

Conhecimentos e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer

Knowledge and practices of oral health on hospitalized children with cancer

Aline May Barbosa¹

Dayane Machado Ribeiro²

Angela Scarparo Caldo-Teixeira³

Abstract *The aim of this study was to evaluate the knowledge and practices of oral health (OH) in hospitalized children with cancer. The sample was composed by the nurse team, caretakers and children. It was applied a questionnaire concerning the general knowledge about OH, methods and instruments used for oral hygiene (OH). According to the results, the responsible of OH of children are the caretakers (90.7%) who receive instructions from the nurse team in 21.4% of cases. As for the oral cavity discomfort, the nurse team reported that all patients exhibited clinical manifestations while the caretakers reported a different number, 62.8% of cases. All participants considered important having a dentist in the oncology sector. According to the results obtained, it was possible to conclude that there is no oral health protocol for hospitalized children with cancer and that the most frequent oral manifestations among patients going through antineoplastic treatment were: mucositis, nausea, vomit, xerostomy and lack of sense of taste.*

Key words *Dentistry hospital, Oncology, Health education*

Resumo *O objetivo do estudo foi avaliar os conhecimentos e práticas em saúde bucal (SB) com crianças hospitalizadas com câncer. A amostra foi composta pela equipe de enfermagem, cuidadores e crianças. Foi aplicado um questionário relacionado ao conhecimento geral sobre SB, métodos e instrumentos utilizados para a higiene oral (HO) e dados socioeconômicos. Baseado nos resultados, quem realiza a HO das crianças são os cuidadores (90,7%), que receberam orientações da equipe de enfermagem em 21,4% dos casos. Com relação ao desconforto na cavidade bucal, a equipe de enfermagem reportou que todos apresentaram manifestações clínicas, enquanto apenas 62,8% dos cuidadores reportaram casos. Todos os participantes consideraram importante haver um CD no setor de oncologia. Pôde-se concluir que não existe um protocolo de cuidados com a higiene bucal de crianças hospitalizadas com câncer e que as manifestações bucais mais frequentes entre os pacientes em tratamento antineoplásico foram: mucosite, enjoos, vômitos, xerostomia e ausência de paladar. Palavras-chave* *Odontologia hospitalar, Oncologia, Educação em saúde*

¹ Curso de Odontologia, Universidade do Sul de Santa Catarina. Av. José Acácio Moreira 787, Bairro Dehon. 88704-900 Tubarão SC. yamenila@yahoo.com.br

² Departamento de Estomatologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Departamento de Formação Específica, Faculdade de Odontologia do Pólo Universitário de Nova Friburgo, Universidade Federal Fluminense.

Introdução

As práticas de higiene bucal desempenham importante papel na prevenção de doenças bucais¹⁻³. Há, atualmente, uma grande variedade de métodos disponíveis para a remoção mecânica da placa bacteriana. A escovação dental manual permanece, no entanto, sendo o método de eleição para se alcançar uma boa higiene bucal⁴.

De acordo com Honkala⁵, é recomendado escovar os dentes duas vezes ao dia, sendo considerados “escovadores regulares” todos aqueles que escovarem os dentes ao menos uma vez ao dia.

As doenças bucais constituem atualmente um importante problema de saúde pública, não somente devido à sua alta prevalência, mas também pelo seu impacto em nível individual e coletivo, em termos de dor, desconforto, limitações sociais e funcionais, o que afeta a qualidade de vida do indivíduo⁶.

A doença cárie juntamente com as doenças periodontais constituem as afecções de maior prevalência na cavidade bucal, e também podem acometer crianças e levar à perda precoce de elementos dentais quando não tratadas adequadamente⁷.

De acordo com Lascala⁸, a constante evolução dos conceitos de promoção de saúde e do entendimento epidemiológico de multifatoriedade e a proposta de tratamento segundo o risco à cárie fizeram com que a prática odontológica se voltasse para a promoção de saúde, enfatizando a necessidade de atuação nos agentes predisponentes ou causadores das doenças e não somente no tratamento cirúrgico-restaurador.

O cuidado com a saúde bucal de crianças envolve vários setores, tais como: a família, a sociedade, as políticas governamentais e também o cirurgião-dentista. Agindo em conjunto, esses setores buscam proporcionar-lhes saúde⁹.

A odontologia baseada na promoção de saúde a uma população infantil específica, como pacientes acometidos pelo câncer, tem papel fundamental no restabelecimento da saúde geral e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas crianças.

No Brasil, as estatísticas sobre as neoplasias infantis têm sido pouco analisadas na literatura nacional, apesar da existência de fontes de dados, tais como o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde e os Registros de Câncer de Base Populacional em funcionamento no país. Sabe-se que, em 1994, as neoplasias foram responsáveis por 8% dos óbitos entre as crianças de 1 a 14 anos, representando, assim, a

quarta causa de morte (excluindo os óbitos por afecções mal definidas), sucedendo as causas externas, as doenças do aparelho respiratório e as doenças infecciosas¹⁰.

Dos óbitos por neoplasias na infância, as leucemias representam a maior causa, sendo responsáveis por 39% das mortes na Europa e por 50% nas Américas, Oceania e Ásia. O declínio observado, em diversos países, nos coeficientes de mortalidade por neoplasias em menores de 15 anos parece ser devido, em grande parte, ao aumento da probabilidade de sobrevida para a maioria dos casos com tumores infantis, ou seja, ao acréscimo na porcentagem de crianças vivas com neoplasias após um determinado período de tempo, em decorrência de diagnósticos mais precoces e maior sucesso nas intervenções terapêuticas (radioterapia, quimioterapia, cirurgia, transplante de medula óssea). Os recentes avanços no uso dos medicamentos quimioterápicos e o emprego de esquemas combinados de drogas permitiram elevar a sobrevida de crianças com neoplasias, particularmente as diagnosticadas hematológicas¹⁰.

Em quase todos os grupos de diagnóstico, tem-se apresentado aumento nas probabilidades de sobrevida. No entanto, pode ocorrer uma acentuada variabilidade entre as probabilidades de sobrevida dos pacientes diagnosticados com diferentes tumores. Tais variações derivam da história natural da doença, conforme o órgão afetado e das respostas variadas à terapêutica antineoplásica. As neoplasias pediátricas mostram-se habitualmente fatais quando não tratadas adequadamente ou em tempo hábil¹⁰.

Apesar de, em muitos países, ter-se verificado aumento na incidência das neoplasias em menores de 15 anos e de o prognóstico para vários tumores infantis ainda estar aquém do desejado, sabe-se que a sobrevida das crianças com câncer é melhor hoje em dia. Particularmente para alguns tipos histológicos, o aumento da sobrevida fez-se de forma mais marcante¹⁰.

Atualmente, 77% das crianças acometidas por câncer podem ser curadas se diagnosticadas precocemente e tratadas em centros especializados¹¹.

Um dos principais recursos utilizados no tratamento oncológico infantil é a quimioterapia isolada ou associada à cirurgia e à radioterapia. A função principal das terapias antineoplásicas é a destruição das células malignas, preferencialmente quando estão na fase de mitose. Entretanto, células da mucosa bucal e gastrointestinal, medula e pele também apresentam grau de atividade mitótica semelhante e são especialmente

propensas a manifestar os efeitos secundários dos agentes antineoplásicos¹².

Durante o tratamento antineoplásico, as alterações na cavidade bucal alcançam maior gravidade, pois tanto a quimioterapia quanto a radioterapia não diferenciam as células neoplásicas das células normais¹³.

Os principais efeitos colaterais da quimioterapia são a mucosite, a xerostomia temporária e a imunodepressão, possibilitando infecções dentárias ou oportunistas. Observam-se também hemorragias gengivais decorrentes da plaquetopenia e distúrbios na formação dos germes dentários quando a quimioterapia é administrada na fase de odontogênese¹⁴⁻¹⁶.

O serviço de oncologia pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG – Santa Catarina) tem em sua trajetória algumas centenas de crianças tratadas, e apresenta assistência odontológica e acompanhamento clínico de rotina. Porém, não são realizadas a quantificação e qualificação dessas alterações ocasionadas na cavidade bucal pelo tratamento desses pacientes.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar os conhecimentos e práticas em saúde bucal em crianças hospitalizadas no setor de oncologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão, em de Florianópolis (SC), bem como quantificar e qualificar as complicações bucais provenientes do tratamento antineoplásico.

Métodos

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) e do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), o estudo foi iniciado. Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), segundo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A população do estudo foi composta pela equipe de enfermagem (n=19) do setor de oncologia do HIJG, crianças hospitalizadas (n=43) e cuidadores (acompanhantes; n=43) das crianças. Os critérios de seleção foram: crianças hospitalizadas e cuidadores – seleção aleatória entre os pacientes em tratamento quimioterápico, totalizando n=43; equipe de enfermagem – seleção aleatória dentre aqueles que trabalhavam no setor de oncologia do HIJG e que concordaram em participar do estudo.

Por meio de entrevista, foram aplicados questionários sobre dados gerais (idade, sexo, estado civil, ocupação profissional, etc.), conhecimentos gerais sobre saúde bucal, métodos e instrumentos utilizados para a higienização bucal. Os dados foram coletados por uma única avaliadora, entre os meses de fevereiro e agosto de 2007. Os resultados obtidos foram analisados pela frequência de respostas (análise descritiva) e pelo teste exato de Fisher ($p<0,05$), nos casos em que uma mesma pergunta gerou respostas discordantes.

Resultados

O perfil da população estudada pode ser observado nas tabelas 1 a 3.

O diagnóstico mais frequente, de acordo com os dados obtidos dentre as 43 crianças avaliadas, foi a leucemia linfoblástica aguda (LLA), em 48% da amostra, seguido por linfoma de Burkitt (7%), neuroblastoma (7%) e osteossarcoma (6%), como descrito na Tabela 1.

Com relação à equipe de enfermagem (Tabela 3), os profissionais trabalhavam há pelo menos quatro anos no HIJG, por trinta horas semanais, e haviam se formado – em média – há 7,68 anos.

Quando questionada sobre as práticas e conhecimentos em saúde bucal (Tabela 4), apesar de 78,94% da equipe de enfermagem responder que não havia um protocolo de autocuidado em saúde bucal ao paciente hospitalizado, a equipe disse recomendar o uso de escova dental, dentífrico e clorexidina (68,4%) com frequência de três vezes ao dia (52,6%).

Algumas perguntas resultaram em dados estatisticamente significativos, uma vez que se tornaram discordantes. Por exemplo, quando questionados: “A criança é encaminhada para atendimento odontológico?”, 100% da equipe de enfermagem reportaram que sim, ao passo que apenas 23% dos cuidadores responderam o mesmo ($p=0,002$). O mesmo pôde ser observado frente à pergunta “A criança relata desconforto na cavidade bucal?”, em que 100% da equipe de enfermagem reportaram que sim, enquanto apenas 16% dos cuidadores responderam o mesmo que a equipe de enfermagem ($p<0,001$).

Os desconfortos na cavidade bucal mais frequentemente reportados pela criança podem ser observados na Tabela 5.

Tabela 1. Perfil das crianças hospitalizadas. HIJG, 2007.

Característica	n	%
Idade (anos)		
0 a 5	14	32,5
6 a 10	14	32,5
Mais de 10	15	35
Sexo		
Feminino	12	27,9
Masculino	31	72,1
Tempo de tratamento (meses)		
Menos de 1 mês	9	21
Até 6 meses	7	16,3
6 a 12 meses	11	25,5
Mais de 12 meses	3	6,9
Não responderam	13	30,3
Tempo de internação (dias)		
Até 7	28	65,1
7 a 14	11	25,5
14 a 21	1	2,5
Mais de 1 mês	3	6,9
Diagnóstico (tipo de câncer)		
Leucemia linfoblástica aguda	21	48
Linfoma de Burkitt	3	7
Neuroblastoma	3	7
Osteossarcoma	2	6
Outros (estômago, rins, olhos, intestino, pulmão, coração, cérebro, abdômen, etc.)	14	32

Tabela 2. Perfil dos cuidadores (acompanhantes). HIJG, 2007.

Característica	n	%
Idade (anos)		
menos de 20	05	11,6
21 a 30	10	23,3
31 a 40	18	41,8
mais de 40	10	23,3
Sexo		
Feminino	36	83,7
masculino	07	16,3
Grau de parentesco com a criança		
Mãe	34	79
Pai	07	16
outros (tia, avó, etc.)	02	5
Estado civil		
Casado (a)	36	83
Divorciado (a)	04	10
Solteiro (a)	03	7
Situação profissional		
Empregado (a)	16	41,8
Desempregado (a)	18	37,2
Não trabalha	08	14
Aposentado (a)	03	7

Tabela 3. Perfil da equipe de enfermagem. HIJG, 2007.

Característica	n	%
Idade (anos)		
20 a 30	02	10,6
31 a 40	09	47,3
Mais de 40	08	42,1
Sexo		
Feminino	17	89,4
masculino	02	10,6
Formação profissional		
Curso técnico	12	63,1
Curso superior completo	03	13,9
Curso superior incompleto	04	21

Discussão

O Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), situado em Florianópolis, é vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SES). É um hospital-escola, terciário, considerado polo de referência estadual para as patologias de baixa, média e alta complexidade.

Atualmente, o setor de oncologia do HIJG possui catorze leitos, e a idade dos pacientes hospitalizados varia de alguns meses de vida até a pré-adolescência. Há também um ambulatório onde as crianças realizam tratamento antineoplásico e são encaminhadas para exames complementares. Este possui um cirurgião-dentista que realiza os atendimentos no consultório odontológico do ambulatório. Porém, a demanda é ainda maior, uma vez que, tanto as crianças hospitalizadas quanto as que fazem manutenção do tratamento antineoplásico recebem assistência odontológica.

Neste estudo, verificou-se um maior acometimento do câncer em crianças do sexo masculino (Tabela 1), o que também foi encontrado por Hou *et al.*¹⁷, Sepet *et al.*¹⁸, Silva *et al.*¹⁹ e Santos *et al.*²⁰.

No Brasil, de cada dez a quinze casos de câncer, considerando-se a faixa etária abaixo de 15 anos, quatro são de leucemia linfoblástica aguda^{19,21,22}, o que demonstra que a leucemia é o diagnóstico mais frequente em crianças^{10,20,23}, fato este também observado nos dados obtidos neste estudo, cuja prevalência foi de 48%.

Tabela 4. Conhecimentos e práticas de higiene bucal. HIJG, 2007.

Conhecimentos e práticas	Cuidadores		Enfermagem	
	n	%	n	%
Vocês receberam instruções de HB?				
Sim	28	65,11	08	42,1
Não	15	34,89	11	57,9
Quem forneceu as informações sobre HB?				
Equipe médica	12	42,8	—	—
Equipe de enfermagem	06	21,4	—	—
Cirurgião-dentista	08	28,5	—	—
Cursos, palestras	—	—	08	100
Leitura	02	7,3	—	—
Você realiza a HB da(s) criança (s)?				
Sim	39	90,7	—	—
Não	04	9,3	18	94,7
às vezes	—	—	01	5,3
Com que frequência é realizada a HB?				
2 vezes ao dia	12	28	—	—
3 vezes ao dia	17	39,5	—	—
Mais de 3 vezes ao dia	14	32,5	—	—
Com o que realiza a HB?/ O que indica para a HB?				
Escova, dentifrício	07	16,2	01	5,3
Escova, dentifrício e fio dental	01	2,4	—	—
Escova, dentifrício e clorexidina	27	62,8	13	68,4
Escova, dentifrício, fio dental e clorexidina	05	11,6	01	5,3
Clorexidina	02	4,6	04	21
Bicarbonato de sódio	01	2,4	—	—
A criança relata desconforto na cavidade bucal?				
Sim	16	62,8	19	100
Não	27	37,2	—	—
A criança é encaminhada para o cirurgião-dentista?				
Sim	23	53,4	19	100
Não	20	46,6	—	—
Você acha importante ter um cirurgião-dentista na equipe?				
Sim	43	100	19	100
Não	—	—	—	—

Tabela 5. Prevalência das manifestações clínicas relatadas pelos cuidadores e equipe de enfermagem durante a terapêutica antineoplásica. HIJG, 2007.

Manifestações clínicas	Cuidadores		Enfermagem	
	n	%	n	%
Dor na mucosa	12	75	16	84,2
Enjôos	09	56,25	14	73,6
Vômitos	09	56,25	14	84,2
Ardência	03	18,75	16	84,2
Boca seca	04	25	05	26,3
Dor de dente	03	18,75	03	15,7
Ausência de paladar	01	6,25	01	5,2

Analisando-se a faixa etária de ocorrência do câncer, observou-se que na amostra estudada houve distribuição similar entre as idades de 0-5 anos (32,5%) e 6-10 anos (32,5%), sendo observado o mesmo no estudo de Santos *et al.*²⁰, cuja prevalência foi de 68,57% em crianças com até dez anos de idade.

Dentre as terapêuticas para o tratamento do câncer estão a quimioterapia, radioterapia, cirurgia, ou a associação delas^{10,24}. O tratamento mais utilizado para as leucemias é a quimioterapia intensiva em três fases: indução, consolidação e manutenção²⁵.

Os principais efeitos colaterais da terapêutica antineoplásica são a mucosite, a xerostomia temporária e a imunodepressão, possibilitando infecções dentárias ou oportunistas. Observam-se também hemorragias gengivais decorrentes da plaquetopenia e distúrbios na formação dos germes dentários, quando a quimioterapia é administrada na fase de odontogênese¹⁴⁻¹⁶.

Dentre os desconfortos mais frequentes neste estudo (Tabela 5), constatou-se a “dor na mucosa” (mucosite), em virtude da presença de ulcerações. Santos *et al.*²⁰ observaram que durante a terapia, 81,82% tiveram a mucosa bucal comprometida por ulcerações, sangramento gengival e candidíase. Ribas e Araújo²³, no entanto, observaram uma menor prevalência de manifestações bucais nos portadores de leucemia na infância; 17,64% de lesões ulceradas e 11,76% com gengivite.

A mucosite é uma inflamação da mucosa, frequente e dolorosa, que ocorre de cinco a sete dias após a terapia antineoplásica (químio/radio) e que depende do grau de perda tecidual e agressão de patógenos. Essa alteração na mucosa pode progredir para a descamação celular, resultando em úlceras sintomáticas, dificultando a fala e a alimentação²⁰. O aparecimento de lesões na cavidade bucal em relação ao período inicial do tratamento oncológico comprova os dados achados nesta pesquisa (Tabela 1 e Tabela 5).

Muitos dos agentes quimioterápicos são administrados por via sistêmica e provocam distúrbios horas depois de serem administrados, aumentando o risco dos efeitos agressivos à saúde bucal no curso do tratamento²⁰. As sintomatologias como enjoos e vômitos foram relatados com grande frequência (Tabela 5).

A sensação de boca seca (xerostomia) também foi um dos desconfortos presentes nos resultados desta pesquisa, e o padrão de resposta foi similar entre os pesquisados (Tabela 5). Apesar de ser considerado um dos efeitos mais frequentes da irradiação de cabeça e pescoço²⁴, nessa po-

pulação estudada a prevalência foi menor do que a apresentada por outros estudos na literatura.

Como consequência da xerostomia ocorre uma hipofunção das glândulas salivares, que consequentemente, acarreta em alterações na dieta, que por sua vez alteram a microflora (produzem um aumento de *Streptococcus mutans*), e essa alteração, somada à precária higiene bucal observada, favorece o surgimento de lesões de cárie²⁴⁻²⁷. Outra explicação para o aumento na incidência de lesões de cárie pode ser a ausência de paladar (disgeusia), o que sugere a mudança na alimentação do paciente para uma dieta mais macia e doce.

A familiarização com todos os possíveis sintomas associados aos pacientes oncológicos e uma subsequente generalização das sequelas do tratamento antineoplásico por parte da equipe de enfermagem, de um lado, e o fato de os cuidadores usarem suas experiências pessoais, por outro lado - ambos quando questionados -, pode ser a causa da discordância de respostas com relação ao desconforto na cavidade bucal ($p < 0,001$).

Pelo fato de os pacientes serem crianças, suas mães estavam presentes durante as consultas e, consequentemente, durante a realização do estudo (Tabela 2). Assim, observou-se que a presença delas indica o importante papel que possuem dentro do núcleo familiar. Além disso, acredita-se que a presença das mães tenha diminuído a ansiedade das crianças frente ao tratamento em âmbito hospitalar²⁸.

Sabe-se, na prática da odontologia, que os hábitos adquiridos pelas crianças para a promoção de saúde bucal se estabelecem através da observação das práticas de prevenção da mãe. As crianças cujas mães têm pouco cuidado apresentam forte tendência a também desenvolver poucos cuidados²⁹, tornando-se um ponto chave no processo de prevenção³⁰.

Altamirano e Jereissati³¹ destacaram que as orientações de saúde bucal, por mais simples que sejam, oferecem resultados positivos e são essenciais durante o período de internação de crianças em enfermarias pediátricas de hospitais públicos. Em tais enfermarias, o perfil da população atendida é carente, o número e a rotatividade de pacientes são elevados e não há condições de consultas frequentes serem realizadas.

Quando os cuidadores foram questionados sobre conhecimentos e práticas em saúde bucal (Tabela 4), observou-se que a grande maioria considerava-se informada e que realizavam a higienização bucal de seus filhos por meio de escova, dentífrico e clorexidina.

A explicação para o uso da clorexidina foi encontrada quando a equipe de enfermagem informou não haver um protocolo de higienização bucal, mas que recomendavam o uso diário de escova dental e dentífrico e o bochecho com clorexidina (Tabela 4).

Poucos estudos na literatura são referentes à avaliação de um protocolo que seja efetivo para inibir ou amenizar as sequelas bucais do tratamento contra o câncer. Costa *et al.*³² analisaram a efetividade de um protocolo preventivo utilizando a clorexidina na prevenção das complicações bucais durante o tratamento de quimioterapia para a LLA. Os autores observaram nas crianças que fizeram uso do protocolo preventivo um menor desenvolvimento de complicações bucais, apesar de reportarem sensação de ardência.

É importante ressaltar que apesar de ser considerado um antimicrobiano altamente eficaz, o uso da clorexidina deve ser recomendado apenas nos casos em que o paciente não consegue realizar a higiene bucal. Como qualquer outro agente antimicrobiano potente, deve ser administrada somente sob supervisão profissional e possui efeitos colaterais quando utilizada por longos períodos. Exemplos desses efeitos colaterais são: pigmentação dos dentes, descamação do dorso da língua, sensibilidade oral (ardência) e alteração da gustação após algumas horas³³.

Mediante tal afirmação, os participantes do estudo foram questionados sobre a importância da participação efetiva de um cirurgião-dentista, em ambiente hospitalar, para que medidas de promoção de saúde fossem tratadas com prioridade. As repostas demonstraram que os participantes, de forma unânime (Tabela 4), acreditam que seria muito importante a inserção do CD neste ambiente.

Outra divergência de respostas foi referente ao questionamento “A criança é encaminhada para atendimento odontológico?” ($p=0,002$). Segundo os cuidadores, muitos deles não sabiam da existência de um cirurgião-dentista na equipe médica. Tal fato sugere a necessidade de maiores esclarecimentos à população, quer seja durante a entrada no HIJG ou por folhetos informativos distribuídos no setor de oncologia. Caso essas medidas tivessem sido adotadas, muitas sequelas poderiam ter sido minimizadas e uma melhora da qualidade de vida promovida.

Constatou-se, também, que os profissionais da saúde com maior contato e relação direta com os pacientes durante o período de internação são provenientes da equipe de enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos em enfermagem. Sen-

do assim, os mesmos foram questionados quanto aos conhecimentos sobre rotina de higiene bucal. Dentre os doze técnicos em enfermagem, apenas três reportaram ter recebido orientações, enquanto cinco das sete enfermeiras reportaram o mesmo (Tabela 4).

Essa informação sugere a existência de uma dissociação do que se entende por higiene, assim como por saúde. Talvez isso se deva a questões de falta de conhecimentos específicos, insegurança, receio, sentimento de inaptidão para exercer tal função ou, até mesmo, pela ausência do pensar na integralização do paciente.

Essa ausência do pensar na saúde bucal como parte da higiene geral torna-se evidente ao analisarmos as atribuições dos técnicos em enfermagem, especificadas pelo código de ética da entidade³⁴ (Art. 11, item IV). Segundo tal código, é considerado dever dos mesmos “[...] prestar cuidados de higiene [...]”. De acordo com essa afirmação, ser responsável pela higiene do paciente não se traduz em ser responsável, também, pela higiene bucal. Esse fato pôde ser comprovado neste estudo (Tabela 4), uma vez que apenas um funcionário reportou realizar, às vezes, a higiene bucal do paciente infantil hospitalizado.

Porém, esse fato de não se considerar o paciente como um todo pode ser observada em todos os segmentos da área da saúde e não somente na enfermagem. Esse pensamento coletivo errôneo resulta em prejuízo no restabelecimento integral do paciente e na qualidade de vida do mesmo e demonstra um *déficit* na formação profissional do técnico em enfermagem.

De acordo com Cecílio e Merhy³⁵, o cuidado com o paciente hospitalizado depende da interação do trabalho multiprofissional, resultado da soma de pequenos cuidados parciais que se complementam. Existe, no entanto, uma dificuldade em se estabelecer funções e delegar responsabilidades, o que resulta em uma sobrecarga no processo de gerência de um hospital. Torna-se um desafio coordenar adequadamente uma equipe tão diversificada e especializada de profissionais da saúde.

Nesse contexto hospitalar, talvez seja benéfico para um efetivo desenvolvimento das atividades rotineiras a presença de um CD, cuja responsabilidade seja motivar e conscientizar os funcionários sobre a importância dos cuidados bucais para o restabelecimento da saúde, já que atuam como um ativador de mudanças. E, que esse profissional oportunize o vínculo entre a equipe de enfermagem e o paciente hospitalizado para que os objetivos em tornar a saúde integralizada sejam consolidados.

Assim, é necessário que se inicie um movimento de educação para a saúde e que os profissionais se organizem de forma não necessariamente hierárquica, mas sim em uma divisão de atribuições baseada em suas habilidades, que quando agregadas promovam a transformação das atitudes, das representações sociais e dos comportamentos³⁶.

Espera-se, dessa forma, que com a motivação na transformação das atitudes, os responsáveis pelas crianças entendam que inúmeras sequelas advindas do tratamento antineoplásico podem ser evitadas ou amenizadas e que o acometimento da cavidade bucal mediante tal intervenção médica não é uma obrigatoriedade ou uma fatalidade.

O desfecho desse movimento é difícil e demorado, mas, se ao ser iniciado, houver o entendimento dos limites e das dificuldades do processo educativo, como e a quem educar, flexibilidade para adequação e adaptação dos modelos propostos inicialmente, haverá uma grande possibilidade de se alcançar os objetivos propostos para uma educação em saúde³⁶.

Considerações finais

De acordo com os resultados obtidos, pôde-se concluir que não existe um protocolo de cuidados com a higiene bucal de crianças hospitalizadas com câncer e que as manifestações bucais mais frequentes entre os pacientes em tratamento antineoplásico foram: mucosite, enjoos, vômitos, xerostomia e ausência de paladar.

Dessa forma, é de fundamental importância que se estabeleça um protocolo de cuidados com a higiene bucal de crianças hospitalizadas com câncer, uma vez que as mesmas encontram-se vulneráveis nesse período. A presença de um cirurgião-dentista na equipe médica parece reforçar a preocupação em minimizar os danos provenientes do tratamento oncológico e pode, a partir de suas atribuições e habilidades, ser um agente ativador de mudanças em educação para a saúde.

Há a necessidade de um tratamento profilático que amenize as manifestações bucais em decorrência do tratamento oncológico, visando uma melhoria na qualidade de vida do paciente hospitalizado.

Colaboradores

AM Barbosa trabalhou em todas as etapas do projeto e elaboração final do trabalho. DM Ribeiro participou da concepção e redação final. AS Caldo-Teixeira participou da análise dos resultados e redação final.

Agradecimentos

Ao diretor geral do HIJG, Dr. Maurício Laerte Silva, ao chefe do setor de oncologia, Dr. Lincoln Virmond Abreu, e ao coordenador da odontologia do HIJG, Dr. Levy Hermes Rau, por possibilitarem a realização deste estudo. À equipe de enfermagem e às crianças e suas famílias por participarem de forma tão solícita durante a execução do estudo. À Laura Scarparo Caldo Teixeira pela revisão gramatical do texto.

Referências

1. Ferreira MCM, Orsi RM. **A saúde bucal ao alcance de todos**. São Paulo: Santos; 1995.
2. Abegg C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(6):586-593.
3. Martins ALCF, Fernandes FRC, Corrêa MSNP, Guertera AC. A cárie dentária. In: Corrêa MSNP, organizador. **Odontopediatria na primeira infância**. 1ª ed. São Paulo: Santos; 1998.
4. Costa CC, Costa Filho LC, Sória ML, Mainardi APR. Plaque removal by manual and electric toothbrushing among children. *Pesqui. Odontol Bras* 2001; 15(4):269-301.
5. Honkala E. Oral health promotion with children and adolescents. In: Schou L, Blinkhorn A, editors. **Oral health promotion**. Oxford: Oxford University; 1993.
6. Araújo A. **Estudo das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento em pacientes do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará** [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2003.
7. Guedes-Pinto AC. **Odontopediatria**. 6ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
8. Lascala NT. **Prevenção na clínica odontológica: promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
9. Goursand D, Borges CM, Alves KM, Nascimento AM, Winter RR. Sequelas bucais em crianças submetidas à terapia antineoplásica: causas e definição do papel do cirurgião dentista. *Arquivos em Odontologia* 2006; 42(3):161-256.
10. Braga PE, Latorre MRDO, Curado MP. Câncer na infância: análise comparativa da incidência, mortalidade e sobrevivência em Goiânia (Brasil) e outros países. *Cad Saude Publica* 2002; 18(1):33-44.
11. Brasil. Ministério da Saúde. **Incidência de câncer no Brasil**. [site da Internet]. 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
12. Precioso VC, Esteves ARF, Souza AM, Dib LL. Complicações orais na quimioterapia em oncologia pediátrica: o papel da odontologia preventiva. *Acta Oncol Bras* 1994; 14:147-152.
13. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. **Princípios e prática de medicina oral**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
14. Rey E, Michelet MC. Tratamiento de las complicaciones bucales en pacientes oncohematológicos, durante la granulocitopenia producida por la quimioterapia. *Rev Fac Odontol* 1994; 14(35):70-76.
15. Minicucci EM, Dib LL, Curi MM, Shinohara EH, Sênedo LM. Sequelas odontológicas do tratamento rádio e quimioterápico em crianças. *Rev Paul Pediatr* 1994; 12:258-263.
16. Fonseca MA. Pediatric bone marrow transplantation: oral complications and recommendations for care. *Pediatr Dent* 1998; 20(7):386-394.
17. Hou GL, Huang JS, Tasi CC. Analysis of oral manifestations of leukemias: a retrospective study. *Oral Dis* 1997; 3(1):31-38.
18. Sepet E, Aytepe Z, Ozerkan AG, Yalman N, Guven Y, Anak S, Devencioglu O, Agaoglu L, Gedikoglu G. Acute lymphoblastic leukemia: dental health of children in maintenance therapy. *J Clin Pediatr Dent* 1998; 22(3):257-260.
19. Silva DB, Pires MMS, Nassar SM. Câncer pediátrico: análise de um registro hospitalar. *J. Pediatr (Rio J)* 2002; 78(5):409-414.
20. Santos VI, Anbinder AL, Cavalcante ASR. Leucemia no paciente pediátrico: atuação odontológica. *Cienc Odontol Bras* 2003; 6:49-57.
21. Ribas MO, Costa NP. Estudo das observações clínicas sistêmicas, estomatológicas e radiográficas das alterações dentárias e ósseas nos pacientes com leucemia na infância. *Rev Odontol Cienc* 1995; 10(20):151-184.
22. Orbak R, Orbak Z. Oral condition of patients with leukemia and lymphoma. *J Nihon Sch Dent* 1997; 39(2):67-70.
23. Ribas MO, Araújo MR. Manifestações estomatológicas em pacientes portadores de leucemia. *Rev. Clin. Pesq. Odontol* 2004; 1(1):35-41.
24. Cardoso MFA, Novikoff S, Tresso A, Segreto RA, Cervantes O. Prevenção e controle das sequelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. *Radiol Bras* 2005; 38(2):107-115.
25. Kroetz FM, Czlusniak GD. Alterações bucais e condutas terapêuticas em pacientes infanto-juvenis submetidos a tratamentos anti-neoplásicos. *Publ. UEPG Biol. Health Sci* 2003; 9(2):41-48.
26. Jensen SB, Pedersen AM, Reibel J, Nauntofte B. Xerostomia and hypofunction of the salivary glands in cancer therapy. *Support Care Cancer* 2003; 11:207-225.
27. Camargo JDF, Batistella FID, Ferreira SLM. Complicações bucais imediatas do tratamento oncológico infantil: identificação, prevenção e tratamento. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê* 2004; 7(36):177-184.
28. Virdee PK, Rodd HD. Who accompanies children to a dental hospital appointment? *European Archives of Paediatric Dentistry* 2007; 8(2):95-98.
29. Zardetto CGC, Rodrigues CRMD, Ando T. Avaliação dos conhecimentos de alguns tópicos de saúde bucal de gestantes de níveis sócio-culturais diferentes. *RPG Rev Pós Grad* 1998; 5(1):69-74.
30. Costa ICC. A gestante como agente multiplicador de saúde. *RPG Rev Pós Grad* 1998; 5(2):87-92.
31. Altamirano EHD, Jereissati L. A fisioterapia respiratória e o processo de hospitalização criança-mãe. *Psicologia: teoria e prática* 2002; 4(2):57-65.
32. Costa EMMB, Fernandes MZ, Quinderé LB, Souza LB, Pinto LP. Evaluation of an oral preventive protocol in children with acute lymphoblastic leukemia. *Pesqui Odontol Bras* 2003; 17(2):147-150.
33. Egbert B, Toledo C, Junior CR. Influências das condições sistêmicas sobre as doenças periodontais e das doenças periodontais sobre as condições sistêmicas. In: Tunes UR, Rapp GE, organizadores. **Atualização em periodontia e implantodontia**. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 31-55.

34. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **COREN-SC ao seu alcance** 6ª ed. Florianópolis: COREN-SC; 2004.
35. Cecilio LCO, Merhy EE. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2003.
36. Mello MS, Ferreira EF, Paixão HH. Educação para saúde em hospital – relato de uma experiência. **Arq Centro Est Curso Odont** 1992; 29(2):99-103.

Artigo apresentado em 30/11/2007

Aprovado em 21/07/2008

Versão final apresentada em 15/08/2008