

# CUIDADOS DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA



# Cuidados da Oncologia Pediátrica

Organizadores

Patricia Medeiros de Souza  
José Carlos Martins Córdoba  
Isis Maria Quezado Magalhães

Brasília – DF  
2024



2024 Patricia Medeiros-Souza

Todos os direitos reservados. É permitido a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1ª edição – 2024 – versão eletrônica

**Organizadores:**

Patricia Medeiros de Souza  
José Carlos Martins Córdoba  
Isis Maria Quezado Magalhães

**Revisão de conteúdo:**

José Carlos Martins Córdoba  
Patricia Medeiros de Souza

**Normalização e diagramação:**

Laura Patrícia da Silva

**Capa e ilustrações:**

Nicole Suyane Mauricio de Oliveira

**Tradução:**

Silvana Reis e Silva Thees

**Projeto financiado pela Fundação de Apoio do Distrito Federal (FAPDF) nº 00193-00000897/2021-58.**

Ficha Catalográfica

Cuidados da oncologia pediátrica [recurso eletrônico] / Patricia Medeiros de Souza, José Carlos Martins Córdoba, Isis Maria Quezado Magalhães, organizadores. – Brasília, 2024.  
175 p. : il.

Inclui referências.  
ISBN 978-65-01-14860-1

1. Oncologia. 2. Pediatria. 3. Medicamentos - Criança. I. Medeiros-Souza, Patricia (org.). II. Córdoba, José Carlos Martins (org.). III. Magalhães, Isis Maria Quezado (org.). IV. Título.

CDU 616-053.2-006

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Laura Patrícia da Silva - CRB-1/1711

# SUMÁRIO

<b>Apresentação.....</b>	<b>4</b>
<b>Cuidados da Família .....</b>	<b>6</b>
<b>Cuidados da Nutrição .....</b>	<b>37</b>
<b>Higienização das Mãos .....</b>	<b>58</b>
<b>Cuidados da Odontologia .....</b>	<b>63</b>
<b>Armazenamento dos Medicamentos .....</b>	<b>80</b>
<b>Cuidados da Enfermagem: profissional .....</b>	<b>84</b>
<b>Cuidados da Enfermagem: paciente .....</b>	<b>111</b>
<b>Descarte Adequado de Medicamentos .....</b>	<b>123</b>
<b>Vacinas .....</b>	<b>125</b>
<b>Reação Adversa dos Excipientes: uma abordagem na pediatria .....</b>	<b>130</b>
<b>Partição de Comprimidos Antineoplásicos .....</b>	<b>160</b>
<b>Sobre os autores .....</b>	<b>173</b>



# Cuidados da Odontologia

---

Ana Flávia Lacerda de Carvalho  
Mirela Fernandes Tamashiro Justi Bego  
Flávia de Passos

Os cuidados com a saúde da boca (saúde bucal) são muito importantes durante toda a nossa vida, desde a infância até a velhice, quando estamos saudáveis ou doentes. As crianças com câncer devem ser acompanhadas por um dentista desde o diagnóstico, durante e depois que termina o tratamento médico para manter a boca e os dentes saudáveis e diminuir os efeitos ruins que o tratamento para o câncer (quimioterapia, radioterapia, transplante) podem causar na boca (Souza, 2019; Kroetz; Czlusniak, 2003).

## **1 AVALIAÇÃO PELO DENTISTA ANTES DE INICIAR O TRATAMENTO DO CÂNCER**

Assim que acontece o diagnóstico de câncer, é importante que a criança seja examinada também por outros profissionais: dentista, nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico e enfermeiro (Instituto Nacional de Câncer; Instituto Ronald McDonald, 2011).



MÉDICO



DENTISTA



NUTRICIONISTA



FARMACÊUTICO



ENFERMEIRA

O dentista irá conversar com os pais e a criança sobre a importância da saúde da boca e dos cuidados diários com a higiene dos dentes; explicar sobre o que pode aparecer na boca depois do uso de remédios para tratar o câncer (quimioterápicos), depois da radioterapia e do transplante; examinar toda a boca da criança e identificar dentes que precisam de tratamento, dentes com cárie ou gengivas inflamadas; estabelecer um acompanhamento durante todo o tratamento de câncer (oncológico), específico para cada criança, de acordo

com as suas necessidades (American Academy of Pediatric Dentistry, 2016; Farsi, 2016; Fonseca, 2004; Schubert et al., 1998).

Algumas crianças podem ter vários dentes com cárie quando recebem o diagnóstico de câncer e o melhor momento para o dentista cuidar dos dentes é antes de começar o tratamento para o câncer. Porém, nem sempre dá tempo, porque às vezes a terapia do câncer precisa começar com urgência. Se isso acontece, o dentista conversa com a equipe médica para ver como estão os exames de sangue da criança e quais remédios a ela irá tomar. Depois, decidem quando a criança poderá fazer o tratamento com o dentista (American Academy of Pediatric Dentistry, 2016; Farsi, 2016; Fonseca, 2004; Schubert et al., 1998).

Crianças que estiverem usando aparelho nos dentes (aparelho ortodôntico) serão avaliadas e será discutida a necessidade de parar o tratamento ortodôntico e remover o aparelho para evitar machucados na boca (American Academy of Pediatric Dentistry, 2016).

## **2 CUIDADOS COM A SAÚDE DA BOCA DURANTE O TRATAMENTO DO CÂNCER**

Durante o tratamento de câncer (tratamento oncológico) o dentista irá acompanhar a criança para manter a saúde da boca, lembrar a importância da higiene dos dentes e da língua todos os dias; e irá diagnosticar e tratar os efeitos ruins dos remédios para o câncer que podem afetar a boca (American Academy of Pediatric Dentistry, 2016).

### **2.1 Mucosite**

Os efeitos ruins relacionados com o tratamento do câncer dependem principalmente da localização do câncer, de sua gravidade e do tipo de tratamento que será realizado.

O tratamento para o câncer, seja a quimioterapia ou a radioterapia, não atinge somente as células com câncer. Pode atingir também células saudáveis. Assim, a boca, dentes, ossos e as glândulas que produzem saliva podem ser afetados por esses efeitos ruins (Menezes et al., 2014; Santos et al., 2009).

O aparecimento de feridas na boca (mucosite) é um dos efeitos ruins da terapia para o câncer que pode ser mais significativo e impactar diretamente na qualidade de vida das crianças (Elad et al., 2020; Spezzia, 2020; Souza, 2019; Ritwik, 2018; Reolon et al., 2017; Ribeiro et al., 2017; Hanna et al., 2016; Elad et al., 2015; Cortes-Ramírez et al., 2014; Lalla et al., 2014; Menezes et al., 2014; Sasada et al., 2013; Epstein et al., 2012; Rampini et al., 2009; Rosenthal; Trotti, 2009; Santos et al., 2009; Cheng et al., 2008; Ribeiro et al., 2008; Vieira; Lopes, 2006; Barasch; Peterson, 2003; World Health Organization – WHO, 1979).



A mucosite é consequência de uma reação causada pelos remédios para tratar o câncer e por um tipo de radiação (radioterapia) utilizada como outra terapia no tratamento de câncer. A mucosite pode aparecer na boca (tecidos da boca), no estômago e intestino (trato digestivo) ou onde a criança faz o cocô (anus) (Elad et al., 2020; Spezzia, 2020; Souza, 2019; Ritwik, 2018; Reolon et al., 2017; Ribeiro et al., 2017; Hanna et al., 2016; Elad et al. 2015; Cortes-Ramírez et al., 2014; Lalla et al., 2014; Menezes et al., 2014; Sasada et al., 2013; Epstein et al., 2012; Rampini et al., 2009; Rosenthal; Trotti, 2009; Santos et al., 2009; Cheng et al., 2008; Ribeiro et al., 2008; Vieira; Lopes, 2006; Barasch; Peterson, 2003; WHO, 1979).

O surgimento e a gravidade das feridas na boca dependem de diversos fatores: tipo de remédio utilizado para tratar o câncer, a dose e a localização da terapia com radiação, se a boca está bem limpinha, os alimentos que a criança come, se a criança bebe água dentre outros fatores (Menezes et al., 2014; Sasada et al., 2013; Rosenthal; Trotti, 2009; Santos et al., 2009; Cheng et al., 2008; Barasch; Peterson, 2003).

Cuidar de uma criança com mucosite não é fácil. Este cuidado precisa ser feito por uma equipe que inclui médico, dentista, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico e fonoaudiólogo. O dentista vai identificar se a criança está com mucosite e avaliar sua a gravidade. Para identificar se a criança está com mucosite, o dentista precisa olhar cuidadosamente a língua, os lábios, bochechas, céu da boca e a garganta.

A mucosite começa com uma vermelhidão na boca, que pode estar em um lugar só ou na boca inteira da criança. A criança pode ficar com a boca mais sensível ou ardida. Depois, aparecem feridas que parecem aftas (úlceras) e são muito dolorosas. As feridas podem ser uma porta de entrada para bactérias, fungos ou vírus (Elad et al., 2020; Souza, 2019; Ritwik, 2018; Ribeiro et al., 2017; Hanna et al., 2016; Elad et al. 2015; Cortes-Ramírez et al., 2014; Lalla et al., 2014; Menezes et al., 2014; Epstein et al., 2012; Santos et al., 2009; Ribeiro et al., 2008; Vieira; Lopes, 2006; WHO, 1979).



O dentista também é o profissional responsável pela prevenção e pelo tratamento da mucosite. Para prevenir, o dentista vai acompanhar a criança desde o início e (durante o tratamento, ensinar e reforçar a manter a boca e os dentes limpos e saudáveis e a boca hidratada. Para alguns remédios e para a terapia que utiliza radiação em cabeça e pescoço, o dentista pode utilizar um aparelho que tem uma luz (laser) que ajuda a prevenir e minimizar o aparecimento da mucosite. O uso do aparelho que emite luz para prevenir mucosite não dói e é muito benéfica para a criança. Nas crianças que fazem a laserterapia preventiva, mesmo que apresentem mucosite, ela vai ser um pouco mais leve (branda) (Elad et al., 2020; Spezzia, 2020; Souza, 2019; Ritwik, 2018; Reolon et al., 2017; Ribeiro et al., 2017; Hanna et al., 2016; Elad et al. 2015; Cortes-Ramírez et al., 2014; Lalla et al., 2014; Menezes et al., 2014; Sasada et al., 2013; Epstein et al., 2012; Rampini et al., 2009; Rosenthal; Trotti, 2009; Santos et al., 2009; Cheng et al., 2008; Ribeiro et al., 2008; Vieira; Lopes, 2006; Barasch; Peterson, 2003; WHO, 1979).

Além disso, o dentista pode indicar o uso de terapia com gelo (crioterapia) para ajudar na prevenção da mucosite e encaminhar a criança para o nutricionista ajustar a dieta. A criança deve evitar consumir alimentos ácidos (laranja, limão, abacaxi), alimentos duros (pipoca), secos (dificultam a mastigação), reduzir o uso de sal e evitar ingerir condimentos fortes (pimenta, molho com polpa de tomate ketchup, mostarda). A criança com a boca e com a alimentação saudáveis tem menos chance de ter mucosite (Elad et al., 2020; Spezzia, 2020; Souza, 2019; Ritwik, 2018; Reolon et al., 2017; Ribeiro et al., 2017; Hanna et al., 2016; Elad et al. 2015; Cortes-Ramírez et al., 2014; Lalla et al., 2014; Menezes et al., 2014; Sasada et al., 2013; Epstein et al., 2012; Rampini et al., 2009; Rosenthal; Trotti, 2009; Santos et al., 2009; Cheng et al., 2008; Ribeiro et al., 2008; Vieira; Lopes, 2006; Barasch; Peterson, 2003; WHO, 1979).

A mucosite geralmente começa entre o 5º e o 7º dia após a quimioterapia e na segunda semana após o início da radioterapia. O tratamento da mucosite não é uma receita de bolo, a criança será avaliada individualmente e será proposto um tratamento personalizado. Cada criança responde de um jeito ao tratamento e o quadro de mucosite pode ser mais demorado se ela estiver com a defesa do organismo prejudicada (neutropenia) (Elad et al., 2020; Spezzia, 2020; Souza, 2019; Ritwik, 2018; Reolon et al., 2017; Ribeiro et al., 2017; Hanna et al., 2016; Elad et al. 2015; Cortes-Ramírez et al., 2014; Lalla et al., 2014; Menezes et al., 2014; Sasada et al., 2013; Epstein et al., 2012; Rampini et al., 2009; Rosenthal; Trotti, 2009; Santos et al., 2009; Cheng et al., 2008; Ribeiro et al., 2008; Vieira; Lopes, 2006; Barasch; Peterson, 2003; WHO, 1979).

Para as crianças que já estão com o quadro de mucosite instalado, o dentista pode prescrever medicação para alívio da dor (analgésicos), que será prescrita de forma individualizada. Além disso, o dentista pode utilizar a laserterapia e normalmente as crianças aceitam bem, pois percebem que o laser não dói durante a aplicação, traz alívio, acelera a cicatrização e faz com que elas melhorem mais rápido. Em algumas crianças, pode ser utilizada

a terapia com gelo (crioterapia) para trazer alívio (Elad et al., 2020; Spezzia, 2020; Souza, 2019; Ritwik, 2018; Reolon et al., 2017; Ribeiro et al., 2017; Hanna et al., 2016; Elad et al. 2015; Cortes-Ramírez et al., 2014; Lalla et al., 2014; Menezes et al., 2014; Sasada et al., 2013; Epstein et al., 2012; Rampini et al., 2009; Rosenthal; Trotti, 2009; Santos et al., 2009; Cheng et al., 2008; Ribeiro et al., 2008; Vieira; Lopes, 2006; Barasch; Peterson, 2003; WHO, 1979).

## 2.2 Infecções

O uso de remédios para tratar o câncer pode diminuir a capacidade do corpo de se defender e podem aparecer infecções causadas por bactérias, vírus ou fungos. Uma das infecções causadas por fungos mais frequentes é a do fungo *Candida albicans* que causa uma infecção conhecida como sapinho (candidíase). Muitas vezes aparecem placas brancas grudadas na parte de dentro das bochechas e da língua, parecendo leite coalhado. Pode acontecer também no cantinho dos lábios, causando um pequeno corte, uma rachadura. Para as crianças que ainda mamam no peito, o sapinho pode estar presente na boca da criança e no seio da mãe. A candidíase pode causar dor e arder (Neville, 2011).



O vírus que mais vezes aparece tem o nome de Herpes Simples. Quando acontece, aparecem feridas (lesões) na língua, lábios e gengivas que podem ficar aumentadas, muito vermelhas e doloridas. Com isso a criança pode ficar bastante irritada, indisposta, fraca e com dificuldade de se alimentar (Neville, 2011).

A chance de ter doenças na boca causada por bactérias, vírus ou fungos aumenta se a criança dividir colheres, garfos, facas e copos com o cuidador ou com outras crianças. Os cuidadores devem evitar assoprar alimentos e beijar na boca das crianças. Se a criança utilizar

chupeta ou mamadeira, elas devem ser higienizadas e bem aguardadas. Lembre-se que as crianças pequenas têm o costume de levar os objetos para a boca, tenha cuidado com a higienização de brinquedos e outros objetos que a criança tenha o costume de brincar, especialmente os mordedores (Ministério da Saúde, 2019; Food Safety Authority of Ireland, 2012; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011; WHO, 2009, 2007).

Qualquer doença na boca será tratada e acompanhada pelo dentista que irá orientar como limpar a boca e os dentes, além de fazer um tratamento com o um aparelho que tem uma luz (laser). Este tratamento ajuda a cicatrizar mais rápido e diminui a dor que a criança está sentindo.

### *2.3 Alteração no paladar, hipossalivação e sensação de boca seca*

Remédios usados durante o tratamento do câncer (quimioterapia) ou a radioterapia podem provocar mudanças na capacidade de perceber o sabor dos alimentos (alteração do paladar), podem diminuir a quantidade de saliva na boca (hipossalivação) e, também, iniciar a sensação de boca seca (xerostomia) (Mosel et al., 2011; Hovan et al., 2010; Diaz-Arnold; Marek, 2002).

Para diminuir essas complicações é muito importante beber mais líquidos, inclusive durante as refeições; mastigar devagar para sentir mais o sabor dos alimentos e aumentar a quantidade de saliva; escovar os dentes todos os dias; usar enxaguantes bucais apenas se o dentista prescrever, porque ele irá escolher o mais indicado para a criança e também irá ensinar sobre os cuidados e a forma de usar; utilizar substitutos de saliva (saliva artificial), que podem ser prescritos pelo dentista; e pedir ajuda ao nutricionista para mudar a dieta (Mosel et al., 2011; Hovan et al., 2010; Diaz-Arnold; Marek, 2002).

### *2.4 Problemas que podem ocorrer na gengiva: gengiva inflamada ou saindo sangue*

Quando a escovação não é realizada da forma correta, restos de bactérias e alimentos ficam grudados nos dentes e podem inflamar as gengivas. Os cuidadores conseguem perceber na hora que vão escovar ou passar fio dental na criança, porque as gengivas podem ficar mais avermelhadas e sangrar. Isso pode incomodar, causar dor, mau cheiro e se piorar, pode inflamar o osso ao redor dos dentes. Quando o exame de sangue está alterado (quando ocorre uma diminuição das plaquetas), também pode acontecer sangramento nas gengivas, que pode ou não ser inflamação (Guedes-Pinto, 2010; Kroetz; Czlusniak, 2003; Toledo, 1996).

## 2.5 Ressecamento labial

As crianças com câncer podem ficar com os lábios mais ressecados, este ressecamento pode deixar a criança incomodada e gerar cortes (fissuras) nos lábios, sangramento e levar ao aparecimento de feridas (Elad et al., 2020; Souza, 2019; Lalla et al., 2014).

É fundamental manter os lábios muito bem hidratados com o uso de um hidratante labial próprio, que deve ser utilizado várias vezes ao dia. É interessante que o hidratante labial tenha uma substância chamada dexpanthenol ou lanolina (essa informação pode ser encontrada na embalagem do hidratante labial), porém se a criança tiver alergia a um desses produtos, o dentista deverá ser avisado imediatamente. Os batons com cor e a manteiga de cacau não têm poder de hidratação. Não é recomendado compartilhar o hidratante labial, mesmo com membros da mesma família, para evitar contaminação (Elad et al., 2020; Souza, 2019; Lalla et al., 2014).

## 2.6 Dor causada por alguns remédios para tratar o câncer

Em alguns tipos de câncer o médico irá receitar medicações que se chamam vincristina e vimblastina. Algumas crianças, depois de tomarem esses remédios, podem sentir uma dor forte nos dentes, osso da boca e ao mastigar, mesmo se não tiverem cárie ou mucosite. Esta dor é passageira (transitória) e diminui ou desaparece depois que terminar o uso do remédio (American Academy of Pediatric Dentistry, 2016).

## 3 CUIDADOS COM A SAÚDE DA BOCA (SAÚDE BUCAL)

A escovação dos dentes deve ser iniciada a partir do nascimento do primeiro dente de leite, sempre utilizando escova e pasta de dente com flúor. O fio dental deve ser utilizado todos os dias e pode ser iniciado a partir do nascimento do segundo dente de leite. Para manter a boca e os dentes saudáveis é fundamental escovar os dentes após as principais refeições e antes de dormir. Mesmo as crianças que não se alimentam pela boca e utilizam sonda, é importante escovar os dentes todos os dias (Jagher et al., 2016; Guedes-Pinto, 2010; Toledo, 1996).

A escovação não tem o objetivo somente de remover os restos de alimentos que ficam grudados nos dentes após a refeição e deixar a boca mais cheirosa, ela permite a remoção de bactérias que se alimentam dos restos de comida que ficam presos no dente e podem causar problemas como a cárie, a inflamação das gengivas (gengivite) e dor (Guedes-Pinto, 2010; Toledo, 1996).

Até os oito anos as crianças não conseguem escovar os dentes sozinhas, nestas crianças a escovação deve ser sempre realizada por um adulto responsável. Após os oito anos a criança pode começar a escovar os dentes sozinha, mas é importante que um adulto esteja sempre de olho na escovação, especialmente na escovação da noite, e ajude a criança caso ela apresente alguma dificuldade (Guedes-Pinto, 2010; Toledo, 1996).

Algumas crianças muito pequenas são resistentes no momento da escovação e demonstram que não querem escovar, chorando e tirando a escova da boca. Elas não entendem a importância de escovar e demonstram suas emoções através do choro. Mesmo com essa dificuldade, é fundamental que os pais não desistam e insistam na escovação, acolham a criança e tentem tornar esse momento mais divertido. A escovação é a principal e a melhor forma de manter os dentes saudáveis (Guedes-Pinto, 2010; Toledo, 1996).

A criança entende melhor as coisas quando ela vê os pais fazendo, dessa forma é interessante que a criança veja os pais escovando os dentes e passando o fio dental, aos poucos ela vai tendo vontade de imitar (Guedes-Pinto, 2010; Toledo, 1996).

O momento da escovação pode ser muito divertido. Aproveite este momento para cantar, contar histórias, deixar que a criança escove os dentes de algum brinquedo que ela goste muito para ir se acostumando com a escovação (Guedes-Pinto, 2010; Toledo, 1996).

### 3.1 Escova de dentes

Para que a escovação seja feita da forma correta, cada pessoa da família deve ter sua própria escova de dentes. A escova de dentes da criança deve ser pequena e ter cerdas macias ou extra macias (esta informação pode ser encontrada na parte de cima da embalagem da escova) (Guedes-Pinto, 2010; Toledo, 1996).

Após cada escovação, a escova deve ser lavada delicadamente com água limpa. Após lavar, a escova deve ser colocada com o cabo para baixo em um recipiente aberto. As cerdas da escova não devem ser cobertas para permitir que sejam secas pelo ar (American Dental Association, 2011; Toledo, 1996).

Como a criança com câncer pode ter uma baixa capacidade de defesa (baixa imunidade), a sua escova de dentes deve ser guardada em um recipiente separado das outras escovas de dentes da casa para evitar contaminação. O recipiente deve ser guardado longe do vaso sanitário (American Dental Association, 2011; Toledo, 1996).





A escova deve ser trocada a cada 3 meses, pelo menos. Se a criança ficar doente ou as cerdas da escova estiverem muito desgastadas ou deformadas, é preciso jogá-la fora (American Dental Association, 2011; Toledo, 1996).

### 3.2 Pasta de dente

A pasta de dente deve possuir flúor na sua composição. O flúor é muito importante para deixar os dentes mais fortes e evitar o aparecimento de manchas e buracos nos dentes, que chamamos de cárie. A cárie é a principal doença bucal que afeta as crianças e pode gerar sérias consequências como dor e perda do dente (Jagher et al., 2016; Chaves; Vieira-da-Silva, 2002; Cury, 2002, 1989).

Mesmo as crianças tendo dentes temporários, que chamamos de dentes de leite, precisamos cuidar muito bem destes dentes pois eles são muito importantes para o crescimento da boca da criança, para guardar o espaço para os dentes de adulto (permanentes) e para manter o sorriso bonito (Guedes-Pinto, 2010; Toledo, 1996).

A quantidade recomendada de flúor na pasta é de pelo menos 1.100 partes por milhão de flúor (1.100 ppm de flúor) (essa informação pode ser encontrada no verso da pasta de dente). Pastas sem flúor ou com menos de 1.100 ppm de flúor não devem ser utilizadas (Jagher et al., 2016; Chaves; Vieira-da-Silva, 2002; Cury, 2002, 1989).



A colocação da pasta na escova de dentes deve ser sempre realizada por um adulto, em quantidade bem pequena e recomendada pelo dentista. A quantidade de pasta de dente recomendada para cada idade está no quadro a seguir (Jagher et al., 2016; Chaves; Vieira-da-Silva, 2002; Cury, 2002, 1989):

Crianças de 0 a 2 anos	Quantidade de ½ grão de arroz cru
Crianças de 2 a 5 anos	Quantidade de 1 grão de arroz cru
Crianças maiores de 6 anos, adolescentes e adultos	Quantidade de 1 grão de ervilha
Nunca	Preencher toda a escova

Existe uma substância presente em algumas pastas de dentes que pode deixá-la mais ardida e irritar as bocas mais sensíveis, o nome desta substância é Lauril Sulfato de Sódio que é um detergente para limpar o dente. O ideal é comprar uma pasta de dente sem esta substância (informação pode ser encontrada no verso da pasta de dente) (Kroetz; Czlusniak, 2003).



### 3.3 *Fio dental*

O fio dental serve para limpar as partes do dente que a escova não alcança, estas partes são as laterais dos dentes. Ele deve ser utilizado todos os dias, uma vez ao dia, especialmente antes de dormir. O fio dental deve ser passado em todos os dentes de forma cuidadosa, sempre antes da escovação. O fio dental pode ser do normal (de fio ou fita) ou com haste plástica, que facilita os pais segurarem para passar na criança. O fio dental que já foi utilizado deve ser jogado fora logo após o uso (Guedes-Pinto, 2010; Toledo, 1996).

As crianças pequenas não conseguem passar o fio dental sozinha, é preciso treino mesmo para as crianças maiores. As crianças maiores devem sempre passar o fio dental na frente de um espelho para que consigam ver melhor os dentes. O palito de dente não substitui o fio dental e não deve ser utilizado porque pode machucar as gengivas, gerando dor e sangramento (Guedes-Pinto, 2010; Toledo, 1996).

### 3.4 *Técnica de escovação*

Existem várias maneiras de escovar os dentes corretamente, a melhor forma é aquela que a criança e a família se adaptam. As crianças muito pequenas costumam ficar mais bem posicionadas quando deitadas, mas é importante levantar um pouco a cabeça em relação ao resto do corpo, para evitar engasgo. A escovação fica um pouco mais fácil com a ajuda de dois

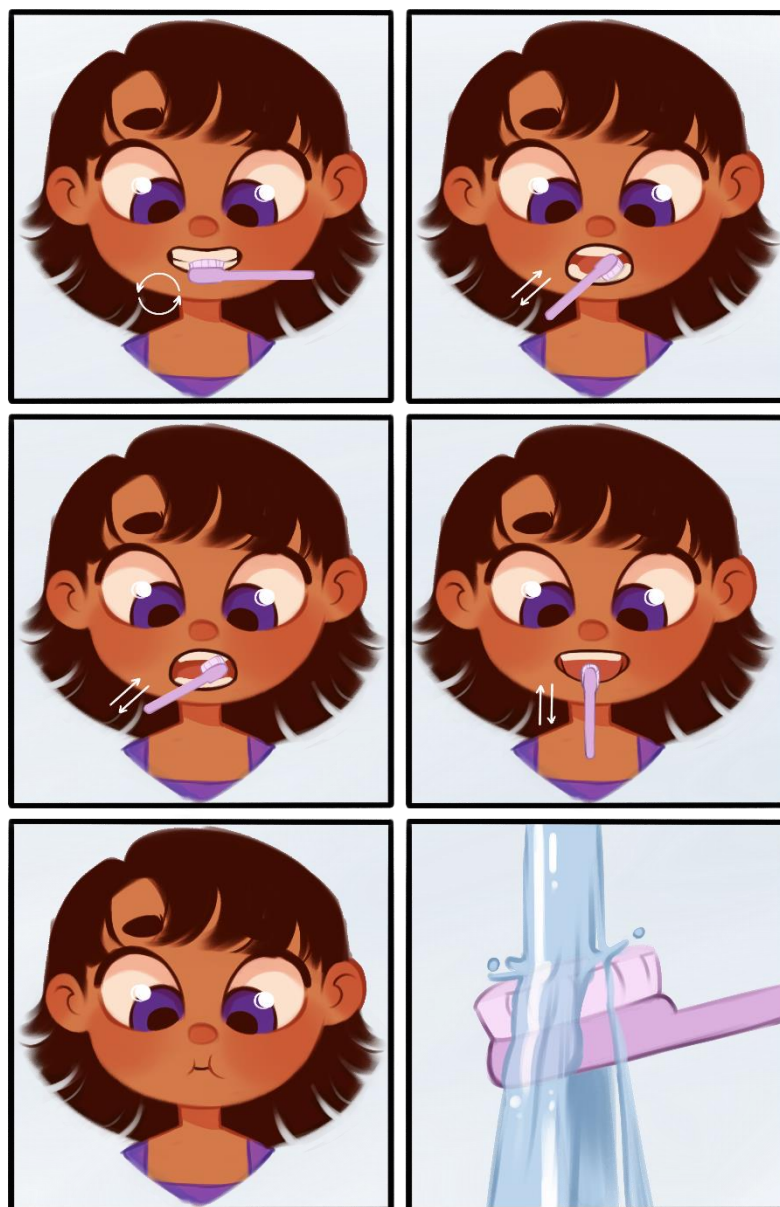
adultos: um ajuda na posição da criança e o outro realiza a escovação (Guedes-Pinto, 2010; Toledo, 1996).

As crianças maiores podem ser posicionadas sentadas ou deitadas (sempre com a cabeça elevada em relação ao corpo) a depender de como a criança e a família se sentem mais confortáveis (Guedes-Pinto, 2010; Toledo, 1996).

Para as crianças que já podem escovar sozinhas e sob supervisão de um adulto, é fundamental se posicionar na frente de um espelho para melhor visualizar a boca e os dentes (Guedes-Pinto, 2010; Toledo, 1996).

Quando a criança estiver bem-posicionada, o adulto vai colocar a pasta na escova e vai escovar ou entregar a escova para que a criança escove. Na escovação todos os dentes devem ser escovados, com atenção para a escovação de cada uma das partes dos dentes, fazendo movimentos de bolinha (circulares), de trenzinho (vai e vem) e de vassoura, varrendo a sujeira para fora dos dentes. É fundamental escovar também a língua (Guedes-Pinto, 2010; Toledo, 1996).

1. Bolinha: Inicie a escovação fazendo movimentos circulares suaves na parte da frente e na parte de dentro de todos os dentes, tanto na parte de cima, quanto na parte de baixo da boca.
2. Trenzinho: faça movimentos suaves de vai e vem nos dentes de trás, na parte de cima e na parte de baixo da boca.
3. Vassourinha: Faça movimentos suaves de varrer na parte da frente e de trás dos dentes, na parte de cima e de baixo.
4. Escove a língua fazendo movimento de vai e vem.
5. Enxague a boca, lave a escova em água corrente e guarde a escova com o cabo para baixo em um recipiente aberto



## REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 44, de 19 de setembro de 2011. Regulamento técnico para fórmulas infantis de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância. Brasília 2011 [citado 2023 set. 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0044\\_19\\_09\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0044_19_09_2011.html)

American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Dental Management of Pediatric Patients Receiving Chemotherapy, Hematopoietic Cell Transplantation, and/or Radiation Therapy. *Pediatr Dent*. 2016 Oct;38(6):334-342.

American Dental Association, Council on Scientific Affairs. Toothbrush care: cleaning, storing and replacement. November, 2011 [cited 2023 Sept 12]. Available from:



<https://www.expressions-dental.com/storage/app/media/toothbrush-care-article-for-website.pdf>

Barasch A, Peterson DE. Risk factors for ulcerative oral mucositis in cancer patients: unanswered questions. *Oral Oncol.* 2003 Feb;39(2):91-100. doi: 10.1016/s1368-8375(02)00033-7

Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. A efetividade do dentifrício fluoretado no controle da cárie dental: uma meta-análise. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(5):598-606. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000600009>

Cheng KK, Goggins WB, Lee VW, Thompson DR. Risk factors for oral mucositis in children undergoing chemotherapy: a matched case-control study. *Oral Oncol.* 2008 Nov;44(11):1019-25. doi: 10.1016/j.oraloncology.2008.01.003.

Cortes-Ramírez J, Ayala C, Cortes J, Cortes R, Salazar L, Castelo O, de la Torre M. Oral alterations in children with cancer. Literature review. *J Oral Res.* 2014;3(4):262-268.

Cury JA. Dentifrícios fluoretados no Brasil. *RGO (Porto Alegre).* 1989;37(2):139-42.

Cury JA. Dentifrícios: como escolher e como indicar. *In: Associação Paulista dos Cirurgiões-Dentistas. Odontologia.* São Paulo: Artes Médicas – Divisão Odontológica; 2002 [citado 2023 set. 12]. p. 281-295. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3116118/mod\\_resource/content/1/Prevencao-CURY%20J\\_A\\_%20Dentifricios%20como%20escolher%20e%20como%20indicar.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3116118/mod_resource/content/1/Prevencao-CURY%20J_A_%20Dentifricios%20como%20escolher%20e%20como%20indicar.pdf)

Diaz-Arnold AM, Marek CA. The impact of saliva on patient care: A literature review. *J Prosthet Dent.* 2002 Sep;88(3):337-43. doi: 10.1067/mpr.2002.128176.

Elad S, Cheng KKF, Lalla RV, Yarom N, Hong C, Logan RM, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer.* 2020 Oct 1;126(19):4423-4431. doi: 10.1002/cncr.33100.

Elad S, Raber-Durlacher JE, Brennan MT, Saunders DP, Mank AP, Zadik Y, et al. Basic oral care for hematology-oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). *Support Care Cancer.* 2015 Jan;23(1):223-36. doi: 10.1007/s00520-014-2378-x.

Epstein JB, Thariat J, Bensadoun RJ, Barasch A, Murphy BA, Kolnick L, Popplewell L, Maghami E. Oral complications of cancer and cancer therapy: from cancer treatment to survivorship. *CA Cancer J Clin.* 2012 Nov-Dec;62(6):400-22. doi: 10.3322/caac.21157.

Farsi DJ. Children undergoing chemotherapy: is it too late for dental rehabilitation? *J Clin Pediatr Dent.* 2016;40(6):503-505. doi: 10.17796/1053-4628-40.6.503

Fonseca MA. Dental care of the pediatric cancer patient. *Pediatr Dent.* 2004 Jan-Feb;26(1):53-7.

Food Safety Authority of Ireland. Guidance Note nº 22 information relevant to the development of guidance material for the safe feeding of reconstituted powdered infant formula (Revision 2). Dublin: FSAI; 2012.

Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. São Paulo: Livraria Santos; 2010.

Hanna LMO, Botti MTSR, Araújo RJG, Damasceno JM, Mayhew ASB, Andrade Filho GG. Oral manifestations and salivary pH changes in children undergoing antineoplastic therapy. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2016;16(1):403-410. DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2016.161.42>

Hovan AJ, Williams PM, Stevenson-Moore P, Wahlin YB, Ohrn KE, Elting LS, et al. A systematic review of dysgeusia induced by cancer therapies. *Support Care Cancer*. 2010 Aug;18(8):1081-7. doi: 10.1007/s00520-010-0902-1.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil), Instituto Ronald McDonald. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Inca; 2011.

Jagher AC, Ripplinger T, Pinto GS, Scharodosim LR. Avaliação da utilização de dentifício fluoretado em crianças. *RFO UPF*. 2016;21(1):37-42. DOI: <https://doi.org/10.5335/rfo.v21i1.5464>

Kroetz FM, Czulniak 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. DOI: <https://doi.org/10.5212/publicatio%20uepg.v9i2.363>

Lalla RV, Bowen J, Barasch A, Elting L, Epstein J, Keefe DM, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 2014 May 15;120(10):1453-61. doi: 10.1002/cncr.28592. Erratum in: *Cancer*. 2015 Apr 15;121(8):1339.

Menezes ACS, Rosmaninho E, Raposo BS, Alencar MJS. Abordagem clínica e terapêutica da mucosite oral induzida por radioterapia e quimioterapia em pacientes com câncer. *RBO*. 2014;71(1):35-38.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

Mosel DD, Bauer RL, Lynch DP, Hwang ST. Oral complications in the treatment of cancer patients. *Oral Dis*. 2011 Sep;17(6):550-9. doi: 10.1111/j.1601-0825.2011.01788.x.

Neville B. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

Rampini MP, Ferreira EMS, Ferreira CG, Antunes HS. Utilização da terapia com laser de baixa potência para prevenção de mucosite oral: revisão de literatura. *Rev Bras Cancerol*. [Internet]. 2009 [citado 2023 set. 12];55(1):59-68. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1679>

Reolon LZ, Rigo L, Conto F, Cé LC. Impacto da laserterapia na qualidade de vida de pacientes oncológicos portadores de mucosite oral. *Rev Odontol UNESP*. 2017;46(1):19-27.

- Ribeiro ILA, Limeira RRT, Dias de Castro R, Ferreti Bonan PR, Valença AMG. Oral Mucositis in Pediatric Patients in Treatment for Acute Lymphoblastic Leukemia. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Nov 28;14(12):1468. doi: 10.3390/ijerph14121468.
- Ribeiro RA, Leitão RFC, Sant'ana RO, Moura JFB, Lima V, Medeiros RP, et al. Mucosite oral: patogênese e manuseio clínico. *Rev Bras Oncol Clín*. 2008;5(15):18-24.
- Ritwik P. Dental care for patients with childhood cancers. *Ochsner J*. 2018 Winter;18(4):351-357. doi: 10.31486/toj.18.0061.
- Rosenthal DI, Trotti A. Strategies for managing radiation-induced mucositis in head and neck cancer. *Semin Radiat Oncol*. 2009 Jan;19(1):29-34. doi: 10.1016/j.semradonc.2008.09.006.
- Santos PSS, Messaggi AC, Mantesso A, Magalhães MHCG. Mucosite oral: perspectivas atuais na prevenção e tratamento. *RGO*. 2009;57(3):339-344.
- Sasada INV, Munerato MC, Gregianin LJ. Mucosite oral em crianças com câncer-revisão de literatura. *RFO (Passo Fundo)*. 2013;18(3):345-350. DOI: <https://doi.org/10.5335/rfo.v18i3.3338>
- Schubert MM, Epstein JB, Peterson DE. Oral complications of cancer therapy. In: Yagiela JA, Neidle EA, Dowd FJ, editors. *Pharmacology and Therapeutics for Dentistry*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 1998. p. 644-655.
- Souza RCC. *Odontologia especial pediátrica: correlação prática e evidências*. São Paulo: Quintessence Editora; 2019.
- Spezzia S. Mucosite oral em pacientes cancerosos submetidos a tratamento quimioterápico. *Rev Ciênc Odontol*. 2020;4(1):36-40.
- Toledo OA. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica*. São Paulo: Premier; 1996. 344 p.
- Vieira ACF, Lopes FF. Mucosite oral: efeito adverso da terapia antineoplásica. 2006. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2006;5(3):268-274. DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v5i3.4135>
- World Health Organization. *Handbook for reporting results of cancer treatment*. Geneva: World Health Organization; 1979.
- World Health Organization. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva: WHO; 2009.
- World Health Organization; Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: guidelines*. Geneva: World Health Organization; 2007.

# Sobre os autores

---

**Alessandra Rodrigues Cunha**

Graduada em Farmácia pela Universidade de Brasília.

**Ana Carolina Bezerra Almeida**

Enfermeira no Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

**Ana Catarina Fernandes Figueredo**

Farmacêutica R2 do programa de residência multiprofissional em oncologia do IGES/DF

**Ana Flávia Lacerda de Carvalho**

Cirurgiã dentista no Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

**Bárbara Blom de Almeida**

Aluna de graduação do Curso de Farmácia da Universidade de Brasília Campus Darcy Ribeiro.

**Bruna Galvão Batista**

Aluna de graduação do Curso de Farmácia da Universidade de Brasília Campus Darcy Ribeiro.

**Carolina Ferreira Tiago**

Farmacêutica, especialista em Farmacologia Clínica pela Universidade de Brasília e farmacêutica no Hospital de Força Aérea de Brasília.

**Cinthia Gabriel Meireles**

Research Fellow Havard Medical School

**Cláudia Valente**

Médica pediatra no Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

**Fernanda Angela Rodrigues Costa**

Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

**Flávia de Passos**

Cirurgiã dentista no Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

**Igor Alves Mota de Lima**

Graduado em Farmácia pela Universidade de Brasília Campus Ceilândia, especialista em Farmácia Clínica em Oncologia.

**Isis Maria Quezado Magalhães**

Médica pediatra hematologista e oncologista, Diretora Técnica do Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

**Janaína Lopes Domingos**

Graduada em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Especialista em Farmacologia Clínica pela Universidade de Brasília. Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Atua como Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, desde 2007.

**José Carlos Martins Córdoba**

Médico hematologista e oncologista pediatra no CETTRO PETTIT. Médico Hematologista pediátrico na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

**Kimberly Keffany Batista Miranda**

Graduada em Farmácia pela Universidade de Brasília, mestranda do Programa de Ciências Farmacêuticas da UnB.

**Luíza Habib Vieira Garcia**

Graduada em Farmácia pela Universidade de Brasília.

**Marcilio Sérgio Soares da Cunha Filho**

Professor Associado Farmacotécnica e Tecnologia de medicamentos do Curso de Farmácia da Universidade de Brasília Campus Darcy Ribeiro.

**Maria Luíza Mello Roos**

Graduada em Farmácia pela Universidade de Brasília, residência em pediatria

**Maria Luíza Mendes Moreira Franco**

Graduada em Farmácia pela Universidade de Brasília.

**Mariana Fonseca de Andrade**

Graduada em Farmácia pela Universidade de Brasília, residente em Oncologia e Hematologia pela UFPR (CHC-UFPR/Ebserh).

**Matheus Galvão Alvares**

Graduado em Farmácia pela Universidade de Brasília.

**Michele Batista Spencer Holanda Arantes**

Médica pediatra no Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

**Mirela Fernandes Tamashiro Justi Bego**

Cirurgiã dentista no Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

**Monica Virginia Edugwu Akor**

Graduada em Farmácia pela Universidade de Brasília.



**Nádia Dias Gruezo**

Nutricionista no Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

**Natália Lopes de Freitas**

Graduada em Farmácia pela Universidade de Brasília e aluna do Programa Stricto Sensu em Ciência da Saúde UnB.

**Nicolas Silva Costa Gonçalves**

Aluno de graduação do Curso de Farmácia da Universidade de Brasília Campus Darcy Ribeiro.

**Patricia Medeiros de Souza**

Professora Associada Assistência Farmacêutica do Curso de Farmácia da Universidade de Brasília Campus Darcy Ribeiro.

**Paulo José Ferreira de Freitas**

Graduado em Farmácia pela Universidade de Brasília.

**Raquel Alves Toscano**

Médica pediatra no Hospital da Criança de Brasília José Alencar).

**Valéria Grandi Feil**

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Paraná e Especialista em Administração Pública pela Faculdade Padre João Bagozzi e em Oncologia pelo IBPEX.