatório com triclosan 0,03% (Colgate Plax®) e a terapia a laser de baixa potência, desde que aplicados conforme parâmetros clínicos adequados.

Entretanto, quando analisadas especificamente sob a perspectiva preventiva, as evidências permanecem inconclusivas. Hong et al. (2019) apontam que os dados disponíveis são insuficientes para recomendar formalmente o uso isolado da educação do paciente, de enxaguantes bucais neutros, como solução salina ou bicarbonato de sódio, e da clorexidina na

prevenção da mucosite oral, caracterizando um nível de evidência III. Os autores ressaltam que a limitação e a heterogeneidade dos estudos, aliadas à inconsistência dos desfechos avaliados, comprometem a força das recomendações clínicas. Além disso, no caso específico da clorexidina, os resultados mostram-se conflitantes, não demonstrando benefício consistente na prevenção da mucosite oral, especialmente em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço, nos quais também foram relatados efeitos adversos.

Apesar dessas limitações, a opinião de especialistas reconhece que a educação em higiene bucal pode exercer papel relevante no favorecimento do autocuidado e da adesão aos protocolos terapêuticos recomendados. De forma complementar, o uso de enxaguantes neutros, por apresentarem caráter inerte e suave, pode contribuir para a manutenção da higiene oral e do conforto do paciente, ainda que seu impacto preventivo direto sobre a mucosite oral não esteja claramente estabelecido (Hong et al., 2019).

No âmbito de estratégias adjuvantes associadas a protocolos de higiene oral, Mubaraki et al. (2020), em estudo prospectivo intervencionista com pacientes pediátricos submetidos à quimioterapia para transplante de células-tronco hematopoiéticas, avaliaram a eficácia do enxágue com fosfato de cálcio supersaturado associado ao uso de escova dental extramacia. Embora não tenham sido observadas diferenças significativas na incidência de mucosite oral entre os grupos, os autores identificaram menor gravidade da condição nos pacientes que utilizaram o enxágue com fosfato de cálcio supersaturado, sugerindo um possível efeito benéfico adjuvante na modulação da severidade da mucosite.

Mais recentemente, Lanzetti et al. (2023) revisaram a literatura acerca de programas estruturados de prevenção em saúde bucal voltados a pacientes com câncer de cabeça e pescoço, com ênfase nos cuidados durante a cirurgia ressectiva e a radioterapia. A análise de 26 estudos, predominantemente ensaios clínicos randomizados, evidenciou que programas sistematizados de manutenção da saúde bucal, associados ao acompanhamento profissional periódico, são fundamentais para o controle de complicações como mucosite induzida por radiação, xerostomia, infecções orais e cárie relacionada à radioterapia. Os autores destacam, ainda, a importância da motivação do paciente, da educação contínua em higiene oral e da realização de higiene bucal profissional a cada três meses para a preservação da saúde oral a longo prazo.

Quadro 2. Síntese dos estudos de revisão de literatura sobre complicações bucais e manejo odontológico em pacientes oncológicos na Atenção Primária à Saúde.

Autor (Ano)	Objetivo	Tipo de Estudo	Principais Resultados
Adam e Watson (2018)	Discutir o papel da Atenção Primária à Saúde no cuidado às necessidades de pessoas com câncer e sobreviventes.	Revisão de Literatura	Os resultados indicam aumento do contato dos pacientes com a APS após o diagnóstico de câncer, embora seu papel no cuidado pós-tratamento ainda seja pouco definido e variável. Pacientes e profissionais demonstram maior envolvimento da APS, valorizando a continuidade e a coordenação do cuidado. Evidências mostram que o cuidado compartilhado com a oncologia é eficaz, mais custo-efetivo, e que enfermeiros da APS têm papel relevante no seguimento pós-tratamento.
Nekhlyudov; O'malley e Hudson (2017)	Revisar os modelos de cuidado ao sobrevivente de câncer descritos na literatura, com foco em estratégias para integrar os médicos da Atenção Primária à Saúde no cuidado desses pacientes em diferentes contextos.	Revisão de Literatura	Os modelos existentes concentram-se majoritariamente na Atenção Primária como receptora de informações da oncologia, e não como parte ativa do cuidado. O estudo destaca a necessidade de maior integração e especialização dos médicos da APS no cuidado ao sobrevivente de câncer, apresentando recomendações em educação, prática clínica, pesquisa e políticas públicas para fortalecer essa integração.
Carneiro-Neto et al. (2017)	Revisar sistematicamente a literatura para identificar e sugerir protocolos eficazes e seguros para o manejo de complicações orais em pacientes oncológicos.	Revisão de Literatura	Os protocolos sugestivos para manejos de mucosite oral e dor com MuGard - hidrogel mucoadesivo; PerioAid Tratamiento® enxaguatório bucal antisséptico com clorexidina e cloreto de cetilpiridínio; Episil® plus benzidamina - gel bucoso bioadesivo; 0,03% de enxaguatório bucal Triclosan Colgate Plax; e Terapia a Laser de Diodo de baixo nível são seguros para pacientes oncológicos aplicados de acordo com parâmetros clínicos adotados.

Al-Rudayni et al. (2021)	Avaliar a eficácia da Fotobiomodulação no tratamento da mucosite oral induzida por quimioterapia através de uma meta-análise e análise sequencial de ensaios, com avaliação de qualidade dos resultados pela metodologia GRADE.	Revisão de Literatura	Uma análise sequencial confirmou a evidência conclusiva de que a fotobiomodulação é eficaz no tratamento da mucosite oral, com um nível moderado de certeza conforme o GRADE. Recomenda-se mais pesquisas para padronizar os parâmetros do laser para o efeito ideal.
Al-Rudayni et al. (2021)	Avaliar a eficácia da crioterapia oral na prevenção da mucosite oral induzida por quimioterapia por meio de metanálise e análise sequencial de ensaios, bem como avaliar a qualidade dos resultados pela metodologia GRADE.	Revisão de Literatura	A crioterapia oral é eficaz na prevenção da mucosite oral em pacientes submetidos à quimioterapia para tratamento de neoplasias sólidas. O uso da crioterapia oral na prevenção da mucosite oral em contextos de transplante de medula óssea mostrou eficácia promissora, mas a evidência não é conclusiva e requer mais ensaios clínicos randomizados de alta qualidade.
Elsaadany et al. (2024)	Comparar os efeitos preventivos e terapêuticos do gargarejo com rebamipida e benzidamina em pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos a radioterapia, com ou sem quimioterapia	Revisão de Literatura	O enxaguatório bucal com rebamipida foi tão benéfico quanto o enxaguatório bucal com benzidamina na minimização da incidência de mucosite oral grave induzida pelo tratamento do câncer de cabeça e pescoço. No entanto, o gargarejo com rebamipida provou ser superior à benzidamina em termos de redução da gravidade da mucosite oral induzida por radiação.
Li et al. (2024)	Avaliar a eficácia do mel no tratamento da mucosite oral grave induzida por radioterapia em câncer de cabeça e pescoço, com foco na incidência de mucosite grave como desfecho principal, e perda de peso, controle da dor e tipos de mel como desfechos secundários.	Revisão de Literatura	O mel reduziu significativamente a ocorrência de mucosite de grau 3-4, aliviou a dor e reduziu a perda de peso. Não houve diferenças significativas na eficácia dos diferentes tipos de mel usados.

Andriakopoulou et al. (2024)	Estudo revisou a eficácia das intervenções e agentes no tratamento da mucosite oral (OM) em crianças submetidas a quimioterapia, radioterapia ou transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH).	Revisão de Literatura	Várias intervenções e agentes foram examinados no presente estudo para o manejo da OM. O mel pode ser um candidato promissor para o tratamento da OM em pacientes pediátricos. Mais ECRs de alta qualidade são necessários para aprimorar nossos achados**.**
Yuwanati et al. (2021)	Foi avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida em pacientes com câncer bucal (OCPs).	Revisão de Literatura	Um total de 12 artigos de pesquisa foram analisados e revelaram baixa QVRSB em OCPs em comparação com indivíduos saudáveis devido aos efeitos da oncoterapia. Além disso, a QVRSB deteriorou-se com combinações de diferentes modalidades de tratamento.

Quadro 3. Síntese dos estudos clínicos e qualitativos sobre complicações bucais e manejo odontológico em pacientes oncológicos na Atenção Primária à Saúde.

Autor (Ano)	Objetivo	Tipo de Estudo	Principais Resultados
Flores et al. (2021)	Discutir a formação dos profissionais da Atenção Básica para o cuidado de pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas e os desafios para estruturar uma linha de cuidado integral.	Estudo qualitativo, descritivo-exploratório	Observou-se que os profissionais da rede de Atenção Básica não se sentem qualificados para atender os pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas, devido à formação profissional e a qualificação para o trabalho não atenderem essa demanda.
Garpenhag et al. (2023)	Explorar as experiências de sobreviventes de câncer com a Atenção Primária após o diagnóstico, com foco na integração com a atenção especializada e em propostas de melhoria dos serviços para atender às suas necessidades.	Estudo qualitativo	Os participantes relataram que a APS teve papel pouco significativo após o diagnóstico, apesar de necessidades de saúde aumentadas e não atendidas. As principais barreiras identificadas foram falhas na coordenação e comunicação com a oncologia, baixa disponibilidade, falta de continuidade, pouca competência em câncer e baixo comprometimento com demandas oncológicas. Como melhorias, foram sugeridos maior integração entre oncologia e APS, acesso facilitado e abordagem mais integral do cuidado.
Shillingburg et al. (2017)	Avaliar a redução na intensidade da dor da estomatodínia e da odinofagia em comparação com a avaliação inicial.	Estudo retrospectivo (série de casos)	Os enxaguatórios bucais com cetamina resultaram em redução clinicamente significativa e estatisticamente significativa nos escores de dor, têm um perfil de segurança aceitável e podem ser um tratamento adjuvante útil no tratamento multimodal da mucosite grave.

Hamstra et al. (2018)	Testar se a D-metionina oral (D-met) reduziu a mucosite durante a quimiorradioterapia.	Ensaio clínico fase II, randomizado, duplo-cego, placebo-controlado, multicêntrico.	Os resultados de múltiplas avaliações sugerem que D-met diminuiu a mucosite**.**
Xia et al. (2021)	Avaliar a eficácia de um coquetel probiótico na redução da mucosite oral (OM) induzida por quimiorradioterapia (CCRT) em pacientes com câncer nasofaríngeo (NPC).	Ensaio clínico randomizado fase II.	Os pacientes que tomaram o coquetel probiótico apresentaram menor gravidade de OM, com menor incidência de OM grau 3 ou superior em comparação ao grupo placebo. Além disso, o coquetel probiótico reduziu a redução de células T CD3+, CD4+ e CD8+ e melhorou parâmetros inflamatórios e estruturais da microbiota intestinal em um modelo animal.
Roldan et al. (2022)	Avaliar a eficácia e segurança do enxaguatório bucal com azul de metileno (MB) para tratar a mucosite oral (OM) em pacientes com câncer.	Ensaio clínico randomizado fase II.	O enxágue oral MB mostrou redução significativa da dor e melhora da função oral com efeitos adversos mínimos.
Ihara et al. (2022)	Avaliar alterações na QV de pacientes com CCP em estágio inicial e identificar fatores que afetam a QV desses pacientes	Estudo de coorte prospectivo.	No total, 29,7% (11/37) dos pacientes com CCP em estágio inicial não retornaram ao escore BL QOL em 12 M. Houve não houve diferença significativa entre os grupos ER e NR quanto à função oral e de deglutição. Além disso, oralmente e função de deglutição de todos os pacientes retornaram ao LB aos 12 M. O grupo NR apresentou escores de QV mais baixos que o grupo RE no estado de saúde global e parâmetros “saliva pegajosa” nos questionários.

Pezdirec et al. (2019)	Avaliar a prevalência de disfagia em um grupo de pacientes tratados para CCP na Eslovênia e identificar fatores que contribuem para o desenvolvimento de disfagia.	Estudo observacional transversal.	Problemas de deglutição foram identificados em 41,3% dos pacientes. A disfagia afetou a vida social (em 75,6%), principalmente a alimentação em público (em 80%). A disfagia foi encontrada mais frequentemente nos pacientes com problemas de cavidade oral e/ou ou câncer de orofaringe (em 57,6%) e naqueles tratados há menos de 2 anos (p = 0,014). Na análise univariada, foi observada uma relação significativa entre a prevalência de disfagia e algumas das consequências do tratamento antineoplásico, radioterapia (p= 0,003) e sintomas de refluxo gastroesofágico (p = 0,027). Após modelagem de regressão múltipla, apenas a tosse persistente permaneceu.
Goiato et al. (2020)	Avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de boca ou orofaringe por meio de questionários específicos (QLQ- C30 e QLQ HandN35), variando de acordo com a localização do tumor (cavidade oral ou orofaringe) e o tratamento realizado (somente cirurgia ou cirurgia associada à radioterapia)	Estudo observacional prospectivo (avaliação longitudinal de curto prazo).	Houve diferenças significativas em alguns aspectos da qualidade de vida entre os grupos de acordo com a localização do tumor e o tipo de tratamento no período basal e 1 semana após o tratamento. A qualidade de vida foi mais afetada no período de 1 semana após o tratamento, mostrando maior morbidade nesse momento. Com o passar do tempo (até 3 meses), a qualidade de vida tende a melhorar, mas o impacto inicial do tratamento (cirurgia isolada ou associada à radioterapia) foi significativo.

3. REFERÊNCIA REVISÃO DE LITERATURA

ADAM, Rosalind; WATSON, Eila. **The role of primary care in supporting patients living with and beyond cancer.** Current Opinion in Supportive and Palliative Ca**re**, v. 12, n. 3, p. 261-267, 2018.

AL-RUDAYNI, Ali Hatem Manfi et al. **Efficacy of oral cryotherapy in the prevention of oral mucositis associated with cancer chemotherapy: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis.** Current Oncology, v. 28, n. 4, p. 2852-2867, 2021.

AL-RUDAYNI, Ali Hatem Manfi et al. **Efficacy of photobiomodulation in the treatment of cancer chemotherapy-induced oral mucositis: A meta-analysis with trial sequential analysis.** International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 18, n. 14, p. 7418, 2021.

ANDRIAKOPOULOU, Chrysi Stefania et al. **Prevention and Treatment of Oral Mucositis in Pediatric Patients: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials**. in vivo, v. 38, n. 3, p. 1016-1029, 2024.

BARKER, G.; EPSTEIN, J.; WILLIAMS, K.; GORSKY, M.; RABER-DURLACHER, J. **Current practice and knowledge of oral care for cancer patients: a survey of supportive health care providers.** Supportive Care in Cancer, v. 13, p. 32-41, 2004.

BAUS-DOMÍNGUEZ, María et al. **Clinical practice guideline of the Spanish society of oral surgery for dental care in patients with oral cancer.** Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal, v. 29, n. 1, p. e67, 2023.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ***Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil.*** Rio de Janeiro: INCA, 2026. Disponível em: < https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2026/inca-estima-781-mil-novos-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-entre-2026-e-2028>. Acesso em: 12 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento em**

pacientes oncológicos submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou à quimioterapia. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_pratica_odontologica_aps_oncologicos.pdf . Acesso em: 29 dez. 2025.

BRAY, F.; LAVERSANNE, M.; WEIDERPASS, E.; SOERJOMATARAM, I. **The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide.** Cancer, v. 127, 2021.

CARNEIRO-NETO, Jose-Nunes et al. **Protocols for management of oral complications of chemotherapy and/or radiotherapy for oral cancer: Systematic review and meta-analysis current.** Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal, v. 22, n. 1, p. e15, 2017.

CHIN, Hsiao-Lei et al. **Efficacy of polyacrylate silver salt/polyvinylpyrrolidone-based liquid oral gel in management of concurrence chemoradiotherapy-induced oral mucositis.** Journal of the Formosan Medical Association, v. 122, n. 8, p. 723-730, 2023.

DA COSTA, Paula Thamy Andrade; DE FRANÇA, Mayra Maria Coury. **Principais complicações orais dos tratamentos de cancer de cabeça e pescoço**. Scientia Generalis, v. 5, n. 2, p. 474-482, 2024

DANG, R. et al. **Dental Practice Patterns for Oral Care in Medical Oncology Patients—a Survey-Based Assessment of Massachusetts Dentists.** Journal of Cancer Education, p. 1-6, 2020.

DE LIMA MEDEIROS, Yuri et al. **Knowledge about oral cancer among dental students and Primary Health Care dentists: A Brazilian study.** Journal of Dental Education, v. 86, n. 11, p. 1488-1497, 2022.

De Melo NB, de Sousa VM, de Melo DP, Bento PM. **Oral health related quality of life and determinant factors in patients with head and neck cancer.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2019;24(3).

De Vasconcellos Ferreira PM, Gomes MDCMF, Almeida ACSM, Cornélio JS, Arruda TJ, Mafra A, et al. **Evaluation of oral mucositis, candidiasis, and quality of life in patients with head**

and neck cancer treated with a hypofractionated or conventional radiotherapy protocol: a longitudinal, prospective, observational study. Head Face Med. 2023;19(1):7.

DI FEDE, O. et al. **Prevention and the treatment of oral mucositis: The efficacy of sodium bicarbonate vs other agents: A systematic review.** BMC Oral Health, v. 23, p. 4, 2023.

DINIZ, Cassius Kleberson Simões; OLIVEIRA, Marcos Diego Lima de; VIANA FILHO, José Maria Chagas. **Assessment of Hyposalivation and Xerostomia in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy Treatment.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 70, p. e-184639, 2024.

ELAD, S. et al. **MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy.** Cancer, v. 126, n. 19, p. 4423-4431, 2020.

EPSTEIN, J.; GÜNERI, P.; BARASCH, A**. Appropriate and necessary oral care for people with cancer: guidance to obtain the right oral and dental care at the right time.** Supportive Care in Cancer, v. 22, p. 1981-1988, 2014

FLORES, Thamires Graciela et al. **Formação profissional: cuidado ao paciente oncológico sem possibilidade terapêutica na Atenção Básica.** Rev. APS, p. 574-586, 2021.

GARPENHAG, Lars et al. **The role of primary care in the cancer care continuum: a qualitative study of cancer survivors' experiences.** Scandinavian Journal of Primary Health Care, v. 41, n. 1, p. 13-22, 2023.

Goiato MC, Amoroso AP, Silva B, Dos Santos EG, De Caxias FP, Bitencourt SB, et al. **The impact of surgery and radiotherapy on health-related quality of life of individuals with oral and oropharyngeal carcinoma and short-term follow up after treatment.** Asian Pac J Cancer Prev. 2020;21(5):1227.

GREENWOOD, M.; LOWRY, R. **Oral cancer: Primary care clinicians' knowledge of oral cancer: a study of dentists and doctors in the North East of England.** British Dental Journal, v. 191, p. 510-512, 2001.

HAMSTRA, Daniel A. et al. **Double-blind placebo-controlled multicenter phase II trial to evaluate D-methionine in preventing/reducing oral mucositis induced by radiation and**

chemotherapy for head and neck cancer. Head & Neck, v. 40, n. 7, p. 1375-1388, 2018.

HATA, Hironobu et al. **Analgesic effects of indomethacin spray on drug-induced oral mucositis pain in patients with cancer: A single-arm cross-sectional study.** Special Care in Dentistry, v. 41, n. 4, p. 498-504, 2021.

HONG, Catherine HL et al. **Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines.** Supportive care in cancer, v. 27, n. 10, p. 3949-3967, 2019.

Ihara Y, Kato H, Tashimo Y, Iizumi Y, Fukunishi Y, Sato H, et al. **Changes in oral function, swallowing function, and quality of life in patients with head and neck cancer: a prospective cohort study.** BMC Oral Health. 2022;22(1):293.

LANZETTI, Jacopo et al. **Management of oral Hygiene in Head-Neck Cancer patients undergoing oncological surgery and Radiotherapy: a systematic review.** Dentistry Journal, v. 11, n. 3, p. 83, 2023.

LEENSTRA, James L. et al. **Doxepin rinse versus placebo in the treatment of acute oral mucositis pain in patients receiving head and neck radiotherapy with or without chemotherapy: a phase III, randomized, double-blind trial (NCCTG-N09C6 [Alliance]).** Journal of Clinical Oncology, v. 32, n. 15, p. 1571-1577, 2014.

LEONEL, A. et al. **Knowledge and attitudes of primary health care dentists regarding oral cancer in Brazil.** Acta Stomatologica Croatica, v. 53, p. 55-63, 2019.

LI, Chen-Pi et al. **Honey in Alleviating Severe Oral Mucositis Among Head and Neck Cancer Patients Undergoing Radiation Therapy.** in vivo, v. 38, n. 3, p. 1397-1404, 2024.

MUBARAKI, Sarah et al. **The efficacy of two different oral hygiene regimens on the incidence and severity of oral mucositis in pediatric patients receiving hematopoietic stem cell transplantation: A prospective interventional study.** Special Care in Dentistry, v. 40, n. 6, p. 566-573, 2020.

MURAKAMI, Mamoru et al. **Impact of oral intake of glucosylceramide extracted from pineapple on xerostomia: A double-blind randomized cross-over trial.** Nutrients, v. 11, n. 9,

p. 2020, 2019.

NASROLLAHI, Hamid et al**. Evaluation of mucosamin effect on treating radiation induced oral mucositis during and after radiotherapy amongst patients with oral cavity squamous cell carcinoma.** Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP, v. 22, n. 11, p. 3711, 2021.

NEKHLYUDOV, Larissa; O'MALLEY, Denalee M.; HUDSON, Shawna V. **Integrating primary care providers in the care of cancer survivors: gaps in evidence and future opportunities.** The Lancet Oncology, v. 18, n. 1, p. e30-e38, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**. A carga global do câncer está aumentando, em meio à crescente necessidade de serviços.** OMS, 2024**.** Disponível em: < https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services >. Acesso em: 17, dezembro e 2025.

Pezdirec M, Strojan P, Boltezar IH. **Swallowing disorders after treatment for head and neck cancer.** Radiol Oncol. 2019;53(2):225-30.

ROLDAN, Carlos J. et al. **Methylene blue for intractable pain from oral mucositis related to cancer treatment: a randomized phase 2 clinical trial.** BMC medicine, v. 20, n. 1, p. 377, 2022.

SANTOS, M. de O. et al. **Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025.** Revista Brasileira de Cancerologia, [S.l.], v. 69, n. 1, e-213700, 6 fev. 2023. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700. Acesso em: 26 set. 2024.

SARTORETO, Taidje Karoline Silvestrini; SIMONATO, Luciana Estevam. **Complicações bucais do tratamento radioterápico do câncer de cabeça e pescoço**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 8, n. 5, p. 1963-1977, 2022.

Scott SI, Madsen KØ, Rubek N, Charabi BW, Wessel I, Fredslund Hadju S, et al. **Long-term quality of life & functional outcomes after treatment of oropharyngeal cancer.** Cancer Med. 2021;10(2):483-95.

SCOTT, Suzanne E. et al. **Talking about cancer: Patient responses to raising awareness of oral cancer in primary dental care.** Community Dentistry and Oral Epidemiology, v. 51, n. 5,

p. 887-895, 2023.

SERRA, R.; OLIVEIRA, C.; ROQUE, S.; HERRERA, F.; ARCO, H. **Oral hygiene care and the management of oral symptoms of the cancer patients in palliative care: a systematic review protocol.** JBI Evidence Synthesis, 2023.

SHILLINGBURG, Alexandra et al. **Treatment of severe mucositis pain with oral ketamine mouthwash.** Supportive Care in Cancer, v. 25, p. 2215-2219, 2017.

SILVA SOBRINHO, A. R. da et al. **Avaliação do conhecimento de cirurgiões-dentistas da atenção básica sobre estomatologia.** Arquivos em Odontologia, v. 57, p. 57–68, 2022.

SILVA, C. et al. **Oral management of patients with cancer**. Revista Facultad de Odontología, v. 31, n. 1-2, p. 178-197, 2019.

WONG, Kee H. et al. **A randomised controlled trial of Caphosol mouthwash in management of radiation-induced mucositis in head and neck cancer.** Radiotherapy and Oncology, v. 122, n. 2, p. 207-211, 2017.

XIA, Chaofei et al. **A phase II randomized clinical trial and mechanistic studies using improved probiotics to prevent oral mucositis induced by concurrent radiotherapy and chemotherapy in nasopharyngeal carcinoma.** Frontiers in immunolo**gy**, v. 12, p. 618150, 2021.

Yuwanati M, Gondivkar S, Sarode SC, Gadbail A, Desai A, Mhaske S, et al. **Oral health-related quality of life in oral cancer patients: systematic review and meta-analysis.** Future Oncol. 2021;17(8):979-90.

4. DESENVOLVIMENTO

Este trabalho de dissertação está baseado no Manual de Dissertações do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí (PPGO-UFPI), que regulamenta o formato alternativo para dissertações de Mestrado e permite a inserção de artigos científicos de autoria ou coautoria do candidato. Por se tratar de pesquisas envolvendo seres humanos, ou partes deles, o projeto de pesquisa deste trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI), tendo sido aprovado (Anexo I). Assim, esta dissertação é composta de um capítulo, contendo: um artigo científico em processo de redação para submissão no periódico "*Revista de Saúde Pública (online)*" (Anexo II), conforme descrito a seguir.

ARTIGO DE PESQUISA

PÁGINA DE TÍTULO

Título: **Conhecimento objetivo e autopercepção de cirurgiões-dentistas sobre o cuidado em saúde bucal às pessoas com câncer**

Título resumido: **Odontologia a pessoa com câncer**

Autores:

1 – Ângelo Gaia Sousa – Aluno do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí – Teresina (PI) – angelogaia.sy@gmail.com

2 - Thais Torres Barros Dutra – Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí – Teresina (PI) – thaistorres@ufpi.edu.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento objetivo e a autopercepção de cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS) acerca dos cuidados orais em pessoas com câncer. **Materiais e Métodos:** **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, transversal e quantitativo, conduzido segundo as diretrizes do STROBE (CEP 7.545.365). A coleta de dados ocorreu entre junho e agosto de 2025, por meio de questionário estruturado com 25 itens, aplicado a cirurgiões-dentistas da APS de uma capital do Nordeste brasileiro. As análises foram realizadas no Jamovi 2.4.14, com estatística descritiva e inferencial (teste t, ANOVA, correlações e regressão de Poisson), adotando nível de significância de 5%. A consistência interna foi avaliada pelo alfa de Cronbach. **Resultados:** Participaram 169 cirurgiões-dentistas. O escore médio de autopercepção do conhecimento foi de 23,4±3,5, enquanto a média de acertos foi de 9,7±3,3, evidenciando discrepância entre percepção e desempenho objetivo. Observou-se correlação positiva fraca, porém significativa, entre as variáveis ($r=0,285$; $p<0,001$). Na análise multivariada, maior desempenho objetivo associou-se ao sexo feminino (RT=1,18; IC95%: 1,05–1,33), à formação em instituição pública (RT=1,30; IC95%: 1,09–1,55) e ao menor tempo de atuação na APS. Maior autopercepção associou-se apenas à titulação stricto sensu (RT=1,09; IC95%: 1,01–1,19). **Conclusão:** Há discrepância entre elevada autopercepção e baixo desempenho objetivo dos cirurgiões-dentistas da APS no cuidado em saúde bucal de pessoas com câncer, evidenciando fragilidades formativas. **Relevância Clínica:** Os achados subsidiam ações de capacitação profissional e a implementação de protocolos baseados em evidências, contribuindo para a qualificação do cuidado e redução de complicações bucais na APS.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais; Cuidados Odontológicos; Xerostomia; Higiene Bucal; Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

O câncer constitui um problema de saúde pública de elevada complexidade, cuja análise ultrapassa a dimensão biomédica e envolve determinantes sociais, desigualdades estruturais e a organização dos sistemas de cuidado[1,2]. No Brasil, para o triênio 2026–2028, estimam-se aproximadamente 781 mil novos casos anuais, com distribuição regional desigual, concentrando-se 22,8% dos casos no Nordeste e 1,3% no estado do Piauí[3]. Apesar dos avanços terapêuticos, persistem iniquidades no acesso, fragmentação assistencial e desafios na coordenação do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)[4].

A elevada incidência de câncer, associada às desigualdades regionais e à heterogeneidade na oferta de serviços de saúde, impõe desafios estruturais à organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). As estratégias terapêuticas oncológicas, especialmente a quimioterapia e a radioterapia, embora essenciais para a redução da mortalidade, estão associadas a efeitos adversos que extrapolam o ambiente hospitalar e repercutem em toda a RAS. Entre esses efeitos, destacam-se as complicações bucais, como mucosite oral, xerostomia e osteonecrose dos maxilares, que comprometem a funcionalidade, a alimentação, a comunicação e a qualidade de vida, podendo interferir na adesão e na continuidade do tratamento oncológico [5,6].

As complicações decorrentes do tratamento oncológico evidenciam limites estruturais e organizacionais na forma como o cuidado é produzido e articulado no sistema de saúde, especialmente no que se refere à capacidade das redes de atenção em responder a demandas complexas, contínuas e multidimensionais. Embora o princípio da integralidade atribua à Atenção Primária à Saúde (APS) papel central na coordenação, na longitudinalidade e na articulação do cuidado [7, 8,9], sua efetivação permanece tensionada por fragilidades estruturais, lacunas formativas, barreiras organizacionais e dificuldades de integração entre os diferentes níveis de atenção. Essas limitações comprometem a capacidade da APS de assumir, de forma efetiva, o cuidado longitudinal de pessoas com câncer, restringindo sua atuação à lógica de encaminhamento e fragmentação assistencial, em detrimento de um modelo coordenado, contínuo e centrado nas necessidades do usuário [4,10].

No campo da saúde bucal, a inserção do cirurgião-dentista na APS ampliou, ao menos no plano normativo e institucional, o escopo das ações para além do cuidado clínico individual e da lógica estritamente curativista. Entretanto, o processo de trabalho permanece estruturado

em práticas procedimentais e assistencialistas, o que dificulta a incorporação de demandas relacionadas a condições crônicas complexas, como o câncer, no cotidiano das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da APS[11]. Essa configuração organizacional restringe o reconhecimento das complicações bucais decorrentes das terapias antineoplásicas como responsabilidade sanitária da APS, contribuindo para a fragmentação do cuidado e para a reprodução de uma lógica de encaminhamento desvinculada da coordenação assistencial. Além disso, evidencia fragilidades nos processos formativos, na organização do trabalho em equipe e na articulação com a atenção especializada, comprometendo a construção de linhas de cuidado integradas e a efetivação do princípio da integralidade no âmbito da saúde bucal.

Embora diretrizes nacionais e internacionais recomendem de forma consistente a realização de avaliação odontológica prévia ao início do tratamento oncológico, bem como o acompanhamento sistemático e longitudinal das pessoas ao longo das diferentes fases terapêuticas [5,12,13], a efetivação dessas recomendações depende de transformações estruturais na organização do processo de trabalho e do fortalecimento da coordenação do cuidado no interior das redes de atenção à saúde. Isso envolve não apenas a definição de fluxos assistenciais pactuados entre os diferentes níveis de atenção, mas também a integração entre equipes multiprofissionais, a institucionalização de protocolos clínico-assistenciais, a qualificação permanente dos profissionais e a construção de mecanismos de comunicação que assegurem continuidade, integralidade e resolutividade do cuidado da pessoa em tratamento oncológico.

A produção científica nacional e internacional concentra-se majoritariamente em contextos hospitalares, em abordagens clínicas especializadas ou no diagnóstico precoce do câncer bucal, com limitada atenção ao papel da APS no acompanhamento de pessoas submetidos a terapias antineoplásicas [14,15,16,17,18]. Configura-se, assim, uma lacuna científica em diferentes níveis: temático, ao negligenciar os cuidados bucais relacionados ao tratamento oncológico na APS; populacional, ao desconsiderar os cirurgiões-dentistas desse nível de atenção como foco investigativo; metodológico, pela escassez de estudos que avaliem sistematicamente o nível de conhecimento e a autopercepção profissional; e epistemológico, ao manter a odontologia relativamente dissociada das discussões sobre integralidade e coordenação do cuidado no SUS.

Nesse contexto, o presente estudo contribui de forma original ao avaliar, por meio de instrumento estruturado, o nível de conhecimento e a autopercepção de cirurgiões-dentistas da APS acerca do cuidado em saúde bucal das pessoas com câncer. Ao explicitar fragilidades

cognitivas e percepções profissionais sobre sua capacidade de atuação, a pesquisa oferece subsídios para o planejamento de ações de educação permanente, qualificação da prática clínica e fortalecimento da integração da saúde bucal às redes de atenção oncológica, ampliando o diálogo entre a Odontologia em Saúde Pública e a Saúde Coletiva.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, transversal e quantitativo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE: 86676625.1.0000.5214), conduzido conforme as recomendações do STROBE. A pesquisa foi realizada no município de Teresina, Piauí, Brasil, organizado administrativamente em quatro regionais de saúde (Centro/Norte, Sudeste, Leste e Sul), sob gestão da Fundação Municipal de Saúde (FMS).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponíveis no TABNET em agosto de 2024, o município contava com 242 Equipes de Saúde Bucal (ESB), que constituíram a população elegível do estudo. Foram incluídos cirurgiões-dentistas em exercício na APS durante o período de coleta e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos profissionais afastados por licença ou férias e aqueles que não preencheram integralmente o instrumento. O tamanho amostral foi calculado para população finita (n=242), adotando-se margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% (Z=1,96) e proporção esperada de 50% (p=0,5). O tamanho mínimo estimado foi de 149 participantes, acrescido de 10% para possíveis perdas, resultando em amostra mínima de 166 cirurgiões-dentistas.

A coleta de dados ocorreu entre junho e agosto de 2025, por meio de questionário estruturado e autorrespondido, aplicado presencialmente nas Unidades Básicas de Saúde. Antes da coleta definitiva, realizou-se teste piloto com 10 cirurgiões-dentistas não incluídos na amostra final para avaliação da clareza e consistência do instrumento.

O questionário (Apêndice I) foi elaborado com base em diretrizes clínicas (Anexo III) e na literatura científica vigente sobre cuidados orais em pacientes submetidos ao tratamento oncológico, incluindo recomendações internacionais para prevenção e manejo de complicações bucais. O instrumento foi composto por 25 questões, organizadas em dois blocos: (I) caracterização sociodemográfica e profissional; (II) autopercepção do conhecimento sobre cuidados orais em pacientes oncológicos.

O bloco de autopercepção do conhecimento foi composto por questões avaliadas em escala numérica, resultando em um escore contínuo, no qual valores mais elevados indicaram maior autopercepção de conhecimento. O conhecimento objetivo foi mensurado por meio de questões de múltipla escolha, considerando-se o número de respostas corretas, com pontuação unitária para cada acerto. Esses dois desfechos — escore de autopercepção e número de respostas corretas — foram analisados separadamente, conforme apresentado nas tabelas descritivas e analíticas do estudo.

Foram definidos dois desfechos: Desfecho primário: número de respostas corretas (conhecimento objetivo), variável quantitativa discreta; Desfecho secundário: escore de autopercepção do conhecimento, variável quantitativa contínua. Os desfechos foram analisados separadamente.

Os dados foram digitados em planilha eletrônica, submetidos à verificação de consistência e analisados no software Jamovi versão 2.4.14. Realizou-se análise descritiva das variáveis sociodemográficas e profissionais, bem como dos desfechos. Para variáveis quantitativas, foram calculadas média e desvio-padrão; para variáveis categóricas, frequências absolutas e relativas. A consistência interna do instrumento foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach e a normalidade das variáveis quantitativas foi verificada pelo teste de Shapiro–Wilk. A associação entre autopercepção e conhecimento objetivo foi avaliada por correlação de Pearson ou Spearman, conforme distribuição dos dados.

Para análise dos fatores associados aos desfechos, foram realizadas: Análises bivariadas entre cada variável independente e os desfechos; Análise multivariada por regressão de Poisson com variância robusta, apropriada para desfechos quantitativos de contagem e para estimativa de Razões de Taxa (RT) e respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%). As variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram incluídas no modelo ajustado. Permaneceram no modelo final aquelas com $p < 0,05$. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todas as análises. Por se tratar de estudo transversal, as associações observadas foram interpretadas como relações estatísticas, sem inferência causal.

RESULTADOS

Participaram 169 cirurgiões-dentistas da APS, com média de idade foi 44,6±12,7 anos e o tempo médio de atuação na APS foi 16,2±8,9 anos. Houve predominância do sexo feminino (68,6%), formação em instituições públicas (87,0%) e especialização lato sensu (68,6%). A maioria possuía carga horária semanal de 20 horas (83,4%). Titulação stricto sensu foi observada em 20,1% dos participantes (Tabela 1).

O desfecho primário foi o desempenho objetivo, mensurado pelo número de respostas corretas, e o desfecho secundário foi o escore de autopercepção do conhecimento. O escore médio de autopercepção foi de 23,4±3,5 pontos, com mediana de 23,0 (IIQ=5,0), moda de 25,0, variação entre 14,0 e 34,0 pontos e distribuição aproximadamente normal (p=0,182). O desempenho objetivo apresentou média de 9,7±3,3 respostas corretas, mediana de 10,0 (IIQ=5,0), moda de 10,0, variação entre 3,0 e 17,0 respostas e distribuição não normal (p=0,017). A consistência interna do instrumento foi moderada para a autopercepção (α=0,632) e baixa para o desempenho objetivo (α=0,453) (Tabela 2).

Observou-se correlação positiva, fraca, porém estatisticamente significativa, entre os escores de autopercepção do conhecimento e o desempenho objetivo, mensurado pelo número de respostas corretas (r=0,285; IC95%: 0,14–0,42; p<0,001), indicando que maiores níveis de autopercepção estiveram associados a melhor desempenho objetivo, embora com magnitude limitada.

Na análise multivariada (Tabela 3), o desempenho objetivo manteve associação independente com o sexo feminino (RT=1,18; IC95%: 1,05–1,33; p=0,005), com a formação em instituição pública (RT=1,30; IC95%: 1,09–1,55; p=0,003) e com menor tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde (APS), configurando-se como preditores independentes de maior conhecimento objetivo sobre cuidados orais em pessoas com câncer. Em relação à autopercepção do conhecimento, observou-se associação independente apenas com a titulação stricto sensu, sendo profissionais com mestrado ou doutorado mais propensos a apresentar maior autopercepção (RT=1,09; IC95%: 1,01–1,19; p=0,044). As demais variáveis analisadas não permaneceram associadas aos desfechos após o ajuste multivariado.

DISCUSSÃO

Este estudo evidencia discrepância entre a autopercepção de conhecimento e o desempenho objetivo de cirurgiões-dentistas da APS. Embora a confiança autorreferida tenha sido elevada, o desempenho técnico mostrou-se inferior e heterogêneo, com fraca correlação entre percepção subjetiva e domínio técnico-assistencial. Fatores como sexo, tipo de instituição de formação e menor tempo de atuação na APS estiveram associados a melhor desempenho, enquanto a titulação stricto sensu relacionou-se apenas à maior autopercepção, sem correspondência no desempenho. Esses achados apontam para fragilidades na formação e na educação permanente, reforçando a necessidade de qualificação profissional orientada para a integralidade, segurança e equidade do cuidado em saúde.

Esse desafio ganha relevância quando contextualizado no cenário epidemiológico do câncer no Brasil e no mundo, marcado pelo aumento da incidência e da sobrevida, ampliando significativamente a demanda por cuidados longitudinais no âmbito da APS[1,2,19]. A estimativa global indica que a incidência de câncer deve continuar crescendo nas próximas décadas, com projeção de um aumento substancial no número de novos casos até 2050, pressionando ainda mais os sistemas de saúde em níveis local e global[20].

As terapias antineoplásicas, especialmente a quimioterapia e a radioterapia de cabeça e pescoço, estão associadas a um amplo espectro de alterações orais, incluindo mucosite, xerostomia, infecções oportunistas, disgeusia, disfagia e osteorradionecrose, com impacto significativo sobre a qualidade de vida e sobre a continuidade do tratamento oncológico[5, 6, 21, 22, 23]. Em decorrência da alta prevalência de xerostomia e hipossalivação pós tratamento nos mostra a amplitude dos efeitos tardios necessitando de cuidados odontológicos contínuos e especializados [24] .

Nesse cenário, a APS desempenha papel estratégico na coordenação do cuidado, no monitoramento dos efeitos adversos e no acompanhamento de longo prazo da pessoa em tratamento oncológico atuando como principal porta de entrada do SUS [25, 26]. No entanto, os resultados indicam que a atuação odontológica nesse nível de atenção ainda enfrenta desafios para atender às demandas clínicas complexas, reforçando a necessidade de capacitação contínua, integração com serviços especializados e incorporação de protocolos clínicos padronizados. A implementação de indicadores objetivos de desempenho clínico e a vinculação de recursos de formação profissional às projeções de demanda por cuidado longitudinal são

essenciais para fortalecer a segurança, a qualidade e a equidade do cuidado odontológico.

As diretrizes nacionais recentes para a prática clínica odontológica na APS estabelecem recomendações claras para o cuidado de pessoas com câncer nos períodos pré, trans e pós-tratamento, abrangendo desde protocolos mínimos de avaliação odontológica até estratégias específicas para prevenção e manejo da mucosite oral, infecções oportunistas, hipossalivação e xerostomia [27]. Contudo, os dados deste estudo indicam que a existência de documentos normativos não garante sua incorporação à prática clínica, evidenciando a necessidade de estratégias pedagógicas ativas e educação permanente baseada em situações reais do cotidiano assistencial.

A associação observada entre maior idade e maior tempo de atuação na APS com menores escores tanto de autopercepção quanto de desempenho objetivo indica uma possível defasagem na atualização técnico-científica ao longo da trajetória profissional. Esse achado corrobora as lacunas formativas relacionadas ao cuidado oncológico, frequentemente atribuídas à abordagem insuficiente do tema durante a graduação e à fragilidade das ações de educação permanente em saúde[28]. Ademais, a organização histórica da atenção básica, tradicionalmente centrada no manejo de condições crônicas mais prevalentes, como hipertensão e diabetes, contribui para a menor familiaridade das equipes com o cuidado a pessoa em tratamento oncológico[28].

A maior proporção de respostas corretas observada entre profissionais do sexo feminino e entre aqueles com carga horária semanal de 20 horas sugere que fatores organizacionais e contextuais do trabalho podem influenciar positivamente o desempenho objetivo. Embora a literatura ainda seja limitada quanto à influência do gênero no conhecimento técnico em oncologia na APS, estudos indicam que condições de trabalho mais favoráveis, com menor sobrecarga assistencial, podem facilitar a participação em atividades de capacitação, a adesão a protocolos clínicos e a incorporação de práticas baseadas em evidências[26]. Esses achados reforçam a importância de considerar a organização do processo de trabalho como elemento central na qualificação da prática profissional, mostrando que lacunas individuais podem ser parcialmente mitigadas por estratégias institucionais e de gestão.

Essa relação entre fatores individuais e contextuais se reflete de forma direta nos cuidados odontológicos durante o período pré-tratamento oncológico. Embora as diretrizes nacionais recomendem a adoção de protocolos mínimos e individualizados, priorizando o controle de infecções ativas e a comunicação efetiva com a equipe médica[27], os dados deste

estudo indicam que parte dos profissionais apresenta conhecimento limitado sobre o momento adequado para a realização de procedimentos odontológicos antes do início da quimioterapia ou da radioterapia de cabeça e pescoço. Esse distanciamento entre recomendações normativas e prática clínica pode aumentar o risco de complicações bucais evitáveis, como infecções, mucosite e osteorradionecrose [5,13].

Durante o período trans-tratamento, especialmente no manejo da mucosite oral, a heterogeneidade de condutas adotadas pelos cirurgiões-dentistas reflete tanto limitações individuais quanto lacunas na literatura científica disponível. Revisões sistemáticas demonstram que intervenções como fotobiomodulação, uso de benzidamina e agentes bioadesivos são seguras e potencialmente eficazes, mas a robustez metodológica ainda é insuficiente para sustentar recomendações preventivas universais baseadas em alto nível de evidência [29,30]. Logo, a variabilidade observada não deve ser interpretada exclusivamente como falha individual, mas como consequência de um campo científico marcado por incertezas e diretrizes parcialmente fundamentadas em consenso de especialistas.

Apesar dessas limitações, a literatura é consistente ao destacar que programas estruturados de higiene oral, aliados à educação contínua da pessoa em tratamento oncológico e ao acompanhamento odontológico regular, são fundamentais para reduzir a gravidade das complicações orais e melhorar a qualidade de vida das pessoas com câncer[5,31]. Evidências recentes também apontam benefícios de abordagens adjuvantes, como o uso de mel, probióticos e outras terapias complementares no manejo da mucosite oral, ainda que a qualidade e a consistência dessas evidências variem conforme a intervenção [32,33,34]. A complexidade e a constante atualização dessas recomendações reforçam a necessidade de capacitação contínua dos cirurgiões-dentistas da APS, evidenciando que intervenções baseadas em protocolos estruturados podem reduzir a variabilidade de práticas e apoiar a tomada de decisão clínica.

Outro aspecto relevante refere-se à integração entre as equipes de saúde bucal e os demais profissionais da rede de atenção. Evidências apontam que fragilidades na comunicação interprofissional configuram importantes barreiras para a efetivação de um cuidado integral e contínuo às pessoas em tratamento oncológico[35,36]. Os achados deste estudo sugerem que essa integração ainda ocorre de forma limitada na APS, o que pode comprometer a tomada de decisão compartilhada e a segurança do cuidado, especialmente em situações que demandam avaliação conjunta. Nesse contexto, o fortalecimento da comunicação interprofissional, aliado à utilização de protocolos estruturados e à articulação entre os diferentes pontos da rede, mostra-

se essencial para reduzir riscos, qualificar as práticas e garantir um cuidado seguro, integral e centrado nas necessidades das pessoas.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o uso de dados autorreferidos, suscetíveis a viés de memória ou de desejabilidade social, bem como o delineamento transversal, que impede inferir relações de causalidade entre conhecimento e práticas clínicas. Ainda assim, a pesquisa preenche uma lacuna na literatura, ao investigar o conhecimento de cirurgiões-dentistas da APS sobre cuidados bucais em pessoas com câncer, tema pouco explorado frente ao foco predominante em diagnóstico de câncer bucal e aspectos de estomatologia [14,15,37]. Os achados apontam para a necessidade de estudos longitudinais e intervencionistas que avaliem o impacto de estratégias de capacitação profissional e da implementação de protocolos clínicos padronizados, assim como investigações multicêntricas para compreender diferenças regionais e institucionais na oferta de cuidado odontológico no SUS.

Assim, os achados deste estudo comprovam que existem lacunas no conhecimento e nas práticas clínicas dos cirurgiões-dentistas da APS em relação aos cuidados orais de pessoas com câncer submetidos à quimioterapia e/ou radioterapia de cabeça e pescoço. A promoção da segurança e da qualidade do cuidado odontológico depende não apenas do conhecimento individual, mas também de fatores estruturais, organizacionais e de educação permanente. A discrepância entre percepção e competência técnica reforça a necessidade de estratégias educacionais ativas, incorporação de protocolos baseados em evidências e fortalecimento da integração interdisciplinar, elementos essenciais para prevenir complicações bucais, melhorar a qualidade de vida das pessoas e consolidar o cuidado integral preconizado pelo SUS.

AGRADECIMENTOS: Os autores agradecem à Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES: A.G.S..:Aplicação do questionário, coleta de dados e redação do artigo. T.T.B.D.: supervisor do projeto, desenho do estudo, análise de dados e redação do artigo.

DISPONIBILIDADE DOS DADOS: Os dados dos profissionais são confidenciais, mas os autores se disponibilizam a compartilhar os dados das planilhas obtidas com os responsáveis pelo periódico, se necessário.

DECLARAÇÕES:

Aprovação ética: Os procedimentos de coleta de dados foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE: 86676625.1.0000.5214).

Consentimento informado: Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa. A coleta de dados foi realizada somente após a obtenção da autorização formal mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Soerjomataram I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. **Cancer**. 2021;127:3029-3030.
2. Santos MO, et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023–2025. **Rev Bras Cancerol**. 2023;69(1):e-213700. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br
3. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2026 [citado 2026 fev 12]. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2026/inca-estima-781-mil-novos-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-entre-2026-e-2028.
4. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-1797.
5. Elad S, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. **Cancer**. 2020;126(19):4423-4431.
6. Di Fede O, et al. Prevention and treatment of oral mucositis: efficacy of sodium bicarbonate versus other agents. **BMC Oral Health**. 2023;23:4.
7. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO; 2001. p. 113-126.
8. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO; 2001. p. 39-64.
9. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
10. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1475-1482.
11. Pucca GA Jr, Gabriel M, Araujo ME, Almeida FCS. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res*. 2015;94(10):1333-1337.
12. Serra R, Oliveira C, Roque S, Herrera F, Arco H. Oral hygiene care and the management of oral symptoms of cancer patients in palliative care: a systematic review protocol. **JBI Evid Synth**. 2023;21(6):1424-1432.
13. Baus-Domínguez M, et al. Clinical practice guideline of the Spanish Society of Oral Surgery for dental care in patients with oral cancer. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 2023;29(1):e67.
14. Greenwood M, Lowry R. Oral cancer: primary care clinicians' knowledge. **Br Dent J**. 2001;191:510-512.
15. Leonel A, et al. Knowledge and attitudes of primary health care dentists regarding oral cancer in Brazil. **Acta Stomatol Croat**. 2019;53:55-63.
16. De Lima Medeiros Y, et al. Knowledge about oral cancer among dental students and primary health care dentists: a Brazilian study. **J Dent Educ**.
17. Scott SE, McGurk M, Grunfeld EA, Molassiotis A, Hegarty AM, D'Souza J. Talking about cancer: patient responses to raising awareness of oral cancer in primary dental care. **Community Dent Oral Epidemiol**. 2023;51(5):887-895. https://doi.org/10.1111/cdoe.12869
18. Silva Sobrinho AR, Ferreira RC, Vargas AMD, Abreu MHNG. Avaliação do conhecimento de cirurgiões-dentistas da atenção básica sobre estomatologia. **Arq Odontol**. 2022;57:57-68.

19. World Health Organization. Global cancer burden growing, amid mounting need for services. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Dec 17]. Available from: https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services
20. Bizuayehu HM, Ahmed KY, Kibret GD, Dadi AF, Belachew SA, Bagade T, et al. Global disparities of cancer and its projected burden in 2050. *JAMA Netw Open*. 2024;7(11):e2443198. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.43198. PMID: 39499513; PMCID: PMC11539015
21. De Melo NB, De Sousa VM, De Melo DP, Bento PM. Oral health-related quality of life and determinant factors in patients with head and neck cancer. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 2019;24(3):e281-e287.
22. Yuwanati M, Gondivkar S, Sarode SC, Gadbail A, Desai A, Mhaske S, et al. Oral health-related quality of life in oral cancer patients: systematic review and meta-analysis. **Future Oncol**. 2021;17(8):979-990. https://doi.org/10.2217/fon-2020-0971
23. Sartoreto TKS, Simonato LE. Complicações bucais do tratamento radioterápico do câncer de cabeça e pescoço. **Rev Iberoam Humanid Cienc Educ**. 2022;8(5):1963-1977.
24. Abou-Bakr A, Hassanein FEA, William H, et al. Prevalence of late xerostomia and hyposalivation with associated risk factors in survivors of head and neck cancer after radiotherapy: a multi-centric cross-sectional study. *Radiat Oncol*. 2025;20:162. doi:10.1186/s13014-025-02737-1.
25. Nekhlyudov L, O'Malley DM, Hudson SV. Integrating primary care providers in the care of cancer survivors: gaps in evidence and future opportunities. **Lancet Oncol**. 2017;18(1):e30-e38. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30570-8
26. Adam R, Watson E. The role of primary care in supporting patients living with and beyond cancer. **Curr Opin Support Palliat Care**. 2018;12(3):261-267.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento em pacientes oncológicos submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou à quimioterapia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado em 29 dez 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br
28. Flores TG, et al. Formação profissional: cuidado ao paciente oncológico sem possibilidade terapêutica na Atenção Básica. **Rev APS**. 2021;24(3):574-586.
29. Carneiro-Neto JN, et al. Protocols for management of oral complications of chemotherapy and/or radiotherapy for oral cancer: systematic review and meta-analysis. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 2017;22(1):e15-e23.
30. Hong CHL, et al. Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. **Support Care Cancer**. 2019;27(10):3949-3967.
31. Lanzetti J, Bresciani E, Vescovi P, Meleti M, Manfredi M, Villa A, et al. Management of oral hygiene in head-neck cancer patients undergoing oncological surgery and radiotherapy: a systematic review. **Dent J (Basel)**. 2023;11(3):83.
32. Al-Rudayni AHM, et al. Efficacy of photobiomodulation in the treatment of cancer chemotherapy-induced oral mucositis: a meta-analysis with trial sequential analysis. **Int J Environ Res Public Health**. 2021;18(14):7418.

33. Xia C, Jiang C, Li W, Li L, Li J, Li X, et al. A phase II randomized clinical trial and mechanistic studies using improved probiotics to prevent oral mucositis induced by concurrent radiotherapy and chemotherapy in nasopharyngeal carcinoma. **Front Immunol**. 2021;12:618150. https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.618150

34. Li CP, Huang YT, Tsai YH, Chen YW, Chang KP, Lin CY. Honey in alleviating severe oral mucositis among head and neck cancer patients undergoing radiation therapy. **In Vivo**. 2024;38(3):1397-1404. https://doi.org/10.21873/invivo.13563
35. Epstein JB, Güneri P, Barasch A. Appropriate and necessary oral care for people with cancer: guidance to obtain the right oral and dental care at the right time. **Support Care Cancer**. 2014;22:1981-1988.
36. Dang R, et al. Dental practice patterns for oral care in medical oncology patients: a survey-based assessment of Massachusetts dentists. **J Cancer Educ**. 2020;35:1-6.
37. Scott SI, Madsen KØ, Rubek N, Charabi BW, Wessel I, Fredslund Hadju S, et al. Long-term quality of life and functional outcomes after treatment of oropharyngeal cancer. **Cancer Med**. 2021;10(2):483-495. https://doi.org/10.1002/cam4.3657

Tabela 1. Características gerais da população estudada (n=169).

Variáveis	N (%)
Idade	
MD±μ	44,6±12,70
Gênero	
Masculino	53 (31,40)
Feminino	116 (68,60)
IES de formatura	
Privada	22 (13,00)
Pública	147 (87,00)
Nível de formação	
Apenas graduação	19 (11,20)
Especialização lato sensu	116 (68,60)
Mestrado ou doutorado	34 (20,10)
Regional	
Sul	55 (32,50)
Leste	40 (23,70)
Sudeste	27 (16,00)
Norte	47 (27,80)
Carga horária	
40h	13 (7,70)
30h	15 (8,90)
20h	141 (83,40)
Há quantos anos trabalha na APS?	
MD±μ	16,2±8,92
Considera custos?	
Sim	111 (65,70)
Não	56 (33,10)
Sem resposta	2 (1,20)
Número de especializações que possui	
Não possui	24 (14,20)
Apenas uma	73 (43,20)
Duas ou mais	72 (42,60)
Como atualiza seus conhecimentos?	
Cursos de atualização	135 (79,90)
Internet	15 (8,90)
Revistas científicas	7 (4,10)
Congressos	4 (2,40)
Livros	3 (1,80)
Outros meios	1 (0,60)
Não me atualizo	4 (2,4)
Total	**169 (100,00)**

MD: média; μ: desvio-padrão.

Tabela 2. Distribuição descritiva dos escores de autopercepção do conhecimento e do desempenho objetivo sobre cuidados orais em pacientes oncológicos (n=169)

Escores	Autopercepção do conhecimento	Número de respostas corretas
Número de questões	10	5
Alfa de Cronbach	0,632	0,453
Média (μ)	23,40 (3,50)	9,70 (3,30)
Mediana (IIQ)	23,00 (5,00)	10,00 (5,00)
Moda	25,00	10,00
Amplitude	20,00	14,00
Mínimo	14,00	3,00
Máximo	34,00	17,00
p de Shapiro-Wilk	0,182	0,017
25º percentil	21,00	7,00
50º percentil	23,00	10,00
75º percentil	26,00	12,00

μ: desvio-padrão; IIQ: intervalo interquartílico

Tabela 3 - Fatores associados à autopercepção do conhecimento e ao desempenho objetivo sobre cuidados orais em pacientes oncológicos (n=169).

Variáveis	Autopercepção			p	Respostas corretas			p
	MD± μ	RT Não ajustada; IC95%	RT Ajustada; IC95%		MD± μ	RT Não ajustada; IC95%	RT Ajustada; IC95%	
Idade (anos)								
MD±μ	44,60±12,70	0,99 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	0,445	44,60±12,70	0,99 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,01)	0,391
Gênero								
Masculino	22,90±3,35	1	-	-	**8,36±3,16**	1	**1**	
Feminino	23,6±3,61	1,02 (0,97-1,08)	-	-	**10,3±3,21**	1,22 (1,09-1,36)	**1,18 (1,05-1,33)**	**0,005***
IES de formatura								
Privada	24,68±2,71	1	1	-	**8,73±2,66**	1	**1**	
Pública	23,18±3,61	0,94 (0,88-1,00)	0,96 (0,89-1,03)	0,278	**9,80±3,38**	1,13 (0,96-1,32)	**1,30 (1,09-1,55)**	**0,003***
Nível de formação								
Apenas graduação	**22,30±3,77**	1	**1**		9,00±3,70	1	1	
Especialização lato sensu	**23,30±3,54**	1,05 (0,97-1,13)	**1,06 (0,98-1,14)**	**0,141**	9,46±3,31	1,06 (0,89-1,25)	0,98 (0,83-1,16)	0,834
Mestrado e/ou doutorado	**24,20±3,27**	1,08 (0,99-1,18)	**1,09 (1,01-1,19)**	**0,044**	10,70±2,91	1,19 (0,98-1,45)	1,04 (0,86-1,27)	0,660
Regional								
Sul	23,40±3,54	1	-	-	9,11±3,64	1	1	
Leste	23,30±3,49	0,99 (0,93-1,06)	-	-	10,20±3,30	1,12 (0,97-1,28)	1,06 (0,92-1,21)	0,420
Sudeste	23,50±4,04	1,00 (0,94-1,08)	-	-	9,63±3,42	1,06 (0,90-1,24)	0,98 (0,84-1,14)	0,748
Norte	23,40±3,37	1,01 (0,95-1,07)	-	-	9,89±2,79	1,10 (0,96-1,26)	1,02 (0,89-1,16)	0,827
Carga horária								
40h	23,20±3,89	1	-	-	7,92±2,90	1	1	
30h	22,30±5,08	0,96 (0,86-1,08)	-	-	9,80±3,99	1,24 (0,95-1,61)	1,20 (0,92-1,57)	0,168
20h	23,50±3,31	1,02 (0,93-1,11)	-	-	9,81±3,24	1,24 (1,01-1,54)	1,23 (0,99-1,52)	0,060
Tempo de trabalho na APS (anos)								
MD±μ	16,20±8,92	0,99 (0,98-0,99)	0,99 (0,99-1,00)	0,288	**16,20±8,92**	0,99 (0,98-0,99)	**0,99 (0,98-0,99)**	**0,020***

p: valor de p de acordo com Regressão de Poisson com variância robusta; RT: razão de taxas; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; MD: média; μ: desvio-padrão.

Anexo I – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE CUIDADOS ORAIS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS
Pesquisador: THAIS TORRES BARROS DUTRA **Área Temática:**
Versão: 2
CAAE: 86676625.1.0000.5214
Instituição Proponente:FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.545.365
Apresentação do Projeto:
O projeto contem todas as informações necessárias para a compreensão das ações a serem executadas. Possui todos os componentes formais esperados para elaboração de um projeto de pesquisa robusto e as referencias bibliográficas são atualizadas. Está de acordo com a em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os objetivos da pesquisa estão claros e são exequiveis com a metodologia proposta. A metodologia está descrita em conformidade com os critérios e rigores científicos científico.
É um estudo observacional, transversal e quantitativo, desenvolvido com base nas diretrizes do STROBE. A pesquisa será conduzida em Teresina-PI, entre maio e dezembro de 2025. A amostra será composta por 166 cirurgiões-dentistas atuantes na Atenção Primária à Saúde do município.
A coleta de dados será realizada por meio de um questionário estruturado contendo 33 questões, desenvolvido para explorar o nível de conhecimento e práticas relacionadas aos cuidados bucais em pacientes submetidos a tratamentos oncológicos. O instrumento será validado previamente quanto à consistência interna, utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. Os dados coletados serão registrados em planilhas do software Excel e submetidos à análise estatística no programa SPSS, versão 20.0.

É um assunto atual e que não foi explorado ainda no município, o que poderá gerar um produto de relevância para orientar os profissionais sobre o atendimento e acompanhamento de pacientes oncológicos, resultando em tratamento e prevenção de problemas bucais relacionados à doença.
Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
- Avaliar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde de Teresina-PIsobre as diretrizes de cuidados orais para pacientes oncológicos.

Objetivo Secundário:
- Avaliar o grau de conhecimento sobre as recomendações clínicas para cuidados orais em pacientesoncológicos dos cirurgiões-dentistas da APS de Teresina-PI;
- Identificar as principais dificuldades e barreiras enfrentadas no atendimento a pacientes oncológicos peloscirurgiões dentistas da APS de Teresina-PI;
- Investigar a frequência de atendimentos a pacientes oncológicos realizados pelos cirurgiões-dentistas da APS de Teresina-PI;
- Analisar a necessidade de treinamentos ou capacitações sobre atendimentos a pacientes oncológicos paraos cirurgiões-dentistas da APS de Teresina-PI;
- Propor programas de educação continuada voltados ao cuidado de pacientes oncológicos paraaprimoramento das competências dos cirurgiões-dentistas da APS de Teresina-PI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
RETIRADOS DO TCLE:
RISCOS:
É importante esclarecer que esta pesquisa envolve alguns riscos: a invasão de privacidade, que pode causar desconforto aos participantes ao fornecerem informações pessoais; o desconforto emocional em função de perguntas sensíveis; e a possível falta de clareza no consentimento, que poderia levar à incompreensão dos objetivos e procedimentos da pesquisa. Também existe o risco de acesso não autorizado aos dados e preocupações quanto ao uso indevido das informações.
No entanto, para minimizar esses riscos, a coleta de dados será realizada de forma anônima, garantindo a confidencialidade das informações. O questionário será elaborado de maneira clara e sensível para reduzir possíveis desconfortos. A participação será totalmente voluntária, sem prejuízo para quem decidir não participar. Além disso, o consentimento informado

explicará detalhadamente os propósitos e procedimentos da pesquisa. O armazenamento e o acesso aos dados serão rigidamente controlados, permitindo acesso apenas a pessoal autorizado, e os dados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa, sem nenhum impacto negativo na prática profissional dos participantes.
BENEFÍCIOS:
A pesquisa visa aprimorar o conhecimento e as práticas dos cirurgiões-dentistas da APS relacionadas aos cuidados orais em pacientes oncológicos, promovendo a integração dos cuidados odontológicos na oncologia e incentivando o desenvolvimento de protocolos mais eficazes. Indiretamente, os pacientes oncológicos poderão se beneficiar de uma assistência odontológica mais qualificada, o que pode reduzir complicações bucais, melhorar a qualidade de vida e acelerar a recuperação.
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Pesquisa exequível e relevante.
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Todos os termos foram inseridos na Plataforma Brasil e conferidos pelo secretário do CEP durante a validação documental, estudo todos adequados e completos.
Recomendações:
Sem recomendações.
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
No parecer anterior (nº 6.636.322) havíamos elencados algumas pendências que estão descritas abaixo com o status "PENDÊNCIA SANADA", "PENDÊNCIA PARCIALMENTE SANADA" ou "PENDÊNCIA NÃO SANADA".
1 - Indicar como serão recrutados os participantes para a pesquisa. Como serão abordados, em que momento? PENDÊNCIA SANADA
Realizada a análise da documentação anexada e não tendo sido constatadas inadequações, o protocolo de pesquisa encontra-se apto para aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:
Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/UFPI (https://www.ufpi.br/orientacoes-cep).
Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.
Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.
O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação

Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2483452.pdf	04/04/2025 06:08:01		Aceito
Outros	Carta_Resposta_ao_Comite_de_Etica_em_Pesquisa_da_UFPI_assinado.pdf	04/04/2025 06:06:48	THAIS TORRES BARROS DUTRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_3.pdf	04/04/2025 06:06:03	THAIS TORRES BARROS DUTRA	Aceito
Outros	CURRICULO_ANGELO_GAIA_NOVO.pdf	01/04/2025 09:18:30	THAIS TORRES BARROS DUTRA	Aceito
Outros	CURRICULO_THAIS_TORRES_NOVO.pdf	01/04/2025 09:18:09	THAIS TORRES BARROS DUTRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_3.pdf	01/04/2025 09:17:31	THAIS TORRES BARROS DUTRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL_FMS.pdf	09/01/2025 09:54:48	THAIS TORRES BARROS DUTRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/01/2025 09:53:08	THAIS TORRES BARROS DUTRA	Aceito
Outros	Instrumento_Coleta_dados.pdf	09/01/2025 09:48:44	THAIS TORRES BARROS DUTRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/01/2025 09:48:24	THAIS TORRES BARROS DUTRA	Aceito

Outros	Carta_de_Encaminhamento_assinado.p df	09/01/2025 09:48:09	THAIS TORRES BARROS DUTRA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE_a ssinado.pdf	09/01/2025 09:47:48	THAIS TORRES BARROS DUTRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_Pesquisadores_assina do.pdf	09/01/2025 09:46:10	THAIS TORRES BARROS DUTRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinado.pdf	09/01/2025 09:45:30	THAIS TORRES BARROS DUTRA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado
Necessita Apreciação da CONEP:
Não
TERESINA, 05 de Maio de 2025

Assinado por:
HILRIS ROCHA E SILVA
(Coordenador(a))

Anexo II – Normas da Revista de Saúde Pública (online)

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

São aceitos manuscritos nos seguintes idiomas: português, espanhol e inglês. Os artigos submetidos em português ou espanhol são traduzidos para o inglês pela nossa revista e publicados em ambos os idiomas. Para artigos submetidos em inglês, não há tradução para o português.

O manuscrito original da pesquisa deve seguir a estrutura conhecida como IMRAD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisas qualitativas podem ter outros formatos, com Resultados e Discussão aceitos na mesma seção, assim como Considerações Finais e Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários, etc.) devem seguir o formato de texto adequado a elas.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir seus resultados. Para isso, incentivamos o uso das seguintes **recomendações** , de acordo com a categoria do artigo submetido:

- Lista de verificação e fluxograma **CONSORT para ensaios controlados e randomizados;**
- **Lista de verificação e fluxograma STARD** para estudos de precisão diagnóstica;
- Lista de verificação e fluxograma **MOOSE para meta-análises e revisão sistemática de estudos observacionais;**
- Lista de verificação e fluxograma **PRISMA para revisões sistemáticas e meta-análises;**
- **Lista de verificação STROBE** para estudos observacionais em epidemiologia;
- **Lista de verificação RATS** para estudos qualitativos.

Os detalhes sobre os itens necessários para a apresentação do estudo são descritos de acordo com a categoria do artigo .

Como forma de avaliar a ocorrência de plágio, todos os manuscritos recebidos são submetidos a um programa de detecção de similaridade textual.

O ORCID do primeiro autor , assim como o de todos os outros coautores, deve ser informado na carta de apresentação ao submeter o manuscrito.

Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Inclua estudos observacionais, experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre a avaliação do desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claros, delineamento e metodologia utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (crítica e formulação de conhecimento teórico significativo) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas em pesquisa em saúde pública. Nesse caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor em relação aos elementos essenciais da argumentação desenvolvida.

Instrumentos de medição em pesquisas populacionais

Os manuscritos que tratam de instrumentos de medição podem incluir aspectos relacionados ao desenvolvimento transcultural, avaliação e adaptação para uso em estudos populacionais, excluindo aqueles com aplicação clínica, que não se enquadram no escopo do RSP.

Para manuscritos sobre medidas, recomendamos a apresentação de uma análise detalhada do construto avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de uma nova ferramenta deve ser baseado em uma revisão da literatura, que possa identificar explicitamente a insuficiência de propostas anteriores e justificar a necessidade de uma nova ferramenta.

Os seguintes aspectos devem ser detalhados no texto: a proposição, seleção e elaboração dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los à definição do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas na pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais, etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outros; o caminho percorrido na definição de como mensurar os itens e a realização de pré-testes, juntamente com seus conjuntos preliminares; e a avaliação da validade de face, conteúdo, critério, construto ou dimensional.

As análises de confiabilidade dos instrumentos também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste ou concordância interobservador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e apresentá-lo de forma crítica e comparativa em relação a outros instrumentos destinados a avaliar os mesmos ou similares construtos.

Para manuscritos sobre a adaptação transcultural de instrumentos de medição, além de atender às recomendações supracitadas em sua totalidade, é necessário explicar o modelo teórico que

norteou o processo. Os autores devem justificar a escolha de um determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em uma revisão bibliográfica aprofundada. Por fim, devem indicar explicitamente como e quais fases do modelo teórico de adaptação foram utilizadas no trabalho submetido para publicação.

O instrumento de medição deve ser incluído como anexo no artigo submetido.

Organização do manuscrito

Além das recomendações mencionadas , os autores devem verificar as seguintes instruções de formatação:

a) Artigo original

- O texto deve ter no máximo 3.500 palavras (excluindo resumo, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas e figuras: até 5.
- Número de referências: até 30.
- Resumo em formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicação concisa – Relatórios breves sobre descobertas de interesse para a saúde pública, mas que não incluem uma análise mais ampla ou uma discussão mais extensa. Sua apresentação deve seguir as normas exigidas para artigos originais.

- O texto deve ter no máximo 1.500 palavras (excluindo resumo, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas e figuras: uma tabela ou figura.
- Número de referências: até 5.
- Resumo em formato narrativo com no máximo 100 palavras.

c) Artigo de revisão

- **Revisão sistemática e meta-análise** – Através da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, busca-se responder a uma questão específica, relevante para a saúde pública. Descreve detalhadamente o processo de busca por estudos originais, os critérios utilizados para a seleção dos estudos incluídos na revisão e os procedimentos empregados para a síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consulte:

MOOSE : lista de verificação e fluxograma para meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;

PRISMA: lista de verificação e fluxograma para revisões sistemáticas e meta-análises.

- **Revisão narrativa ou crítica** – A revisão narrativa ou crítica tem caráter descritivo-discursivo e se dedica a apresentar e discutir de forma abrangente temas de interesse científico na área da saúde pública. Deve apresentar uma formulação clara do objeto de interesse científico, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e uma síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência na área estudada ou por especialistas de reconhecido conhecimento.

- O texto deve ter no máximo 4.000 palavras (excluindo resumo, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas e figuras: até 5.
- Número de referências: sem limite.
- Os resumos em formato estruturado devem ter até 300 palavras, ou 150 palavras para formatos narrativos.

d) Comentário – O objetivo é incentivar a discussão, introduzir um debate e alimentar controvérsias sobre aspectos importantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens. A introdução deve destacar o tema e sua importância. As referências citadas devem fundamentar os principais aspectos abordados no texto.

- Devem conter no máximo 2.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de referências: até 30.
- Número de tabelas e figuras: até 5.
- Os resumos em formato narrativo devem ter no máximo 150 palavras.

Publicamos também Cartas ao Editor com até 600 palavras e um máximo de 5 referências.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MANUSCRITO

Autoria

A noção de autoria baseia-se na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autoras, no que diz respeito à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada autor deve ser explicada em uma declaração específica para esse fim. A inclusão de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados não se justifica.

Dados de identificação do autor (registro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato em que já está indexado nas bases de dados e registrado no ORCID .

Endereço para correspondência: Devem ser mencionados o nome e o endereço do autor responsável pela troca de cartas.

Instituição: Podem ser incluídos até três níveis hierárquicos de afiliação institucional (por exemplo: universidade, instituto, departamento).

Coautores: Identifique os coautores do manuscrito por seus nomes, sobrenomes e instituições, de acordo com a ordem de autoria.

Apoio à pesquisa: Caso a pesquisa tenha sido subsidiada, devem ser indicados o tipo de apoio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação anterior: Caso a pesquisa tenha sido apresentada em um encontro científico, o nome, o local e o ano do evento devem ser indicados.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como os conflitos de interesse são gerenciados durante a redação, a revisão por pares e a tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesse podem surgir quando autores, revisores ou editores têm interesses, visíveis ou não, que podem afetar a elaboração ou avaliação do manuscrito. O conflito de interesse pode ser pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro.

Ao submeter um manuscrito, os autores são responsáveis por reconhecer e divulgar quaisquer conflitos de interesse, financeiros ou de outra natureza, que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem indicar no manuscrito todo o apoio financeiro recebido para a pesquisa, bem como quaisquer outras conexões financeiras ou pessoais relacionadas ao estudo. O revisor deve informar aos editores qualquer conflito de interesses que possa afetar sua opinião sobre o manuscrito e, quando aplicável, declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Caso os autores tenham dúvidas sobre o que pode ser considerado um potencial conflito de interesses, devem entrar em contato com a secretaria editorial da RSP.

Declarações e documentos

De acordo com as diretrizes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), alguns documentos e declarações dos autores são necessários para a avaliação de seus manuscritos. Leia a lista de documentos a seguir e, se aplicável, anexe os documentos ao processo. O prazo para a solicitação de cada documento varia:

Documento	Quem deve assinar?	Quando anexá-lo
a. Carta de apresentação	Todos os autores, ou o primeiro deles, assinam e inserem o ORCID de todos os autores informados na carta de apresentação.	Ao enviar
b. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
c. Declaração de Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprovação

a) Carta de apresentação

A carta de apresentação deve ser assinada por todos os autores ou, pelo menos, pelo primeiro autor. O ORCID de todos os autores deve ser informado na carta.

A carta de apresentação deve conter:

- Informações sobre as descobertas do manuscrito, suas conclusões mais importantes e explicações sobre sua relevância para a saúde pública;
- Informações sobre a novidade do estudo e por que ele deve ser publicado nesta revista;
- Menção de até três artigos, se houver, publicados pelos autores na mesma linha de pesquisa do manuscrito;
- Atestado de submissão exclusiva do manuscrito à RSP;
- Declaração do potencial conflito de interesses dos autores;
- Contribuição de cada autor para o manuscrito.

De acordo com os critérios de autoria do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), os autores devem cumprir todas as seguintes condições: (1) contribuir significativamente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) contribuir significativamente para a elaboração do rascunho ou para a revisão crítica do conteúdo; e (3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupos multicêntricos, ou se um grande número de autores tiver desenvolvido o trabalho, o grupo deve indicar os indivíduos que assumem a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem cumprir integralmente os critérios de autoria mencionados anteriormente. Nesse caso, os editores solicitarão as declarações necessárias no momento da submissão do manuscrito. O autor correspondente deve indicar claramente a forma preferencial

de menção do nome do grupo e a identificação de seus membros, que serão listados ao final do artigo.

Não são considerados autores aqueles que apenas obtiveram financiamento, coletaram dados ou realizaram uma supervisão geral do grupo de pesquisa.

b) Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos

Os autores devem mencionar os nomes daqueles que, embora não preencham os requisitos de autoria, colaboraram com o trabalho. Será necessário explicar o motivo do agradecimento (ex.: consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc.). As pessoas mencionadas devem expressar sua permissão e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Pode também incluir o apoio logístico prestado por instituições.

c) Declaração de Transferência de Direitos Autorais

Todos os autores devem ler, assinar e enviar o documento de transferência de direitos autorais. O artigo será autorizado para publicação somente quando este documento estiver em posse da RSP.

O documento de transferência de direitos autorais será solicitado após a aprovação do artigo.

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Título no idioma original do manuscrito

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que permitam a recuperação do artigo em bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Caso o manuscrito seja submetido em inglês, será necessário informar também o título em português.

Título abreviado

É o título que aparecerá no cabeçalho do artigo. Deve conter o assunto em, no máximo, 45 caracteres.

Descritores

Para manuscritos escritos em português ou espanhol, os autores devem indicar de 3 a 10 descritores extraídos dos ***Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)*** da BVS/Bireme. Para o inglês, os autores devem utilizar os **Medical Subject Headings (MeSH)** da National Library of Medicine (EUA). Caso não sejam encontrados descritores adequados ao tema do artigo, podem ser indicadas palavras-chave.

Resumo

O resumo deve ser escrito no idioma original do manuscrito. As especificações relativas ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das **categorias de artigos** . Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população estudada, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser breve, apresentando o contexto e a justificativa do estudo, com o auxílio de referências adequadas ao objetivo do manuscrito, que deve estar claro ao final desta seção.

Metodologia – É indispensável descrever claramente os procedimentos adotados, as variáveis analisadas (com suas respectivas definições, se necessário) e a hipótese a ser testada. A população, a amostra e os instrumentos de medição também devem ser descritos, apresentando, se possível, medidas de validade. É necessário indicar informações sobre a coleta e o processamento dos dados. Devem ser incluídas as devidas referências para os métodos e técnicas empregados, incluindo os métodos estatísticos; é essencial que novos métodos ou aqueles que foram substancialmente modificados sejam descritos, justificando os motivos para seu emprego e mencionando suas limitações. Os critérios éticos em pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicar que a pesquisa foi conduzida de acordo com as normas éticas e aprovada por um comitê de ética.

Resultados – É necessário apresentá-los em uma sequência lógica, começando com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem se restringir àquelas necessárias para a argumentação, e a descrição dos dados no texto deve se limitar aos mais relevantes. Gráficos devem ser utilizados para destacar resultados significativos e resumir relações complexas. Os dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados nem repetidos ao longo do texto. Resultados numéricos devem especificar o método estatístico utilizado na análise.

Discussão – Com base nos dados obtidos e nos resultados alcançados, os aspectos novos e significativos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias preexistentes na área. Argumentos e provas baseados em comunicação pessoal ou publicados em documentos restritos não podem ser utilizados como base para a argumentação do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para pesquisas futuras devem ser descritas. É necessário incluir apenas hipóteses e generalizações baseadas nos dados do estudo. As *Conclusões* devem encerrar esta seção, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Lista: As referências devem ser normalizadas de acordo com o **estilo Vancouver** - **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication** , listadas na ordem de aparição. Os títulos dos periódicos devem ser citados por abreviação, conforme o PubMed. Para publicações com até seis autores, todos devem ser citados; para mais de seis, apenas os seis primeiros devem ser citados, seguidos da expressão latina "et al.". Sempre que possível, inclua o DOI da obra citada.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Bruggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saúde Pública* . 2007;41(1):44-52. https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000015

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados ao trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Ateneu; 2003. v.2, pág. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editores. Melhorando os cuidados paliativos para o câncer. Washington: National Academy Press; 2001 [citado em 13 de julho de 2003]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos, recomendamos consultar as normas ("Citação de Medicina") da Biblioteca Nacional de Medicina, disponíveis em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed .

Citações no texto

É necessário que a referência seja indicada pelo seu número na lista, como um **expoente (sobrescrito)** antes da pontuação, sem parênteses, colchetes ou símbolos semelhantes. Nos casos em que o nome do autor e o ano forem relevantes, o número da referência deve ser digitado antes do nome do autor. Obras com dois autores devem ser citadas, conectadas por "e". Em casos de múltiplos autores, cite apenas o primeiro autor, seguido de "et al.".

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart [9] , que consideram a distribuição de renda, o desenvolvimento social e a reação individual nas determinações do processo saúde-doença.

De acordo com Lima et al. [9] (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

As tabelas devem ser apresentadas ao final do texto, após as referências, e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, na mesma ordem em que foram mencionadas no texto. Cada tabela deve ter um título curto. Não utilize travessões horizontais ou verticais internos. As notas explicativas devem ser inseridas no rodapé da tabela e não no título. Caso haja uma tabela extraída de um trabalho previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente a autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Para construir uma tabela legível, o número máximo de colunas é 10, dependendo da quantidade de conteúdo em cada espaço. As notas nas tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Caixas

Os quadros diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentados no final do texto, após as referências, e numerados consecutivamente em algarismos arábicos, na mesma ordem em que foram mencionados no texto. Cada quadro deve ter um título curto. As notas explicativas devem ser inseridas no rodapé do quadro e não no título. Se houver um quadro extraído de um trabalho previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente a autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

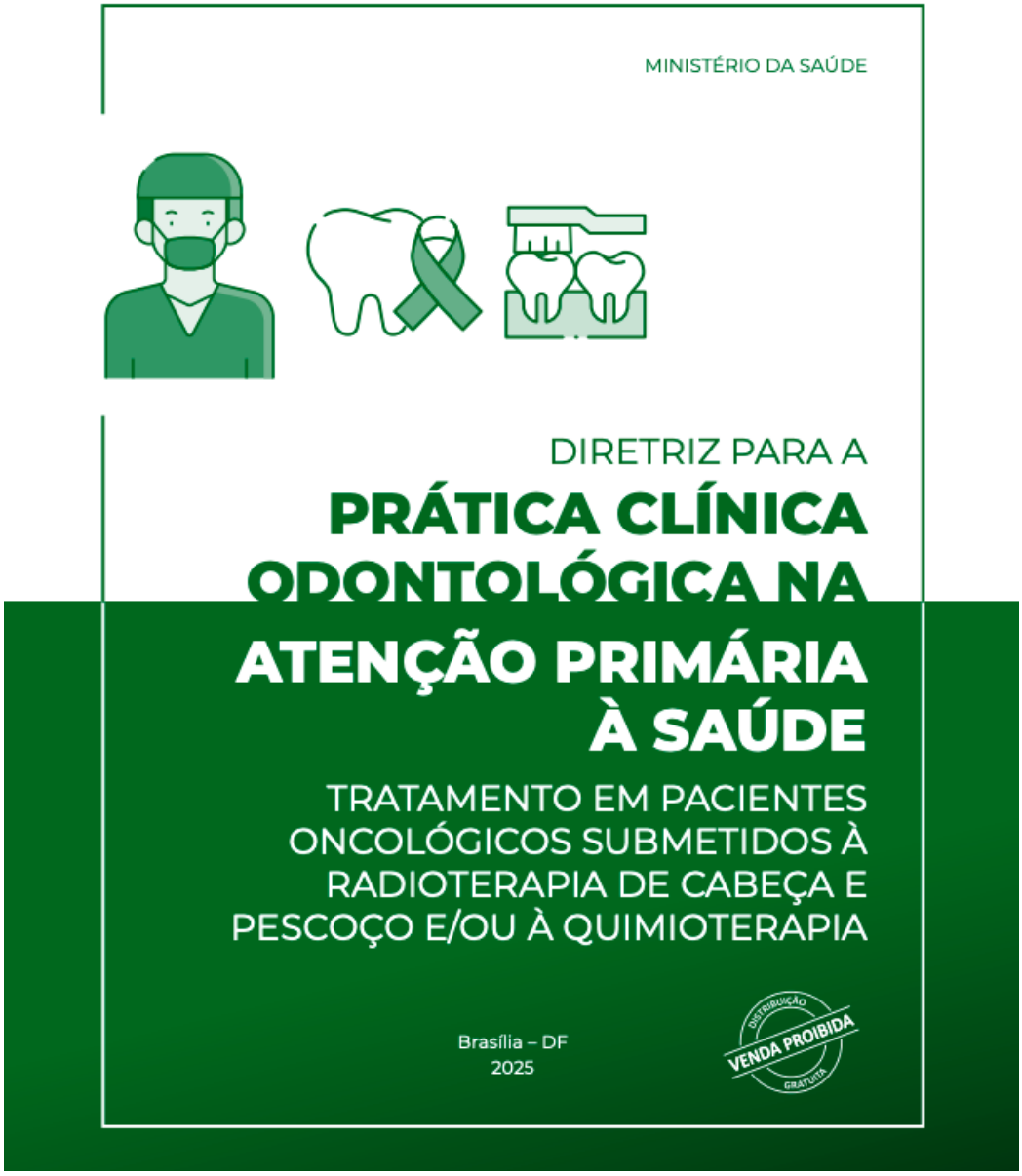
Figuras

As imagens (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, na mesma ordem em que foram mencionadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem também conter um título e uma legenda inseridos na parte inferior da figura. As figuras só serão aceitas para publicação se forem suficientemente nítidas e tiverem qualidade digital, preferencialmente em formato vetorial. Para o formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Gráficos com linhas de grade não serão aceitos, e seus elementos (barras, círculos) não podem ter volume (3D). Caso haja alguma figura extraída de um trabalho previamente publicado, os autores deverão solicitar formalmente a autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Lista de verificação para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, no idioma original, com até 90 caracteres, incluindo espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em fonte Arial, tamanho 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumo estruturado para artigos de pesquisa originais no idioma original do manuscrito.
6. Resumo narrativo para manuscritos não científicos no idioma original do manuscrito.
7. Carta de apresentação contendo a declaração de autoria assinada. Deve ser assinada por todos os autores ou, no mínimo, pelo primeiro autor, e incluir o ORCID de todos os autores.
8. Nome da agência de apoio e número(s) do(s) processo(s).
9. Referências normalizadas de acordo com o estilo Vancouver, apresentadas na ordem de citação. É necessário verificar se todas as referências estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com um máximo de 10 colunas.
11. A figura deve estar em formato vetorial, em PDF, TIF, JPEG ou BMP, com resolução mínima de 300 dpi. Os gráficos não devem conter linhas de grade nem volumes.
12. Tabelas, caixas e figuras não devem, no total, ultrapassar cinco.

Anexo III - Diretriz para prática clínica odontológica na atenção primária à saúde – Tratamento em pacientes oncológicos submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou à quimioterapia.



Apêndice I – Questionário do Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária sobre o Cuidado Odontológico ao Paciente Oncológico

PARTE I - INFORMAÇÕES GERAIS

1. **Idade: _____**

2. **Gênero**: 1.( ) Masculino 2.( ) Feminino 3.( ) Outro _____

3. **Em que ano você se formou em Odontologia? _____**

4. **Instituição de Ensino Superior de Formação:**
   1. ( ) Privada 2.( ) Pública Estadual 3.( ) Pública Federal 4.( ) Outra: _____

5. **Nível de Formação:**
   1.( ) Graduação 2.( ) Especialização 3.( ) Mestrado 4.( ) Doutorado 5.( ) Pós-doutorado

6. **Especialização (pode marcar mais de uma alternativa):**
   1.( ) Não possui
   2.( ) Dentística
   3.( ) Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial
   4.( ) Endodontia
   5.( ) Estomatologia
   6.( ) Harmonização Orofacial
   7.( ) Implantodontia
   8.( ) Odontopediatria
   9.( ) Ortodontia
   10.( ) Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
   11.( ) Odontologia para Pacientes Especiais
   12.( ) Odontologia Legal
   13.( ) Odontologia do Trabalho
   14.( ) Odontologia Hospitalar
   15.( ) Periodontia
   16.( ) Patologia Bucal
   17.( ) Prótese/Reabilitação oral
   18.( ) Radiologia Odontológica e Imaginologia
   19.( ) Saúde Coletiva
   20.( ) Outra (especifique):

7. **Regional que atua:**
   1.( ) Sul 2.( ) Leste 3.( ) Sudeste 4.( ) Norte

8. **Carga horária de trabalho semanal na UBS:**
   1.( ) 40 h. 2.( ) 30h. 3.( ) 20h.

9. **Tempo que trabalha na Atenção Primária à Saúde? (em dias, meses ou anos, especificar): _____**

10. **Como você atualiza os seus conhecimentos?**
    1.( ) Não me atualizo
    2.( ) Através de cursos de atualização
    3.( ) Através de revistas científicas
    4.( ) Através de livros
    5.( ) Através de congressos
    6.( ) Uso a Internet
    7.( ) Outros: _____

PARTE II - CONHECIMENTO SOBRE ATENDIMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

11. Qual seu nível de conhecimento sobre a abordagem odontológica de pacientes oncológicos?

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo

12. Qual seu nível de aprendizado na graduação sobre manejo odontológico do paciente oncológico?

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo

13. Possui interesse em se aperfeiçoar no manejo odontológico do paciente oncológico?

( ) Sim, já fiz alguns cursos ( ) Sim, mas nunca fiz curso na área
( ) Não, mas já fiz algum curso ( ) Não me identifico ( ) Não sei

14. Possui experiência no atendimento de pacientes oncológicos?

( ) Não, sem experiência
( ) Sim, menos de 1 ano
( ) Sim, 1 a 5 anos
( ) Sim, 6 a 10 anos
( ) Sim, mais de 10 anos

15. Você realiza atendimento de pacientes oncológicos na APS?

( ) Sim, sempre (pelo menos uma vez por semana)
( ) Sim, ocasionalmente (uma vez por mês ou mais)
( ) Sim, raramente (menos de uma vez por mês)
( ) Não atendo ( ) Não sei

16. Você realiza avaliação odontológica prévia ao início do tratamento oncológico na APS?

( ) Sim ( ) Não

17. Quais são as complicações orais mais comuns em pacientes oncológicos? (Marque todas as que se aplicam)

( ) Não sei ( ) Mucosite ( ) Xerostomia ( ) Infecções orais ( ) Cáries ( ) Osteonecrose
( ) Alterações no paladar ( ) Outras (especifique): _____

18. Você sabe quanto tempo antes de começar o tratamento oncológico devem ser realizados os procedimentos odontológicos em pacientes que serão submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?

( ) Sim ( ) Não

19. Quais tratamentos odontológicos são recomendados para pacientes que estão sendo submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia? (Selecione todas as opções que se aplicam.)

( ) Realizar somente tratamentos odontológicos de urgência durante o tratamento oncológico.
( ) Realizar tratamentos odontológicos eletivos e restauradores, conforme necessário, mesmo durante a quimioterapia ou radioterapia.
( ) Executar procedimentos preventivos como profilaxia e aplicação de flúor, somente se

indicados em situações de urgência.
( ) Adiar procedimentos odontológicos não emergenciais até a conclusão do tratamento oncológico.
( ) Fornecer tratamento odontológico estético para melhorar a aparência durante o tratamento oncológico.

20. Qual o intervalo de acompanhamento odontológico do paciente após radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?
( ) O paciente deve ser acompanhado a cada 6 meses.
( ) O intervalo de acompanhamento pode ser reduzido se o paciente apresentar alguma intercorrência ou risco de adoecimento.
( ) O paciente deve ser acompanhado

21. Você sabe quais orientações de higiene bucal devem ser dadas para pacientes que serão submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia?
( ) Sim ( ) Não

22. Sobre as recomendações para a higiene oral em pacientes oncológicos, quais práticas são recomendadas? (Selecione todas as opções que se aplicam.)
( ) Realizar a escovação dentária após as refeições e antes de dormir com dentifrícios contendo pelo menos 1000 ppm de flúor.
( ) Utilizar escovas de cerdas macias ou ultra macias. ( ) Usar fio dental diariamente.
( ) Instruir o indivíduo e/ou cuidadores quanto às técnicas adequadas para a realização da higiene dentária.
( ) Substituir o fio dental convencional por escova interdental para indivíduos com maior espaço interdental.
( ) Substituir o uso da escova dental por gaze ou boneca de gaze.
( ) Utilizar dentifrício com concentração de flúor superior a 2500 ppm em pacientes com fluxo salivar diminuído e xerostomia.

23. Qual(is) da(s) estratégia(s) é(são) recomendada(s) para a prevenção e tratamento de mucosite oral em pacientes submetidos a radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia? (Selecione todas as opções que se aplicam.)
( ) Realizar profilaxia dentária profissional e utilizar laser de baixa potência (fotobiomodulação) para a prevenção de mucosite oral.
( ) Usar enxaguatório à base de benzidamina para a prevenção e alívio dos sintomas de mucosite oral, aplicado de 4 a 6 vezes por dia em spray ou bochecho.
( ) Substituir o uso de enxaguatório à base de benzidamina por enxaguatório com clorexidina 0,12% apenas em casos de dificuldade de controle de placa bacteriana.
( ) Utilizar solução de clorexidina 0,12% (entre 5 e 10 ml) por 1 minuto, 2 vezes por dia, como alternativa ao uso de enxaguatório à base de benzidamina.
( ) Aplicar laser de baixa potência (fotobiomodulação) apenas em casos de mucosite oral já desenvolvida, não como medida preventiva.

24. Você tem conhecimento sobre os custos dos produtos de higiene bucal para paciente oncológico?
( ) Sim ( ) Não

25. **Você já fez algum treinamento ou curso específico sobre cuidados orais em pacientes oncológicos?**

( ) Sim, recente
( ) Sim, há mais de 2 anos
( ) Não, mas planejo fazer
( ) Não, e não tenho planos de fazer