# Investigação Científica

# Saúde bucal em crianças com câncer: conhecimentos e práticas dos cuidadores

Oral health in children with cancer: knowledge and practices of caregivers

Yohana de Oliveira Ponte\* Rubiane Diógenes Alves Ximenes\*\* Amanda de Albuquerque Vasconcelos\*\*\* Daniela Cavalcante Girão\*\*\*\*

#### Resumo

Objetivo: avaliar os conhecimentos e as práticas dos cuidadores sobre saúde bucal em crianças com câncer, na instituição beneficente Lar Amigos de Jesus, em Fortaleza, Ceará, além de identificar as principais complicações bucais decorrentes do tratamento oncológico e como é estabelecida a relação médico-dentista desses pacientes. Materiais e método: a população do estudo foi composta por 15 cuidadores, que são pessoas responsáveis pelo acompanhamento das crianças acolhidas pela entidade. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temático. Resultados: todos os entrevistados eram do sexo feminino e não trabalhavam. Quanto ao grau de parentesco com a criança, 14 das entrevistadas eram as mães e uma entrevistada era a avó. Após a decomposição do corpus e da codificação das unidades temáticas, o material coletado foi estruturado nas seguintes categorias: cuidados em saúde bucal, complicações bucais decorrentes do tratamento oncológico, relação médico-dentista, saúde geral e saúde bucal. Conclusão: a manutenção da higiene bucal das crianças, antes, durante e após o tratamento antineoplásico, é da maior relevância para evitar o aparecimento de complicações bucais decorrentes das diferentes terapias aplicadas no combate ao câncer. Entretanto, pode-se perceber a falta de informação sobre as práticas de higiene bucal e a dificuldade em entender a importância da saúde bucal para a manutenção da saúde sistêmica. Ficou evidenciada a importância da inserção do cirurgião--dentista na equipe multidisciplinar para acompanhamento do paciente oncológico pediátrico, visando à melhoria da qualidade de vida desse sujeito.

Palavras-chave: Higiene bucal. Odontopediatria. Oncologia.

http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v24i2.10433

<sup>\*</sup> Mestranda em Odontopediatria, Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas, São Paulo, Brasil.

<sup>\*</sup> Mestre em Odontologia Preventiva e Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

<sup>\*\*\*</sup> Doutoranda em Odontopediatria, Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas, São Paulo, Brasil.

Doutoranda em Odontopediatria, Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas, São Paulo, Brasil.

# Introdução

O câncer infantojuvenil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que podem ocorrer em qualquer local do organismo<sup>1</sup>. Por serem predominantemente de natureza embrionária, tumores na criança e no adolescente são constituídos de células indiferenciadas, o que, geralmente, proporciona melhor resposta aos tratamentos atuais<sup>1</sup>.

Assim como nos países desenvolvidos, no Brasil, o câncer já representa a primeira causa de morte (8% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos¹. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (Inca), em 2018 a estimativa foi de 12.500 novos casos de câncer em crianças e adolescentes até os 19 anos¹.

Os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias (que afetam os glóbulos brancos), os que atingem o sistema nervoso central e os linfomas<sup>1</sup>. Na leucemia, as alterações patológicas na cavidade bucal ocorrem frequentemente<sup>2</sup>.

Durante os tratamentos antineoplásicos, várias lesões³ e/ou alterações bucais podem ser observadas na cavidade bucal, entre elas, mucosite, xerostomia, infecções dentárias ou oportunistas, hemorragias gengivais, distúrbios na formação dos germes dentários, alterações no paladar, disfagia, trismo muscular, entre outras⁴.

Em razão da imunossupressão, os pacientes com câncer requerem cuidados especiais para manutenção de sua saúde bucal, pois adquirem infecções com maiores frequência e gravidade que os pacientes comuns, embora a cavidade bucal ainda seja frequentemente negligenciada como possível foco primário de uma septicemia ou outras infecções sistêmicas<sup>5</sup>.

Nesse contexto, a equipe médica deve apoiar a detecção e abordagem dessas sequelas, e o cirurgião-dentista precisa orientar e intervir para a manutenção da saúde bucal, atuando em harmonia e com extrema atenção às reações do tratamento antineoplásico<sup>6</sup>.

Ballestreri et al.<sup>7</sup> (2016) sugerem a necessidade de abordagem de equipes multidisciplinares em que o cirurgião-dentista esteja inserido,

com o intuito de enfatizar a adoção de medidas de promoção e prevenção de saúde, tanto geral como bucal, na tentativa de auxiliar na melhoria do quadro de saúde durante a hospitalização, sendo essencial incluir no cuidado à criança o seu cuidador e os profissionais de saúde.

Assim, considerando que alterações na cavidade oral podem desencadear complicações sistêmicas, aumentar o tempo de internação hospitalar e comprometer a qualidade de vida e o conforto da criança, o presente trabalho objetiva avaliar os conhecimentos e as práticas de saúde bucal em crianças com câncer, na instituição beneficente Lar Amigos de Jesus, além de identificar as principais complicações bucais decorrentes do tratamento oncológico e como é estabelecida a relação médico-dentista desses pacientes.

#### Materiais e métodos

A pesquisa foi realizada entre os meses de agosto e novembro de 2014, na instituição beneficente Lar Amigos de Jesus, com denominação jurídica de Associação dos Missionários da Solidariedade, instituição sem fins lucrativos e com caráter religioso e social, localizada no município de Fortaleza, Ceará<sup>8</sup>.

O Lar Amigos de Jesus desenvolve um programa gratuito de acolhimento, apoio e assistência a crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 18 anos, portadores de câncer e outras enfermidades como doenças congênitas, renais e cardíacas. Recebe aproximadamente quarenta crianças e adolescentes diariamente, todos com seus respectivos acompanhantes, dispõe de dezoito funcionários e apoio de voluntários e religiosas<sup>8</sup>.

Os acolhidos são oriundos do interior do Ceará e de outros estados da federação e encaminhados para a instituição por secretarias de saúde, hospitais e clínicas especializadas. A entidade oferece hospedagem com espaço físico diferenciado e humanizado, alimentação, serviço social, lazer, além de atividades diversificadas, incluindo atendimento odontológico para os pais, palestras e oficinas de terapia<sup>8</sup>.

A amostra foi composta por saturação, com os cuidadores, que são os responsáveis que acompanham as crianças acolhidas pela entidade. Os critérios de seleção foram: cuidadores maiores de 18 anos de idade e que acompanhavam crianças na faixa etária de 0 a 12 anos de idade. Foram excluídos os cuidadores de crianças portadoras de outras enfermidades que não fossem câncer.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi explicado aos participantes da pesquisa, conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, mantendo a confidencialidade do pesquisado. Em seguida, os questionários foram aplicados. Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos, em 1º de dezembro de 2014, pelo parecer de número 1.013.444, da Universidade de Fortaleza (Unifor).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada desenvolvida pelas pesquisadoras, que foi gravada e, posteriormente, transcrita. A escolha pelo uso desse instrumento foi realizada pela possibilidade de os sujeitos discorrerem livremente sobre suas opiniões e percepções com relação aos questionamentos, porém sendo norteadas pela entrevistadora.

Os participantes foram abordados de forma individual nas dependências do Lar Amigos de Jesus, levados a uma sala reservada, na qual responderam à entrevista semiestruturada, composta pelo quadro descritivo dos informantes (sexo, idade, estado civil, escolaridade, entre outros) e por perguntas abertas, possibilitando que os entrevistados dessem seus depoimentos. As perguntas que compuseram o roteiro da entrevista tiveram como assunto principal a saúde bucal das crianças acometidas por câncer que esses entrevistados acompanham.

Para a análise do quadro descritivo dos cuidadores, foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2007, já para a análise dos discursos, foi adotada a técnica de análise de conteúdo temática<sup>9</sup>, com o propósito de se obter novos conhecimentos a partir dos relatos dos sujeitos. Tomando como base os objetivos propostos neste estudo, essa técnica de análise seguiu as seguintes etapas operacionais: leitura flutuante, constituição do *corpus*, composição das unidades de análise, codificação e recortes e categorização<sup>9</sup>.

Os cuidadores não foram, em nenhum momento, identificados na pesquisa e, de maneira aleatória, foram enumerados por algarismos arábicos.

### **Resultados**

Todos os 15 entrevistados eram do sexo feminino. Quanto ao grau de parentesco com a criança, 14 das entrevistadas eram as mães e uma entrevistada era avó, com idades entre 21 e 51 anos. No que concerne à escolaridade, observou-se que 7% não sabem ler e escrever, 20% possuem o ensino fundamental incompleto (até o 3º ou 4º ano), 40% concluíram o ensino fundamental, 13% têm o ensino médio incompleto (até o 1º ou 2º grau) e 20%, o ensino médio completo. Sobre a renda familiar, os entrevistados recebem entre um a dois salários mínimos. Alguns relataram receber apenas o programa beneficente do governo direcionado à criança com câncer.

Também foi observado que todas as cuidadoras entrevistadas não trabalhavam. Algumas relataram que trabalhavam, até descobrirem o diagnóstico da criança e deixarem o emprego para dedicar-se ao seu cuidado. Já outras, nunca trabalharam.

Após a decomposição do *corpus* e da codificação das unidades temáticas, o material coletado foi dimensionado nas seguintes categorias empíricas: cuidados em saúde bucal, complicações bucais decorrentes do tratamento oncológico, relação médico-dentista, saúde geral e saúde bucal.

Dentro da categoria identificada como cuidados em saúde bucal, pode-se observar que as mães fazem o acompanhamento da higiene bucal de suas crianças. Algumas realizam a escovação, outras observam a criança durante a escovação e tentam orientar quanto à maneira de escovar corretamente, além de cobrarem uma frequência na escovação. Conforme se pode observar nas seguintes falas:

Sou eu que faço a higiene... Mais pela manhã e a noite... (Cuidadora 03).

É eu, mas é assim né, bota pra baixo e pra cima, bem de leve... Três vez por dia (Cuidadora 10).

Eu digo a ele como é que é pra escovar, e ele escova... Uma vez por dia. Ele é preguiçoso, mas eu digo a ele quantas vez é pra escovar (Cuidadora 15).

Eu, e às vezes ela só. Vou deixando pra ela ir aprendendo né... Eu procuro sempre depois das refeições. De manhã, depois do almoço e depois do jantar e peço pra ela escovar antes de dormir mas esse antes de dormir, às vezes falha (Cuidadora 06).

Quanto à forma de realização da higiene bucal, a maioria das entrevistadas relatou que as crianças faziam uso de escova dentária e dentifrício, conforme se pode observar nos exemplos relatados a seguir:

Com escova e pasta normal (Cuidadora 01).

Com escova e pasta vermelhinha, aquela de criança, porque ele diz que aquela outra arde (Cuidadora 02).

Com a escova. E pasta, qualquer uma (Cuidadora 05).

Com pasta infantil mesmo e escova. Às vezes ela não quer deixar, aí eu pego o cotonete e... limpo (Cuidadora 08).

Com escovazinha mesmo e aquelas pastazinha pra pequeno, pra criança, sabor de morango (Cuidadora 14).

Uma entrevistada relatou o uso de nistatina durante a higiene bucal da criança com câncer: "Uso nistantina com a gaze mais pra fazer a higiene da língua e a pasta, aquele cremezinho Tandy, para escovação mesmo" (Cuidadora 03).

Quando questionada sobre o uso de um antifúngico para higiene bucal de seu filho, a mãe explicou que não recebia orientação de higiene bucal de nenhum profissional, e seguia as orientações de outras mães mais antigas, conforme se apresenta no seguinte relato:

As informações foi só com aquelas mães antigas mesmo sabe, olha não pode escovar o dente, quando via você escovando o dente, olha não pode, se tiver com a defesa baixa vai ferir entendeu, foi as mãe mesmo (Cuidadora 03).

Na categoria **complicações bucais decorrentes do tratamento oncológico**, algumas entrevistadas associaram as alterações que aparecem na cavidade oral das crianças aos tratamentos de quimioterapia, conforme os discursos seguintes:

Quando ele fazia a quimioterapia, a quimioterapia roeu muito os dentim dele (Cuidadora 02).

Às vezes, fica meia feridinha. Mas elas falam que é por conta da quimioterapia mesmo (Cuidadora 07).

Mas eu falo pra ele que se ele não escovar vai cair tudim, porque a quimioterapia é forte né? Até quebrou o da frente. Porque ele tá na quimioterapia, qualquer coisa inflamada a quimioterapia arrebenta, né (Cuidador 13).

Ele machucou a boca com a quimioterapia, feriu a boca (Cuidadora 14).

Mesmo a literatura apontando vários relatos de manifestações bucais em crianças com câncer, algumas entrevistadas, quando questionadas da presença de incômodo ou desconforto na cavidade oral, responderam desta forma: "Não relata nenhum incômodo" (Cuidadora 01); "Não... nada disso não..." (Cuidadora 08); "Não. Nunca" (Cuidadora 12).

Quanto ao uso de medicações de forma inadequada, podemos observar, no seguinte relato, a falta de conhecimento e orientação de algumas mães: "Algumas vezes que ele fez a quimioterapia... Eu botei logo a nistantina aí e um cremezinho também... Acilon parece... Aí quando aparece alguma coisa vermelhinha eu já tou passando" (Cuidadora 03).

Na categoria **relação médico-dentista**, encontramos discursos que relataram a existência de articulação entre essas duas categorias profissionais, conforme se observa:

Ele é encaminhado pela doutora dele para o dentista... (Cuidadora 02).

O médico manda ela ir para o dentista. Ela já foi (Cuidadora 05).

Foi encaminhada até pela médica. Eu marquei hoje (Cuidadora 07).

Já foi encaminhado, ele tava com o dente ruim um dia desse, aí arrancou o dente. Pela Dra. lá do hospital (Cuidadora 15).

No entanto, apesar da importância da comunicação médico-dentista, algumas entrevistadas afirmaram que as suas crianças nunca foram encaminhadas ao dentista:

Nunca foi ao dentista e nem foi encaminhado (Cuidadora 03).

Ela não foi encaminhada não, nunca (Cuidadora 08).

Nunca foi encaminhada (Cuidadora 09).

Não. Nunca (Cuidadora 11).

É comum o discurso de que as crianças só podem ser encaminhadas para atendimento odontológico quando finalizarem o tratamento de quimioterapia e radioterapia, como se observa nos relatos a seguir:

Ele é encaminhado pela doutora dele para o dentista... aí ela disse: mãezinha ele só vai fazer tratamento nos dente quando ele terminar o tratamento né... (Cuidadora 02).

A dotôra falou que só quando ele terminar tudo. Porque ele tá na quimioterapia, qualquer coisa inflamada a quimioterapia arrebenta, né (Cuidador 13).

Na categoria **saúde geral e saúde bucal**, as entrevistadas afirmaram que conheciam a importância da saúde da boca para a saúde geral e que estavam cientes da sua correlação. Porém, não souberam justificar, observando-se insegurança com relação à resposta, indicando dúvidas sobre essa associação. Conforme exemplos:

É importante, porque tudo na boca é como no corpo, no intistino, né (Cuidadora 01).

Acho importante. Sei lá por quê... Eu sei que eu acho. Porque eu acho que quem tem a boca, sei lá, os dente estragado, afeta a saúde, né não (Cuidadora 05)?

Acredito. Mulher eu nem sei dizer... Mas é muito importante, muito importante mesmo... (Cuidadora 15).

Acredito que sim. Não, eu acredito assim que tem a ver a saúde da boca com a saúde do corpo, né... Acredito que sim (Cuidadora 14).

Foi observada, em alguns relatos, a permissividade da mãe em relação à vontade da criança, de acordo com o quadro de saúde da criança, sendo mais permissivas a fatores não favoráveis à saúde bucal em momentos de agravamento do quadro. Como podemos perceber no relato a seguir:

Quando ela tá em casa, toda vida que ela come ela faz, mas aqui a gente vive mais no hospital. Quando ela tá boa ela escova sempre depois das refeições, mas quando ela não tá boa, não tem quem faça. Não tem dentista, não tem ninguém (Cuidadora 01).

# Discussão

A higiene oral é essencial em crianças com câncer, por não favorecer o aparecimento de complicações bucais, já que são pacientes imunossuprimidos e mais vulneráveis a infecções.

A orientação sobre higiene bucal não pode ser negligenciada, pois a presença de biofilme dentário, além de predispor a inflamação gengival, pode gerar sangramentos espontâneos em função de uma possível plaquetopenia e de aumento da severidade das mucosites<sup>4</sup>.

Lopes et al.<sup>10</sup> (2012) consideram relevante instruir o paciente quanto aos cuidados de higiene bucal durante todo o tratamento oncológico bem como quanto à sua manutenção posterior. Assim

como atribuem importância aos programas preventivos que envolvem higiene bucal meticulosa e visitas ao cirurgião-dentista para avaliar e manter a saúde bucal, essas são considerações importantes para aumentar a qualidade de vida das crianças com câncer<sup>10</sup>.

Quanto à frequência de escovação, embora seja difícil estabelecer uma frequência por tratarem-se de crianças, muitas vezes, debilitadas fisicamente, a Academia Americana de Odontopediatria recomenda a escovação dental com o uso de dentifrício fluoretado duas vezes ao dia para todas as crianças<sup>11</sup>.

No presente estudo, a maioria das entrevistadas são as mães que dedicam suas vidas aos cuidados dos filhos, durante a condução do tratamento oncológico, muitas até abandonaram seus empregos para dedicarem-se, exclusivamente, a esses cuidados, em concordância com o estudo de Ballestreri et al.<sup>7</sup> (2016), em que a mãe, ou outro familiar do sexo feminino, tem sido apontada como cuidadora principal de crianças. Essa situação é explicada tendo por base que a figura da mãe está inserida desde o primeiro momento da infância da criança, pela dependência e referência do paciente pediátrico pela mãe.

O elo entre mãe e filho ocorre desde a gravidez e se estende até a prática odontológica, em que os hábitos das crianças são adquiridos pelos hábitos das mães. Assim, a promoção de saúde bucal também se estabelece por meio de práticas e observações da genitora. Pode ser observado, pelos relatos, que esses cuidados contemplam a saúde bucal, demonstrando preocupação e empenho na manutenção da saúde infantil.

É recomendado o uso de escova de dente com cerdas de náilon macias para a remoção de placa, mesmo se o paciente for trombocitopênico. Se a gengiva permanecer saudável e sua manipulação pela escova não induzir hemorragia significativa, não é apropriado descontinuar o uso da escova de dente por causa do nível de plaquetas².

O uso de nistatina não é indicado, por não existir relação comprovada da nistatina com os cuidados de higiene bucal diária para crianças, além de ela conter grandes quantidades de sacarose<sup>12</sup>.

No estudo de Pedrosa et al. $^{13}$  (2019), verificouse que a maioria dos pais tem conhecimento da

situação de saúde bucal e dos fatores que podem influenciá-la, o que é essencial para promover mudanças de comportamento que levem a atitudes positivas em relação aos cuidados, principalmente em grupos de risco, como no caso de pacientes oncológicos, porém não colocam em prática<sup>13</sup>. Faz-se necessária a atuação do cirurgião-dentista e dos demais profissionais da equipe de saúde para estimular os bons hábitos e reduzir ou evitar sofrimento dessas crianças.

O tratamento antineoplásico, por proporcionar imunossupressão, pode trazer sequelas na cavidade bucal dos pacientes pediátricos. A doença e a hospitalização geram fragilidade, desestabilização emocional e psicológica e alteração dos mecanismos de defesa, os quais podem aumentar o risco de infecções oportunistas<sup>14</sup>. Evidências científicas mostram que as infecções oportunistas, se não forem controladas, podem evoluir para infecção sistêmica. Dessa forma, o exame diário da cavidade bucal e a instituição de um protocolo preventivo e/ou curativo para candidose, entre outras complicações, são justificados<sup>14</sup>.

Gandhi et al.<sup>15</sup> (2017) concluíram, em seu estudo, que as alterações orais mais frequentes em crianças com câncer que receberam quimioterapia são: mucosite, inflamações e ulcerações acompanhadas de dor, sangramentos, xerostomia, além de infecção por *Candida albicans* e, quanto mais novo o paciente, maior a possibilidade de a quimioterapia afetar a cavidade oral. Por causa da alta atividade mitótica, a ocorrência de complicações bucais é três vezes maior em crianças quando comparada a adultos<sup>16</sup>.

Mesmo a literatura apontando vários relatos de manifestações bucais em crianças com câncer, algumas entrevistadas do presente estudo, quando questionadas da presença de incômodo ou desconforto na cavidade oral, responderam que não ocorriam.

Essas informações podem se correlacionar com os cuidados que as mães desta pesquisa demonstraram ter com a higiene oral das crianças, pois um paciente oncológico que apresente uma adequada higiene oral tem a possibilidade de reduzir significativamente os riscos do surgimento de complicações bucais.

Sanders et al.<sup>2</sup> (2011) afirmam que as alterações patológicas na cavidade bucal ocorrem frequentemente, como resultado da leucemia. A Leucemia Linfoide Aguda (LLA) representa 25% de todas as neoplasias da faixa etária de 0 a 14 anos (pico entre 3-4 anos) e em 75% dos casos de leucemias infantis, com uma ligeira predileção pelo gênero masculino<sup>17</sup>. No Brasil, considerando-se a faixa etária abaixo de 15 anos, a variação percentual desse tumor foi de 15% a 45%<sup>18</sup>.

Os sinais ou sintomas bucais sugestivos de leucemia foram reportados em, pelo menos, 75% dos adultos e 29% das crianças com leucemia². A baixa incidência de manifestações bucais em crianças pode ser atribuída, em parte, à idade precoce do diagnóstico e à alta porcentagem de LLA no grupo etário pediátrico². O pico da incidência de LLA é aos 3 anos de idade, quando as alterações inflamatórias e degenerativas preexistentes são comparativamente menos frequentes².

Torna-se fundamental que, quando as manifestações ocorrem, o paciente possa ser orientado e acompanhado por um cirurgião-dentista, para que não ocorra, por falta de orientação e conhecimento, o uso de medicações inadequadas, como foi observado em alguns relatos na presente pesquisa.

Pacientes com neoplasias necessitam de protocolos de atendimento odontológico diferenciados, pelos cuidados diários com a cavidade oral ou com as situações que o próprio tratamento os impõe, sendo necessário intervir nas complicações orais que surgem no decorrer da terapia antineoplásica, pois, dependendo da gravidade das lesões, o tratamento médico poderá ficar comprometido, além de ser extremamente difícil para a crianca lidar com isso<sup>19</sup>.

Assim, visando à melhoria da qualidade de vida do paciente infantil oncológico e à redução das complicações bucais que podem surgir em decorrência do tratamento antineoplásico, a comunicação entre o médico e o dentista é de fundamental importância.

Yavuz e Yilmaz<sup>20</sup> (2015) chegaram à conclusão de que é necessário um regime de educação e orientação voltado aos cuidados higiênicos da boca, antes e após a terapia antineoplásica, em que a participação de profissionais de saúde e dos pais possa servir de monitoramento para a prática desses cuidados, buscando diminuir o quadro de evolução das lesões e até mesmo evitá-las, com o acompanhamento do cirurgião-dentista. Assim, pode-se evitar e/ou impedir a manifestação de dor ou desconforto nesses pacientes.

No entanto, apesar da importância da comunicação médico-dentista, algumas entrevistadas afirmaram que as suas crianças nunca foram encaminhadas ao dentista. Essa falta de articulação deve-se, muitas vezes, ao curto tempo entre o momento do diagnóstico e o início do tratamento antineoplásico, além da condição sistêmica que o paciente apresenta, exigindo cuidados rápidos e resolutivos, considerados como prioridade.

Vale ressaltar que, para executar procedimentos odontológicos em diferentes fases do tratamento (antes, durante e após), certos protocolos devem ser seguidos em relação aos índices hematológicos dos pacientes, visando à manutenção da saúde e à contribuição para a eficácia dos resultados da terapia antineoplásica<sup>21</sup>.

Assim, torna-se imprescindível que se estabeleçam protocolos para que a relação médico-dentista seja estabelecida com harmonia e segurança, evitando possíveis divergências e erros. É comum o discurso de que as crianças só podem ser encaminhadas para atendimento odontológico quando finalizarem o tratamento de quimioterapia e radioterapia.

O cirurgião-dentista deve ser inserido com maior frequência na equipe multidisciplinar, na qual ele possa diagnosticar, prevenir e tratar as manifestações bucais de uma forma que beneficie o paciente, promovendo um meio bucal adequado e estável, livre de focos de infecções que possam comprometer sua saúde, buscando dar uma maior qualidade de vida ao paciente, para que ele possa se alimentar sem desconfortos, realizar sua escovação sem receio de sentir dor, além de melhorar o andamento do tratamento antineoplásico e a sua condição sistêmica<sup>15</sup>.

Ademais, é essencial que o cirurgião-dentista seja um elo entre criança, cuidadores e demais profissionais da saúde. Quando essa se configurar numa prática institucional, haverá a ressignificação da saúde bucal como imprescindível e inseparável da saúde geral dos pacientes. Assim, esperase fomentar um cuidado integral e humanizado

do paciente hospitalizado, atuando de forma humanizada e ampliando a atuação em saúde<sup>7</sup>.

Diante desse contexto, é importante ressaltar que é preciso proporcionar às crianças um tratamento integral, sem separar a boca do restante do corpo, visto que as afecções bucais são importantes fontes de agravamento de doenças sistêmicas<sup>22</sup>. Atualmente, o conceito de saúde bucal engloba a reflexão sobre a qualidade de vida e a inclusão de fatores antes não considerados, como: sintomas bucais, limitações funcionais, bem-estar emocional e social<sup>23</sup>. Para as crianças, o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal refere-se à sua disposição de brincar, dormir, frequentar a escola, relacionar-se com os outros, bem como à influência sobre crescimento, desenvolvimento, fonação e mastigação<sup>24</sup>.

A falta de conhecimento das mães sobre a importância da saúde bucal para a saúde sistêmica do paciente, aliada à preocupação com as dificuldades que a criança enfrenta em decorrência do tratamento antineoplásico, faz com que elas fiquem mais permissivas às vontades das crianças e descuidem da sua saúde bucal.

Contudo, é fundamental a conscientização de que uma cavidade bucal saudável influi positivamente no sucesso do tratamento médico<sup>5</sup>. As más condições de saúde bucal são fatores etiológicos determinantes não só das intercorrências estomatológicas, mas também das sistêmicas, podendo levar o paciente a óbito<sup>25</sup>.

## Conclusão

Concluímos que os responsáveis, sobretudo a figura materna, têm papel fundamental na prática de manutenção da saúde geral e bucal da criança, entretanto, pode-se observar a falta de informação sobre as práticas de higiene bucal e a dificuldade em entender a importância da saúde bucal para manutenção da saúde sistêmica.

Devido à falta de conhecimento dos responsáveis, não podemos destacar as principais alterações bucais dos pacientes envolvidos nesta pesquisa, porém, podemos perceber que nem todo paciente oncológico pediátrico apresenta manifestações bucais significativas.

A relação médico-dentista não se encontra bem estabelecida. Por isso, ressalta-se que o cirurgião-dentista deve ser inserido na equipe multidisciplinar para acompanhamento do paciente oncológico pediátrico, visando à melhora na qualidade de vida desse paciente.

#### **Abstract**

Objective: to assess the knowledge and practices of caregivers on oral health in children with cancer at Lar Amigos de Jesus - a charity institution in Fortaleza, Ceará, Brazil. It also aims to identify the main oral complications from cancer treatment and the establishment of the physician-dentist relationship of these patients. Materials e method: the study population consisted of 15 caregivers responsible for accompanying the children welcomed by the institution. The data was collected using semi-structured interviews. The data was analyzed with the thematic content analysis technique. Results: all respondents were women and did not work. As for the relationship to the children, 14 of the respondents were their mothers and one was the child's grandmother. After decomposing the *corpus* and coding the thematic units, the material collected was structured into the following categories: oral health care, oral complications from cancer treatment, physician--dentist relationship, general health, and oral health. Conclusion: maintaining the oral hygiene of children before, during, and after the antineoplastic treatment is essential to prevent the appearance of oral complications from the different therapies used to fight cancer. However, there is a lack of information on oral hygiene practices and difficulty understanding the importance of oral health to the maintenance of systemic health. The insertion of a dentist in the multidisciplinary team to follow--up pediatric cancer patients is evidenced, aiming to improve the children's quality of life.

*Keywords*: Oral hygiene. Pediatric dentistry. Oncology.

# Referências

- Brasil. Instituto Nacional de Câncer [citado 2019 maio 28]. Disponível em URL: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil#.
- Sanders BJ, Shapiro AD, Hock RA, Weddell JA, Belcher CE. Manejo do paciente sistemicamente comprometido: desordens hematológicas, câncer, hepatite e AIDS. In: Dean JÁ, Avery DR, McDonald RE. Odontopediatria para crianças e adolescentes. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 483-505.

- Francisconi FC, Caldas RJ, Oliveira Martins LJ, Rubira CMF, Santos PSS. Leukemic oral manifestations and their management. Asian Pac J Cancer Prev 2016; 17(3):911-5.
- Peres P, Queiroz AM, Moreira MR, Faquim JPS, Ferrari MACM. Odontopediatria aplicada ao câncer infantil – manifestações clínicas e protocolos de atendimento. Rev J Manag Prim Health Care 2013; 4(3):191-9.
- Silva LCP, Lobão DS, Cruz RA. Manejo de pacientes com necessidades especiais nos cuidados da saúde bucal. In: Massara MLA, Rédua PCB (coord.). Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria. 2. ed. São Paulo: Santos; 2017. p. 55-273.
- Freitas DA, Caballero AD, Pereira MM, Oliveira SKM, Silva GP, Hernández CIV. Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. Rev CEFAC 2011; 13(6):1103-8.
- Ballestreri R, Santo GWD, Freddo SL, Lucietto DA. Hábitos de saúde bucal em crianças internadas no Hospital da Criança do município de Chapecó, Santa Catarina, Brasil. RFO-UPF 2016; 21(3):300-5.
- Lar Amigos de Jesus [citado 2019 maio 28]. Disponível em URL: http://www.laramigosdejesus.org.br/quem-somos/o-lar.
- 9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
- Lopes IA, Nogueira DN, Lopes IA. Manifestações orais decorrentes da quimioterapia em crianças de um centro de tratamento oncológico. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2012; 12(1):113-9.
- American Academy of Pediaric Dentistry. Guideline on Fluoride Therapy. Pediatr Dent 2016; 38:181-4.
- Fonseca MA. Dental care of the pediatric cancer patient. Rev Pediatric Dentistry 2004; 26(1):53-7.
- Pedrosa BRV, Martins WLL, Almeida HCR, Kozmhinsky VMR, Sabino MFPA, Oliveira KMM. Parents' knowledge about the oral health care of oncological children. RGO Rev Gaúch Odontol [periódico online] 2019 [citado 2019 maio 28]; 67:e2019008. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1981-86372019000100303&lng=pt.
- 14. Ferreira EMS, Antunes HS, Uemura ST, Sant'Anna GR. Candidose bucal em crianças com câncer – prevenção e tratamento. In: Imparato JCP, Duarte DA, Manfro ARG. Odontopediatria: prática de saúde baseada em evidências. São Paulo: Elsevier; 2012. p. 263-79.
- Gandhi K, Datta G, Ahuja S, Saxena T, Datta AG. Prevalence of oral complications occurring in a population of pediatric câncer patients receiving chemotherapy. Int J Clin Pediatr Dent 2017; 10(2):166-71.
- Hespanhol FL, Tinoco EMB, Teixeira HGC, Falabella MEV, Assis NMSP. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(Supl. 1):1085-94.
- Gazzinelli LB, Costa BAO, Gonçalves CF, Soares Júnior LAV, Santos PSS. Manejo odontológico em crianças com leucemia aguda sob tratamento antineoplásico. Rev UNINGÁ 2018; 55(1):121-33.
- Brasil. Ministério da Saúde. Quimioterapia Instituto Nacional de Câncer [citado 2017 jan. 10]. Disponível em URL: http://www.inca.gov.br/conteudo\_view.asp?id=101.
- Villela MLD, Silva LCP, Santos RM. Protocolo de atendimento odontológico para crianças acometidas por leucemia linfocítica aguda. Arq Bras Odontol 2014; 10(2):28-34.
- Yavuz B, Yilmaz HB. Investigation of the effects of planned mouth care education on the degree of oral mucositis in pediatric oncology patients. J Ped Oncol Nursing 2015; 32(1):47-56.

- Zimmermann C, Meurer MI, Grando LJ, Moral JAGD, Rath IBS, Tavares SS. Dental treatment in patients with leukemia. J Oncology 2015; 2015(Article ID 571739):1-14.
- 22. Rodrigues ALS, Malachias RC, Pacheco CMF. A importância da saúde bucal em pacientes hospitalizados: uma revisão. Rev Odontol Univ Cid São Paulo 2017; 29(3):243-8.
- 23. Abanto J, Alves FBT, Sato CM, Bönecker MJS. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal na primeira infância. In: Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. 4. ed. São Paulo: Quintessence; 2017. p. 715-23.
- 24. Bönecker M, Abanto J, Tello G, Oliveira LB. Impact of dental caries on preschool children's quality of life: an update. Braz Oral Res 2012; 26(1):103-7.
- 25. Rocha RS, Pinheiro LP, Oriá MOB, Ximenes LB, Pinheiro AKB, Aquino PS. Determinantes sociais da saúde e qualidade de vida de cuidadores de crianças com câncer. Rev Gaúcha Enferm [periódico online] 2016 [citado 2019 maio 10]; 37(3):e57954. Disponível em URL: http://ref.scielo.org/ypx92m.

#### Endereço para correspondência:

Yohana de Oliveira Ponte Rua Frei Mansueto, 1.240, Apto. 103 CEP 60.175-070 – Fortaleza, Ceará, Brasil

Telefone: (085) 98814-0131 E-mail: yohanaponte@bol.com.br

Recebido: 03/06/19. Aceito: 09/09/19.