

DAVI SILVA CARVALHO CURI

**UTILIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL
POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM LEUCEMIA**

Recife,

2017

DAVI SILVA CARVALHO CURI

UTILIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL POR
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM LEUCEMIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Regina Jamelli
Coorientadora: Profa. Dra. Andréia Cristina Leal
Figueiredo

Área de Concentração: Abordagens Quantitativas em Saúde
Linha de pesquisa: Estudos da morbimortalidade da criança

Recife,
2017

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida - CRB4-1662

C975u Curi, Davi Silva Carvalho.
Utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com Leucemia / Davi Silva Carvalho Curi. – 2017.
64 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Sílvia Regina Jamelli.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2017.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Serviços de Saúde Bucal. 3. Leucemia. 4. Criança. 5. Adolescente. I. Jamelli, Sílvia Regina. (Orientadora). II. Título.

618.92 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-122)

DAVI SILVA CARVALHO CURI

**UTILIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL POR
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM LEUCEMIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 05/04/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Márcia Maria Dantas Cabral de Melo (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Sônia Cristina Lima Chaves (Examinador Externo)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof.^a. Dr.^a. Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ernani Rodrigues Carvalho Neto

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)
Profa. Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo (Vice-Cordenadora)
Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz
Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir
Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira
Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto
Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho
Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva
Prof. Dr. José Ângelo Rizzo
Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima
Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes
Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira
Profa. Dra. Poliana Coelho Cabral
Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho
Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann
(Maria de Fátima Cordeiro Trajano - Representante discente - Doutorado)
(Rhayssa Ferreira Brito - Representante discente -Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga
Profa. Dra. Cleide Maria Pontes
Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo
Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt
Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes
Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian
Profa. Dra. Silvia Regina Jamelli

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)
Juliene Gomes Brasileiro

AGRADECIMENTOS

Aos cuidadores, adolescentes e às crianças pela gentileza, alegria, paciência e disponibilidade despendida durante a coleta;

A minha orientadora Silvia Regina Jamelli pela autonomia e confiança dada a mim para a elaboração deste estudo;

A minha coorientadora Andreia Cristina Leal Figueiredo pelo conhecimento compartilhado, apoio e incentivo, mostrando-se sempre presente e comprometida na construção deste trabalho;

Ao Centro de Onco-Hematologia Pediátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz onde encontrei um apoio técnico-científico adequado para o que pretendia pesquisar, bem como pessoas amigas e solícitas como as Cirurgiãs-Dentistas Mônica Cruz e Julianelly Alves e as recepcionistas Fátima, Inalda e Ana;

Ao professor Etenildo Dantas pela sua atenção, disponibilidade e contribuições significativas para esta pesquisa;

Aos professores e alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente pela construção de saberes ao longo das disciplinas e críticas construtivas durante os seminários de acompanhamento da pesquisa;

À equipe da secretaria e de apoio do Programa da Pós-Graduação que sempre me auxiliaram;

Às professoras Viviane Sarmiento, Patrícia Leite e Liliane Lins por me possibilitarem experiências na odontologia hospitalar necessárias para esta pesquisa;

A minha mãe Regina Carvalho, ao meu pai Jorge Curi, ao meu irmão Daniel Curi e a minha dinda Lilian Carvalho pelo amor e apoio em todos os momentos desta trajetória;

Aos meus avós Miguel Carvalho (*in memoriam*) e Ivonilde Carvalho (Nidinha) que vibraram a cada conquista desta trajetória;

A minha namorada Ihana Gondim (“tri-coorientadora”) que sempre me ajudou a acreditar que tudo daria certo, sendo paciente e firme quando preciso ao dar suporte afetivo e, também, científico para a concretização do produto final;

À Ana Célia e Abel Gondim pelo acolhimento e apoio dado em Recife;

Aos meus familiares e amigos que acreditaram e torceram por mais esta conquista.

RESUMO

Crianças e adolescentes com leucemia podem apresentar manifestações bucais que interferem no tratamento antineoplásico. Desta forma, faz-se necessária a utilização regular da rede de serviços de saúde bucal para o restabelecimento e/ou manutenção da saúde bucal. Pesquisas que avaliem determinantes do uso desta rede são escassas neste público. Esta dissertação avaliou a utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia, segundo características socioeconômicas e demográficas dos cuidadores, de organização dos serviços odontológicos, de condição de saúde e de percepção de saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico. Trata-se de um estudo transversal exploratório abrangendo todas as crianças e adolescentes com leucemia entre 03 e 16 anos que compareceram à consulta médica no ambulatório do Centro de Onco-hematologia Pediátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco no período entre março e agosto de 2016. Os dados foram coletados mediante análise do prontuário contendo informações sobre a doença e realização de entrevista estruturada dirigida aos cuidadores das 80 crianças e adolescentes, sendo registrados em um formulário de pesquisa. Em seguida, os dados foram analisados no programa SPSS versão 22.0. Dentre os achados, ser do sexo feminino, não trabalhar, não ter renda mensal e receber benefício social foram as principais características demográficas e socioeconômicas dos cuidadores das crianças e adolescentes com leucemia que utilizaram a rede. Também, renda familiar *per capita* < R\$ 220,00 e \geq R\$ 220,00 estava presente naquelas que usaram a rede pública e particular, respectivamente. Ademais, a maioria das crianças e adolescentes que utilizou algum SSB da rede tinha cuidadores que acharam necessário o tratamento odontológico. Além disso, a maioria que utilizou apenas a rede especializada estava em uma única fase do tratamento oncológico (durante o internamento), realizou tratamento de ferida e teve um tempo de deslocamento entre a residência da criança/adolescente e os serviços de saúde bucal maior que 40 minutos. Esta pesquisa se torna relevante por gerar informações que possam servir para o planejamento de políticas ou programas que estimulem a utilização da rede de maneira mais integral e resolutiva. Entretanto, são necessários estudos com a participação de mais centros de referência em oncologia pediátrica para confirmação dos nossos achados.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Serviços de Saúde Bucal. Leucemia. Criança. Adolescente.

ABSTRACT

Children and adolescents with leukemia may present oral manifestations that influence in the antineoplastic treatment. Thus, it is necessary to use the dental care network regularly for the restoration and / or maintenance of oral health. Research that evaluates factors associated with the use of this network is scarce in this public. The aim of this dissertation was to evaluate the use of the dental care network by children and adolescents with leukemia, according to the socioeconomic and demographic factors of caregivers, the organization of dental services, health condition and oral health perception and the need for dental treatment. It is an exploratory cross-sectional study, covering all children and adolescents with leukemia between the ages of 3 and 16 who attended the outpatient clinic of the Center for Pediatric Onco-hematology at the Oswaldo Cruz University Hospital of the University of Pernambuco between March and August 2016. Data were collected by analyzing the medical record containing information about the disease and a structured interview conducted for the caregivers of 80 children and adolescents, being recorded in a research form. After, they were analyzed in the SPSS program version 22.0. Among the findings, being female, not working, not having monthly income and receiving social benefit were the main demographic and socioeconomic characteristics of caregivers of children and adolescents with leukemia who used the network. Also, family income per capita $<R\$ 220,00$ and $\geq R\$ 220,00$ was present in those that used the public and private network, respectively. In addition, most children and adolescents who used some SSB from the network had caregivers who found dental treatment necessary. Furthermore, the majority who used only the specialized network were in a single phase of oncological treatment (during hospitalization), performed wound treatment and had a time of displacement between the child's home / adolescent and the oral health services greater than 40 minutes. This research becomes relevant for generating information that can be used to plan policies or programs that stimulate the use of the network in a more integral and resolute way. However, studies with the participation of more reference centers in pediatric oncology are necessary to confirm our findings.

keywords: Health Services Accessibility. Dental Health Services. Leukemia. Child. Adolescent.

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	09
2	REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1	Aspectos epidemiológicos da leucemia na infância e adolescência	12
2.2	Rede de atenção à saúde bucal em pacientes pediátricos com leucemia no Brasil	14
2.3	Saúde bucal e onco-hematologia	17
2.4	Utilização da rede de serviços de saúde bucal e fatores associados	20
3	MÉTODOS	24
3.1	Desenho do estudo	24
3.2	Local do estudo	24
3.3	Período de coleta de dados	24
3.4	População do estudo	24
3.5	Critérios de elegibilidade	25
3.5.1	Critérios de inclusão	25
3.5.2	Critérios de exclusão	25
3.6	Variáveis de análise	25
3.7	Coleta de dados	28
3.8	Plano de análise	29
3.9	Limitações metodológicas	29
3.10	Considerações éticas	30
4	RESULTADOS	31
5	DISCUSSÃO	43
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	REFERÊNCIAS	50
	APÊNDICE A – Formulário de pesquisa	59
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente	63
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Coparticipante	64

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Meu interesse pelo estudo do acesso a rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com doenças crônicas foi fruto de inquietações observadas na minha prática enquanto cirurgião-dentista durante o período da residência multiprofissional no Hospital das Clínicas de Salvador-Ba: a dificuldade que os cuidadores tinham em encontrar serviços de saúde bucal (SSB) próximos a sua residência que atendessem este perfil de usuários, fazendo com que o hospital tivesse que suprir esta necessidade; e a dificuldade do hospital de referenciar no momento da alta este público a outros serviços para a continuidade do cuidado.

Dentre as doenças crônicas, eu escolhi a leucemia por ser o câncer mais comum em pacientes pediátricos e que pode acometer primariamente a cavidade bucal (COOPER; BROWN, 2015). Além disso, infecções bucais e/ou sistêmicas relacionadas a pré-existência de focos infecciosos na boca, bem como complicações bucais decorrentes do tratamento antineoplásico, podem apresentar um alto risco de mortalidade e interferir no sucesso desta terapêutica, aumentando o tempo e os custos de internação hospitalar (DE MORAIS et al., 2014; HESPANHOL et al., 2010). Portanto, o processo do cuidado odontológico deve acontecer continuamente com o objetivo de diagnosticar precocemente focos infecciosos bucais, estabelecer medidas preventivas e identificar lesões associadas à doença de base e ao tratamento antineoplásico, necessitando, assim, de toda a rede de serviços de saúde bucal (INCA, 2013).

Uma das maneiras de medir o acesso aos serviços de saúde é analisando a utilização destes, bem como seus determinantes. Esta utilização representa o centro de funcionamento do sistema de saúde, sendo resultante da interação entre o comportamento dos usuários e dos profissionais que os conduzem dentro deste sistema e relacionada a fatores de acesso (o ato de ingressar, a entrada) e de acessibilidade (qualidade do que é acessível) (SOUZA; CHAVES, 2010). Modelos teóricos do uso dos serviços de saúde têm sido empregados para melhor compreensão da relação dinâmica entre utilização e seus determinantes (PAVÃO; COELI, 2008), destacando-se o Modelo Comportamental de Andersen.

Utilizei como referencial teórico para análise dos determinantes da utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia o Modelo Comportamental de Andersen (1995), que considera a utilização como produto dos fatores individuais, das características do sistema de saúde, do contexto social, da interação entre estes e da experiência passada de uso (ANDERSEN, 1995; PHILLIPS et al., 1998). Ou seja,

seus determinantes estão relacionados à necessidade de saúde, aos usuários (características socioeconômicas e demográficas, geográficas e culturais), aos prestadores de serviços, à organização dos serviços e à política em saúde, os quais podem ser facilitadores e dificultadores do acesso.

Diante dos pressupostos supracitados, elaborei a seguinte pergunta condutora: Quais determinantes interferem na utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia assistidos no ambulatório de um hospital público de referência em oncologia? Pesquisas com este enfoque são importantes na geração de informações fundamentais ao planejamento de políticas ou programas que estimulem o uso dos SSB de maneira integral e reduzam a desigualdade de utilização.

O presente estudo faz parte da linha de pesquisa “Estudos da morbimortalidade da criança” do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e apresenta como objetivo geral:

- Avaliar a utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia, segundo características socioeconômicas e demográficas, de organização dos serviços odontológicos, de condição de saúde e de percepção de saúde bucal e necessidade de tratamento.

Os objetivos específicos são:

- Descrever características socioeconômicas e demográficas das crianças e adolescentes e de seus cuidadores;
- Descrever características da doença e da utilização da rede de serviços de saúde bucal pelas crianças e adolescentes, bem como as barreiras de acesso e a percepção da saúde bucal e da necessidade de tratamento odontológico pelos cuidadores;
- Investigar a utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia, segundo as características socioeconômicas e demográficas do cuidador;
- Verificar a utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia, segundo as barreiras de acesso;
- Analisar a utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia, segundo a condição de saúde sistêmica e/ou bucal;

- Averiguar a utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia, segundo a percepção da saúde bucal e da necessidade de tratamento odontológico.

A dissertação está estruturada da seguinte maneira: revisão da literatura, métodos, resultados, discussão e considerações finais, além das referências, apêndices e anexos. Na revisão da literatura, eu exponho o referencial teórico-conceitual-empírico que embasou o meu estudo e está dividida em quatro capítulos: 1. Aspectos epidemiológicos da leucemia na infância e adolescência; 2. Rede de atenção à saúde bucal em pacientes pediátricos com leucemia no Brasil; 3. Saúde bucal e onco-hematologia; 4. Utilização da rede de serviços de saúde bucal e fatores associados. Neste último, encontra-se um modelo conceitual elaborado por mim, baseado no Modelo Comportamental de Andersen (1995), para a análise da utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia.

Nos métodos, eu descrevo detalhadamente os caminhos necessários para atingir os objetivos do estudo, permitindo a sua reprodução com precisão. Na parte de resultados, possibilito ao leitor a análise dos principais achados encontrados na pesquisa com o intuito de responder aos seus objetivos. Na discussão, interpreto os resultados do presente estudo embasados no referencial teórico, bem como os comparo criticamente com resultados de outros autores. Além disso, exponho as limitações do estudo. Na parte das considerações finais, eu exponho conclusões, as perspectivas futuras e os possíveis benefícios para a comunidade científica e para as crianças e adolescentes com leucemia e seus cuidadores.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos epidemiológicos da leucemia na infância e adolescência

A leucemia é um grupo de neoplasias caracterizado pelo acúmulo de leucócitos malignos no sangue e na medula óssea. Os sintomas são decorrentes da insuficiência da medula óssea e da infiltração de órgãos (HOFFBRAND; MOSS, 2013). No mundo, é a neoplasia mais comum em crianças e adolescentes, representando de 25 a 35% de todos os tumores infantis. Em 75% desses casos o diagnóstico é de leucemia linfóide aguda (LLA) e em 20% de leucemia mieloide aguda (LMA). O pico de incidência da leucemia aguda na criança ocorre aos 04 anos, principalmente devido à LLA (BOUZAS; CALAZANS, 2007; COOPER; BROWN, 2015).

A principal forma de tratamento da leucemia consiste na quimioterapia, às vezes associada à radioterapia, com taxa de cura de cerca de 85%. Entretanto, apesar dos avanços significativos na quimioterapia, aproximadamente 25% das crianças e adolescentes podem apresentar recidiva da doença, sendo necessário transplante de células hematopoiéticas (HOFFBRAND; MOSS, 2013; COOPER; BROWN, 2015).

A incidência, principal componente na vigilância epidemiológica do câncer, é estimada através dos Registros de Câncer de Base Populacional (INCA, 2013). Nos Estados Unidos, um estudo abrangendo cerca de 90% da população apontou que entre 2001 e 2003 as taxas de incidência ajustadas por idade^a de crianças e adolescentes (0-19 anos) com leucemia foi de 47,22 por milhão para o sexo masculino e 39,96 por milhão para o feminino (LI et al., 2008). No Brasil, os maiores coeficientes de incidência anuais por milhão de crianças e adolescentes com leucemia do sexo masculino ajustadas por idade^b foram encontradas em Goiânia (2001-2005), Manaus (2000-2004) e Cuiabá (2001-2005) com 68,9, 68,7 e 61,7, respectivamente. Já para o sexo feminino, as maiores foram em Jaú (2001-2005) com 77,3, Goiânia com 54,9 e Manaus com 50,4 (INCA, 2010). Em Recife, entre 2003 e 2007, as taxas médias de incidência anuais ajustadas por idade^b de crianças e adolescentes (0-19 anos) com leucemia foram de 35,1 por milhão para o sexo feminino e 29,4 por milhão para o sexo masculino (INCA, 2015b, 2015c).

a Taxas por milhão, ajustadas por idade pela população padrão dos Estados Unidos, 2000.

b Taxas por milhão, ajustadas por idade pela população padrão mundial, 1960.

A discrepância entre estas taxas pode ser atribuída a diferenças no acesso a serviços de diagnóstico e de tratamento, bem como a subnotificação dos Registros de Câncer de Base Populacional (INCA, 2008). Também, exposições a fatores ambientais como radiação ionizante ou poluentes são possíveis fatores etiológicos que podem explicar diferenças na incidência em adultos, entretanto, devido ao curto período de latência desta doença nas crianças e adolescentes, estas exposições são de difícil avaliação, podendo não ser determinantes para o seu desenvolvimento (INCA, 2015a).

A mortalidade é outro importante dado epidemiológico para análise do câncer que relaciona os óbitos que tiveram como causa as neoplasias malignas (INCA, 2013). Desde 1960, áreas desenvolvidas como América do Norte, Europa Central, Japão e Oceania têm apresentado um declínio significativo da mortalidade de crianças acometidas por câncer, em especial nas portadoras de leucemia. Por outro lado, declínios mais lentos foram observados na América do Sul e em outras regiões menos desenvolvidas (LEVI et al., 1995). No Brasil, entre os anos de 1979 e 2005, houve uma discreta redução das taxas de mortalidade em todos os tipos de câncer (INCA, 2008). Apesar disso, se não forem considerados os óbitos por causas externas, ainda representa a primeira causa de óbitos por doença dos 05 aos 18 anos (INCA, 2013). Ademais, a principal causa de óbitos por câncer infantil é a leucemia cujo predomínio está entre 05 e 09 anos de idade (INCA, 2008).

A sobrevida contribui para descrever a situação do câncer em determinada população. Esta representa o tempo de vida após o diagnóstico da doença e a inclusão do indivíduo em um sistema de informações para acompanhamento (INCA, 2013). A sobrevida do câncer pediátrico melhorou nos últimos 30 anos. Na LLA, neoplasia mais frequente na infância, passou de 40-50% na década de 1970 para 70-80% na década de 1990. Em Recife, a sobrevida global em cinco anos aumentou de 32% (1980-1989) para 63% (1997-2002). Isso se deve ao avanço no tratamento antineoplásico, tais como combinações de drogas quimioterápicas, a adição de esquemas de manutenção e o tratamento profilático da doença no sistema nervoso central (HOWARD; PEDROSA; RIBEIRO, 2004; INCA, 2008, 2013).

A resposta social do Estado para o enfrentamento do câncer, especialmente a leucemia, tem sido através de estratégias que visam à ampliação da sensibilidade dos serviços de saúde nos três níveis de assistência para a suspeita diagnóstica, podendo resultar na detecção precoce de casos e, conseqüente, tratamento adequado e de qualidade (INCA, 2013). Os serviços de saúde bucal devem estar integrados aos outros serviços de saúde visando estas estratégias, visto que, além do tratamento antineoplásico apresentar efeitos colaterais na

cavidade bucal, infiltrações bucais podem ser manifestações primárias de leucemias e de outras neoplasias malignas (FERGUSON; MARVAN, 2003; CARNEIRO; SILVA; CRUZ, 2008; DEAN; INCA, 2013).

2.2 Rede de atenção à saúde bucal em pacientes pediátricos com leucemia no Brasil

O processo de organização de ações voltadas ao tratamento do câncer no Brasil foi iniciado com a criação do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal em 1930 (INCA, 2013). Em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), o Instituto Nacional do Câncer (INCA) se fortaleceu como órgão formulador da política nacional de prevenção e controle do câncer (BRASIL, 1990).

A partir de 2003, o INCA considerou o câncer como um problema de saúde pública, necessitando da contribuição dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, da participação das instituições da sociedade civil e da busca por uma maior compreensão, visibilidade e inclusão do controle do câncer no cotidiano das mídias e autoridades (INCA, 2013). Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica, através da Portaria GM/MS nº 2439, revogada pela Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. A última, ainda vigente, institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e enfatiza a integração entre a atenção primária, secundária e terciária, buscando facilidades para o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer (BRASIL, 2013b).

Uma rede de atenção à saúde (RAS) é composta por serviços de saúde diferenciados, com missão unificada, objetivos comuns e atuação cooperativa e interdependente. Estes serviços são organizados poliarquicamente e coordenados pela Atenção Primária à Saúde (APS), centro de comunicação entre os pontos, visando o cuidado contínuo e integral da população adscrita, com responsabilidade compartilhada (BRASIL, 2013)

Dentre os serviços de saúde essenciais na rede de atenção à saúde da criança e do adolescente com câncer, estão os serviços de saúde bucal (INCA, 2013). A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do usuário no SUS, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como a ordenadora da rede de atenção (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015). Para atuar na ESF as equipes de saúde bucal precisam sair do isolamento da prática no consultório odontológico e assumir um novo papel na equipe e nas ações de saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Dentre as atribuições do cirurgião-dentista na ESF, destacam-se a realização do diagnóstico situacional em saúde bucal e ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde de todas as famílias, indivíduos e grupos específicos (BRASIL, 2012b). Para os grupos específicos, como crianças e adolescentes com leucemia, o cirurgião-dentista e toda a equipe de saúde bucal devem estar capacitados para detectar a doença precocemente, bem como identificar e tratar as complicações bucais decorrentes da terapia antineoplásica. Portanto, mesmo o paciente pediátrico estando em tratamento nos Serviços de Alta Complexidade em Oncologia, é fundamental que também ocorra o acompanhamento pelas equipes de saúde bucal na ESF (INCA, 2013).

Todavia, realizar essas diversas atribuições dentro do contexto da ESF é um desafio para o cirurgião-dentista já que o cenário da Odontologia é marcado pela fragmentação do cuidado ao indivíduo (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). Estudos que analisaram a atenção à saúde bucal na ESF destacaram seu caráter inovador, mas também registraram dificuldades (PAIM; SOARES, 2011; PEREIRA et al., 2012; REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015). Estudo de Reis, Scherer e Carcereri (2015) evidenciou que limitações na disponibilidade de insumos e instrumentos, na infraestrutura das instalações e também na gestão e organização do trabalho, bem como o modo de trabalho dos cirurgiões-dentistas, dificultaram o exercício pleno dos princípios da APS. Princípios esses que abrangem a coordenação do cuidado, a longitudinalidade, a integralidade e a orientação familiar e comunitária. Além disso, os autores referem que a influência histórica do modelo tradicional de atenção individual, as concepções de ESF dos profissionais e a autonomia que lhes é conferida restringem a sua atuação.

A atenção secundária em saúde bucal é representada pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como estratégia da Política Nacional de Saúde Bucal para ampliação e qualificação dos serviços odontológicos especializados no Brasil (BRASIL, 2004). Estes centros propiciam a continuidade do cuidado realizado na APS e devem estar preparados para oferecer, no mínimo, os serviços de diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento às pessoas com necessidades especiais (CHAVES et al., 2011).

Estudos apontam problemas importantes na integração entre a atenção primária e secundária. Esses podem estar relacionados a uma indicação inadequada dos casos para a atenção especializada e a chegada do paciente ao CEO sem a devida promoção e adequação

da saúde bucal que deveriam ter sido realizadas na atenção primária (MORRIS; BURKE, 2001; CHAVES et al., 2011). Além disso, taxas de utilização são baixas e podem estar relacionadas a obstáculos organizacionais e geográficos, tais como: não cumprimento da carga horária real pelos profissionais, tempo de deslocamento para o CEO e tempo para realização da consulta (SOUZA; CHAVES, 2010; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010).

Na atenção terciária, segundo o Código de Ética Odontológica, compete ao cirurgião-dentista internar e assistir pacientes em hospitais públicos e privados (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012). No que se refere às pessoas com necessidades especiais, a assistência odontológica em hospital já é reconhecida no setor público, através da Portaria nº1032, de 05 de Maio de 2010 (BRASIL, 2010). Apesar disso, o Projeto de Lei da Câmara nº 34/2013 que torna obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar, às pessoas com doenças crônicas e, ainda, aos atendidos em regime domiciliar na modalidade *home care*, ainda continua em tramitação no Senado Federal (BRASIL, 2013c).

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer estabelece que os Serviços de Alta Complexidade em Oncologia devem ter o cirurgião-dentista como parte da equipe multiprofissional. Todavia, esta permite que a assistência odontológica seja realizada fora do estabelecimento em saúde (BRASIL, 2013a, 2014). Também, a formação do cirurgião-dentista nem sempre é adequada para o manejo de pacientes com doenças crônicas. Esses fatores podem ser entraves à prestação de serviço odontológico, especialmente, em crianças e adolescentes com leucemia (CHI et al., 2010; CHI; LEROUX, 2012; CHI; RAKLIOS, 2012).

Além dos serviços odontológicos públicos, a Odontologia Suplementar vem crescendo nas últimas décadas e pode assistir essas crianças e adolescentes. Esse aumento pode ser atribuído, principalmente, a uma latente demanda de usuários com necessidades odontológicas e às dificuldades de acesso aos serviços públicos (FINKLER et al., 2009). Entretanto, a cobertura de planos de saúde odontológicos é insuficiente para responder às reais necessidades em saúde bucal da população brasileira, especialmente, pacientes pediátricos (VIEIRA; COSTA, 2008). Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) evidenciaram em crianças e adolescentes (0 a 19 anos) uma cobertura de planos de saúde exclusivamente odontológicos de 7,4% e planos de saúde médico com ou sem odontologia de 20,1% em junho de 2015 (BRASIL, 2015). Também, o modelo assistencial

predominante nesses serviços é o biomédico, caracterizado pelo enfoque curativo, a descontinuidade da atenção e a fragmentação do cuidado (BRASIL, 2009).

Ademais, é importante destacar que a ANS, através da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015, aprovou como cobertura obrigatória dos planos médicos de saúde a laserterapia para a prevenção e tratamento da mucosite oral/orofaringe em pessoas com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço e de câncer hematopoiético, como é o caso da leucemia (BRASIL, 2015). Isso é um importante avanço no manejo odontológico, visto que a mucosite é uma das principais complicações decorrente do tratamento antineoplásico. Entretanto, o cuidado odontológico em pessoas com câncer, em especial as crianças e adolescentes com leucemia, não se resume apenas a aplicação de laser de baixa intensidade em mucosite bucal, sendo importante serem avaliadas e tratadas outras complicações bucais pré-existentes ou decorrentes da terapia antineoplásica (ZECHA et al., 2016).

2.3 Saúde bucal e onco-hematologia

A saúde bucal deve ser inerente ao tratamento de crianças e adolescentes com leucemia, visto que estas podem ter a higiene bucal deficiente ou a pré-existência de focos infecciosos como fatores de risco para uma infecção bucal e/ou sistêmica (HESPANHOL et al., 2010). Além disso, manifestações decorrentes da ação direta deste tratamento sobre os tecidos bucais ou, indiretamente, pela imunossupressão podem apresentar um alto risco de mortalidade, aumentar o tempo de internação hospitalar e os custos do tratamento (EMÍDIO et al., 2010; KARIN et al., 2012). Diante disso, a utilização dos serviços odontológicos de forma regular é fundamental para o restabelecimento e manutenção da saúde bucal (CAMARGO; DUMITH; BARROS, 2009; CASTRO et al., 2014).

A assistência odontológica ao indivíduo com câncer objetiva o diagnóstico precoce de focos infecciosos bucais, estabelecimento de medidas preventivas, identificação de lesões associadas à doença de base ou às infecções oportunistas, instruções de higiene bucal e reavaliações frequentes. Pode ser dividida em três fases de acordo com as manifestações clínicas, estabelecendo-se diferentes formas de manejo (INCA, 2013).

A primeira fase antecede o tratamento antineoplásico, na qual o indivíduo, especialmente aquele com maior vulnerabilidade social (PERES et al., 2012), pode apresentar condições bucais preexistentes como a cárie dentária (GLENNY et al., 2010). No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal revelaram diferenças regionais importantes nas médias do índice CPO-D (cariados, perdidos e restaurados na dentição permanente) em

adolescentes com 12 anos de idade. As regiões Norte (com 3,16), Nordeste (com 2,63) e Centro-Oeste (com 2,63) tiveram uma situação pior que as regiões Sudeste (1,72) e Sul (2,06). Além disso, na região Nordeste a proporção de dentes restaurados em relação ao CPO total foi menor que na região Sudeste, indicando que o maior ataque da doença se soma ao menor acesso aos serviços de saúde bucal.

Cabe ressaltar, também, que atenção deve ser dada à dentição decídua, pois uma criança de 05 anos de idade possui, em média, 2,43 dentes com experiência de cárie com predomínio do componente cariado, sendo responsável por 80% do índice ceo-d (cariados, extração indicada e restaurados). Em relação aos adolescentes, dados revelaram que entre 15 a 19 anos de idade o índice CPO-D foi de 4,25, mais que o dobro do número médio encontrado aos 12 anos (2,07) (BRASIL, 2012a).

Diante deste contexto, a primeira fase é fundamental para eliminar os focos bucais infecciosos que podem agudizar e culminar em situações clínicas graves como a septicemia devido à imunossupressão intensa. Também, a criança e seus cuidadores devem receber orientações de higiene bucal e um plano de medidas preventivas individualizadas para minimizar os efeitos colaterais da terapia sobre os tecidos bucais (HESPANHOL; MUNIZ; TINOCO, 2010). Apesar disso, principalmente nas leucemias agudas, o indivíduo pode não apresentar condições sistêmicas seguras para ser submetido a intervenções invasivas e esta fase pode ser adiada (INCA, 2013).

A segunda fase é o período agudo pós-quimioterapia, sendo a mucosite bucal e a hipossialia as principais manifestações bucais ocasionadas pelo efeito citorrredutivo do quimioterápico (WONG, 2014). A mucosite bucal é uma reação inflamatória aguda do trato gastrointestinal que ocorre geralmente entre o quarto e o sétimo dia após quimioterapia e/ou radioterapia de cabeça e pescoço (HESPANHOL et al., 2010). Esta condição é a causa mais comum de dor na cavidade bucal durante o tratamento antineoplásico. Sua prevalência é maior em crianças e adolescentes devido ao maior índice mitótico das células epiteliais (KARIN et al., 2012). Os sinais e sintomas mais frequentes são edema, eritema, ardência bucal e desconforto ao falar, comer e engolir. Em casos mais graves, apresentam-se com placas brancas seguidas de ulcerações dolorosas que se tornam porta de entrada para infecções secundárias, além de impedir a ingestão de líquidos e alimentos (SANTOS et al., 2009). As terapias de suporte se baseiam na orientação ao indivíduo para evitar alimentos que agriam a mucosa, na higiene bucal, ingestão de líquidos, antimicrobianos e anestésicos tópicos, crioterapia e fotobiomodulação a laser (DE MORAIS et al., 2014).

A hipossalialia caracteriza-se pela alteração na quantidade e qualidade da saliva, causando desconforto e dificuldade na fonação e alimentação. Também, aumenta o risco de infecções bucais, como cárie dentária e candidíase (KARIN et al., 2012). Essa manifestação é transitória na quimioterapia, com o retorno do fluxo salivar ao normal no período de dois meses. Já na radioterapia, o dano nas glândulas salivares é irreversível. A saliva artificial, os sialogogos (pilocarpina e betanecol), goma de mascar sem açúcar e protetor labial são recursos utilizados como tratamento de suporte. (JENSEN et al., 2010).

Ainda na segunda fase, o cirurgião-dentista deve diagnosticar e tratar as infecções bacterianas, fúngicas e virais causadas pela imunossupressão (WONG, 2014). Das infecções bacterianas, a cárie dentária, decorrente da diminuição do fluxo salivar e da negligência com a higiene e consumo exacerbado de açúcares, é a doença bucal mais frequente em crianças. Orientação de higiene bucal, restrições de dieta, bochechos fluoretados e aplicação tópica de flúor são utilizados na prevenção (BRENNAN; ELTING; SPIJKERVET, 2010).

Dentre as infecções fúngicas, a candidíase bucal é a mais frequente. Os agentes antifúngicos tópicos, como a Nistatina, são a primeira linha de tratamento (LALLA et al., 2010; GLIGOROV et al., 2011). Entretanto, antifúngicos sistêmicos têm melhor efetividade em indivíduos imunossuprimidos. Nas sepas para *Candida albicans*, principal espécie causadora da candidíase, o fluconazol é mais efetivo. Todavia, nas originadas pelas espécies *Candida glabrata* e *Candida krusei*, o uso de itraconazol é preferível (REBOLI et al., 2011).

Em relação às infecções virais, a mais comum é a Herpes Simples. Esta tem como características clínicas: febre, mal-estar, linfadenopatia regional e dor que precede a formação de vesículas em cavidade bucal e orofaringe. As vesículas rompem-se formando úlceras dolorosas (CHEN et al., 2011). Para tratamento, utilizam-se os antivirais sistêmicos como Aciclovir e Valaciclovir (KARIN et al., 2012). Outra terapêutica utilizada para alívio algico e diminuição do período de manifestação clínica é a fotobiomodulação a laser (FERREIRA et al., 2011).

Finalmente, a terceira fase é o período após o término do tratamento antineoplásico. Nessa, a cavidade bucal ainda continua sendo local de diferentes manifestações secundárias ao tratamento. Podem ser observadas a disfunção das glândulas salivares, levando a hipossalivação e xerostomia, o aumento da incidência de cárie dentária, a disfunção do paladar e as infecções fúngicas e virais (DE MORAIS et al., 2014). Também, especialmente em crianças, a terapia antineoplásica pode danificar os germes dentários cujas sequelas

incluem hipoplasia de esmalte e malformação radicular. Atraso na sequência eruptiva também pode ser observado, associado ou não à alteração ortognática (MINICUCCI; LOPES; CROCCI, 2003).

2.4 Utilização da rede de serviços de saúde bucal e fatores associados

A utilização dos serviços de saúde representa o centro de funcionamento do sistema de saúde, sendo resultante da interação entre o comportamento dos usuários e dos profissionais que os conduzem dentro deste sistema e relacionada a fatores de acesso (o ato de ingressar, a entrada) e de acessibilidade (qualidade do que é acessível) (SOUZA; CHAVES, 2010).

Modelos teóricos do uso dos serviços de saúde têm sido empregados para melhor compreensão da relação dinâmica entre utilização e seus determinantes (PAVÃO; COELI, 2008). O Modelo Comportamental de Andersen tem sido o de maior aplicabilidade nos estudos de utilização. Neste modelo, inicialmente desenvolvido em 1968, a utilização dos serviços de saúde é dependente de determinantes individuais agrupados em fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidade de saúde. Os fatores predisponentes são os determinantes mais distais do modelo, enquanto que os fatores capacitantes e necessidade de saúde são os determinantes intermediários e proximais, respectivamente (ANDERSEN; NEWMAN, 1973; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Fatores predisponentes estão ligados ao fato do indivíduo estar mais ou menos susceptível ao uso dos serviços de saúde, relacionando-se às características sociodemográficas e às crenças em saúde do indivíduo. Os fatores capacitantes estão relacionados à possibilidade de acesso ao serviço, englobando tanto fatores individuais e familiares quanto fatores da oferta dos serviços de saúde da comunidade, tais como: renda, plano de saúde, transporte e tempo de espera pelo serviço. A necessidade de saúde inclui tanto o estado de saúde avaliado pelos profissionais quanto a percepção de saúde dos pacientes (ANDERSEN; NEWMAN, 1973; PAVÃO; COELI, 2008).

Na versão mais atual do modelo (Figura 1), a utilização dos serviços de saúde é considerada como o produto dos fatores individuais, das características do sistema de saúde, do contexto social, da interação entre estes e da experiência passada de uso (ANDERSEN, 1995; PHILLIPS et al., 1998). Seus determinantes são fatores relacionados à necessidade de saúde, aos usuários (características socioeconômicas e demográficas, geográficas e culturais), aos prestadores de serviços, à organização dos serviços e à política em saúde. A influência de

cada um desses determinantes varia em função do tipo de serviço e de sua proposta assistencial (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

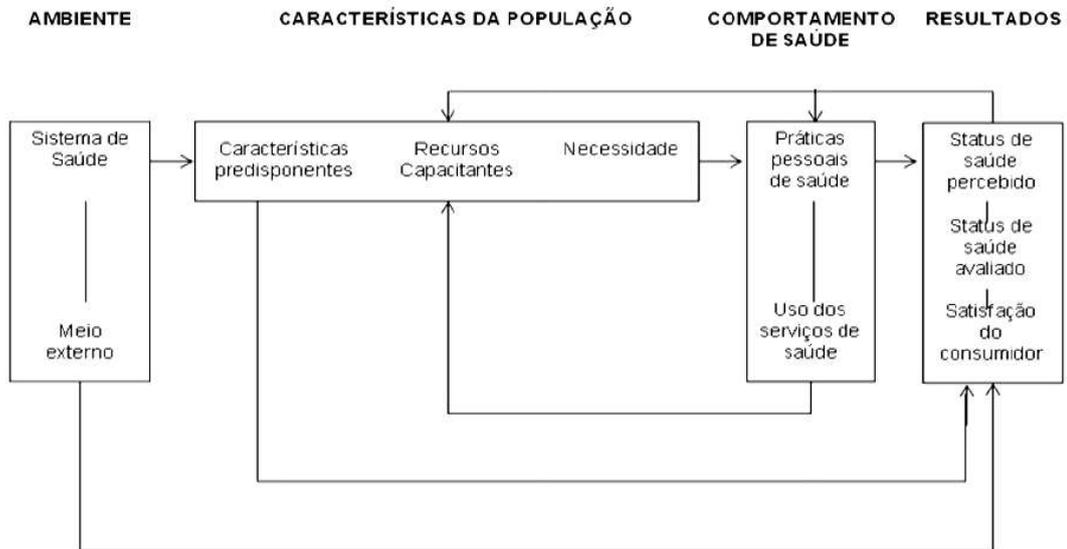


Figura 1 – Modelo teórico proposto por Andersen (1995) para avaliação da utilização dos serviços de saúde.

A utilização de serviços de saúde bucal (SSB) pela população é limitada e desigual (BARROS; BERTOLDI, 2002; MUIRHEAD et al., 2009; BALDANI; ANTUNES, 2011). No Brasil, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008) evidenciaram que embora 88,3% da população já tenha procurado serviços dentários, apenas 40% desta o fizeram a menos de 01 ano. Também, dentre os 11,7% da população que nunca consultou o dentista, 47,9% eram crianças na faixa etária de 0 a 4 anos de idade e 36,5% eram crianças e adolescentes entre 05 e 19 anos de idade. Portanto, a população pediátrica é um dos grupos de acesso mais restrito aos SSB (IBGE, 2010).

Estudos que avaliaram os fatores associados à utilização destes serviços por crianças e adolescentes evidenciaram que características socioeconômicas e demográficas do cuidador e/ou da família - tais como sexo feminino e maior escolaridade e renda – foram determinantes para o uso (BARROS; BERTOLDI, 2002; KRAMER et al., 2008; GOMES et al., 2014). Além disso, também estavam associadas, características da organização dos serviços odontológicos (maior cobertura pela ESF, menor tempo para marcação de consulta e menor tempo de deslocamento para a consulta), condições de saúde da criança e do adolescente (doenças crônicas menos complexas como asma e problemas de saúde bucal como dor de

dente) e percepção adequada da saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico (KRAMER et al., 2008; MEDINA-SOLÍS et al., 2009; CHI; LEROUX, 2012).

Percebe-se, portanto, que a desigualdade no acesso e utilização dos serviços odontológicos pode ser produzida, principalmente, pela posição social ocupada pelos indivíduos (SOARES; CHAVES; CANGUSSU, 2015). Há evidências de que indivíduos com maior vulnerabilidade social são mais acometidos pelas morbidades em saúde bucal e, conseqüentemente, apresentam um maior acúmulo de necessidades (PERES et al., 2012). Assim, pessoas com maior capital econômico, social e cultural usam melhor estes serviços, especialmente quando se trata daqueles com acesso mais difícil, como a atenção especializada (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

Dentre os grupos de vulnerabilidade, temos as crianças e adolescentes com doenças crônicas, destacando-se a leucemia (GELBERG; ANDERSEN; LEAKE, 2000). Evidências internacionais sugerem que este grupo tem um acesso mais restrito aos SSB (THE CANADIAN ACADEMY OF HEALTH SCIENCES, 2005; INSTITUTE OF MEDICINE AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2011). Estudo de Chi e Raklios (2012), com o objetivo de avaliar a utilização dos serviços odontológicos por crianças e adolescentes com doenças crônicas no Medicaid (maior fonte de financiamento público de atendimento odontológico para crianças com doenças crônicas dos EUA), evidenciou que 42% das 25.993 crianças e adolescentes não realizaram qualquer atendimento odontológico. Além disso, as crianças e adolescentes que apresentavam condições neurológicas, endócrinas, craniofaciais ou hematológicas utilizaram menos estes serviços quando comparadas a outras condições. Os autores atribuíram este fato a, principalmente, características comportamentais do cuidador como o alto nível de stress em relação às necessidades de saúde sistêmicas destas crianças e adolescentes, colocando a saúde bucal numa lista inferior de prioridades.

No Brasil, não foram localizados, ainda, estudos que avaliem determinantes da utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia. Pesquisas com este enfoque são fundamentais para gerar informações ao planejamento de políticas ou programas que estimulem o uso dos SSB de maneira integral e reduzam as desigualdades de utilização (CURI; FIGUEIREDO; JAMELLI, 2016).

Para pesquisas como essas, são importantes modelos conceituais para explicar teoricamente as relações entre os determinantes do uso desta rede por esta população. O

presente estudo de caráter exploratório, por exemplo, utiliza um modelo conceitual (figura 2) com base no Modelo Comportamental de Andersen (1995).

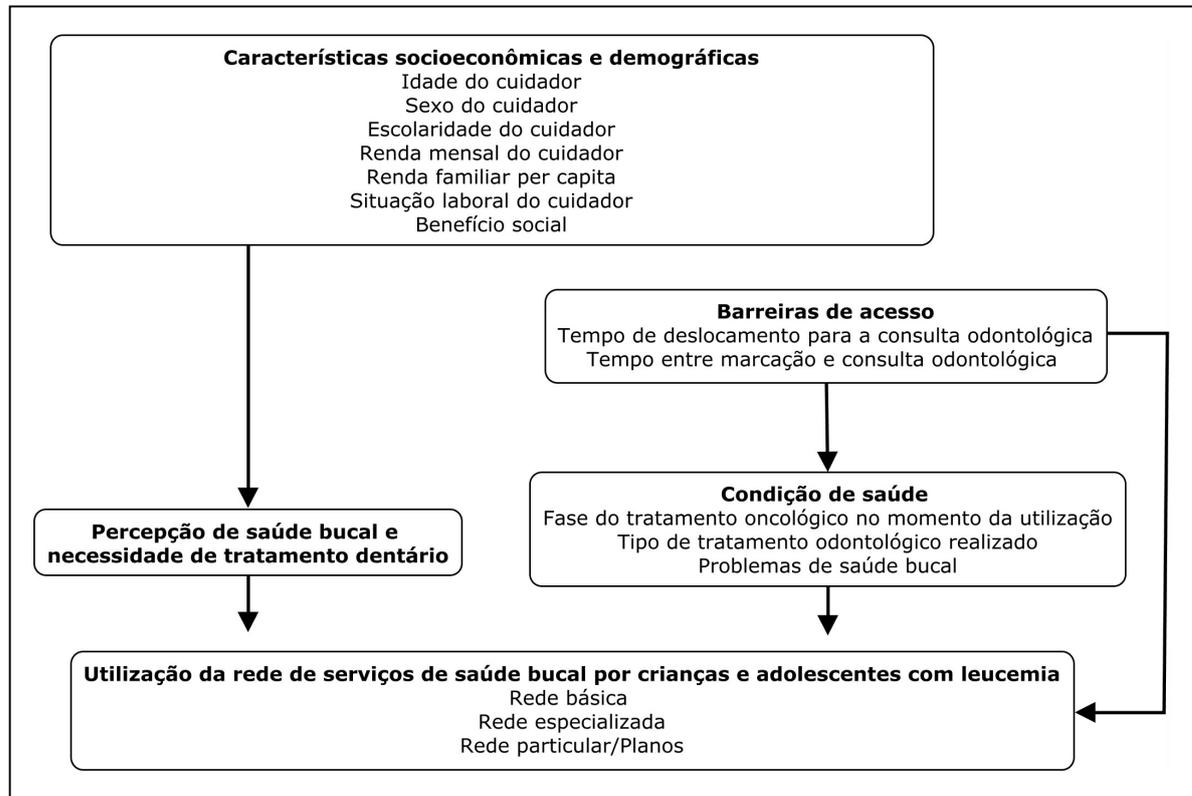


Figura 2 - Modelo de análise da utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia baseado no Modelo Comportamental de Andersen (1995).

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo transversal exploratório, realizado em uma população de crianças e adolescentes com leucemia assistidas em um serviço de oncologia.

3.2 Local do estudo

Estudo realizado no Centro de Onco-hematologia Pediátrica (CEOHNPE) do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (HUOC/PE), sendo considerado um Centro de Referência Hospitalar Regional em oncologia pediátrica. Segundo a Portaria nº 874 de 16 de Maio de 2013, que institui a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer, o CEOHNPE-HUOC/PE é uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com Serviço de Hematologia e Oncologia Pediátrica, fornecendo condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento das neoplasias mais prevalentes no país (BRASIL, 2013). O CEONHPE constitui-se de um prédio de oito andares contando com ambulatório multidisciplinar, incluindo o serviço de odontologia, 10 enfermarias com 3 leitos cada, 2 isolamentos reversos, 01 central de quimioterapia, além da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com 4 leitos. Além disso, é neste centro que fica o Grupo de Ajuda à Criança Carente com Câncer Pernambuco (GAC-PE), instituição sem fins lucrativos que tem o objetivo de garantir às crianças e aos adolescentes com câncer atendidos no CEOHNPE- HUOC/PE o direito a um tratamento humanizado (UPE, 2010).

3.3 Período de coleta de dados

Março a agosto de 2016.

3.4 População do estudo

Todas as crianças e adolescentes de 03 a 16 anos de idade, que possuíam diagnóstico médico de leucemia e que compareceram a consulta médica de rotina no ambulatório do CEOHNPE- HUOC/PE entre março e agosto de 2016.

3.5 Critérios de elegibilidade

3.5.1 Critérios de inclusão

- Crianças e adolescentes entre 03 e 16 anos de idade completos;
- Não internados;
- Tempo de diagnóstico médico de leucemia igual ou superior a 06 meses registrado no prontuário pelo oncologista pediátrico do serviço de acordo com as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia do Ministério da Saúde do Brasil e a Classificação Internacional do Câncer na Infância, Terceira Edição/CICI-3 (STELIAROVA-FOUCHER et al., 2005; BRASIL, 2014b);
- Estar acompanhado pelo cuidador, sendo definido como aquele com grau de parentesco direto e responsável por coordenar os recursos requeridos pela criança ou adolescente (CASSIS et al., 2007; MENSORIO; KOHLSDORF; JUNIOR, 2009).

3.5.2 Critérios de exclusão

- Doenças neurológicas, renais, hepáticas e hematológicas, cardiopatias congênitas e outro tipo de câncer associado.

3.6 Variáveis de análise

Variáveis	Definição	Categorização
Desfecho principal		
Utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia.	Variável qualitativa definida como uso de serviços de saúde bucal (SSB) desde que a criança ou o adolescente foi diagnosticada com leucemia. Os serviços foram categorizados baseados na rede pública (rede básica e/ou especializada) e rede particular. Um mesmo indivíduo poderia usar mais de uma rede.	1=Apenas rede básica 2=Apenas rede especializada 3=Rede básica e especializada 4=Apenas rede particular 5= Rede especializada e particular 6= Não utilizou
Relacionadas ao cuidador		
Sexo	Variável qualitativa definida ao nascer com base nas características das estruturas reprodutivas.	1= Masculino 2= Feminino
Idade	Variável quantitativa dada pelo número de anos completos, contado do dia do nascimento até o momento da entrevista e, posteriormente, categorizada pela mediana.	1= >34 anos 2= Até 34 anos

Escolaridade	Variável quantitativa obtida pelos anos de estudo em função da série e do grau que a pessoa estava frequentando ou havia frequentado, considerando a última série concluída com aprovação (IBGE, 2013). Foi categorizada, posteriormente, utilizando a mediana.	1= >10 anos 2= Até 10 anos
Renda mensal	Variável quantitativa definida como o total bruto (em reais) que o cuidador recebe por mês para posterior categorização. Não foram considerados os benefícios de programas sociais.	1=Sem renda 2=Com renda
Renda familiar per capita	Variável quantitativa definida como a divisão entre o somatório da renda individual dos moradores do mesmo domicílio (em reais) no mês anterior a entrevista e o número de moradores no domicílio. Não serão considerados os benefícios de programas sociais. Foi categorizada baseada em ¼ de R\$ 880,00 (salário mínimo atual) visto que renda inferior a este é um dos critérios para recebimento de benefício social, em especial, o benefício de prestação continuada (BPC).	1= ≥ R\$ 220,00 2= < R\$ 220,00
Situação laboral	Variável qualitativa definida pela situação de trabalho do cuidador no momento da entrevista.	1=Não trabalha 2=Trabalha
Estado marital	Variável qualitativa definida como a situação de uma pessoa em relação ao matrimônio ou a sociedade conjugal.	1=solteiro 2=casado; 3= outro (divorciado; viúvo)
Benefício social	Variável qualitativa dada pelo recebimento ou não de benefício que integra a Política de Assistência Social.	0=Não recebe 1=Recebe
Tipo de benefício social	Variável qualitativa definida como o tipo de benefício que integra a Política de Assistência Social recebido pelo cuidador.	1= Bolsa família 2= Benefício de prestação continuada (BPC) 3= Ambos
Percepção da saúde bucal	Variável qualitativa definida como a percepção que o cuidador tem da saúde bucal da criança ou do adolescente.	1=Muito boa/boa 2=Regular 3=Muito ruim/ruim

Necessidade de tratamento odontológico	Variável qualitativa definida como a percepção do cuidador sobre a necessidade de tratamento odontológico para a criança ou adolescente desde que foi diagnosticada com leucemia.	0=Sim 1=Não
Problemas de saúde bucal percebidos	Variável qualitativa definida como os problemas percebidos pelo cuidador que atingiram a cavidade bucal das crianças ou adolescentes desde que foi diagnosticada com leucemia. Foi posteriormente dicotomizada para cada problema.	Cárie (0=sim/1=não); Dor de dente (0=sim/1=não); Problema na gengiva (0=sim/1=não); Lesão na boca (0=sim/1=não);
Relacionadas à criança/adolescente		
Idade	Variável quantitativa dada pelo número de anos completos, contando do dia do nascimento até o momento da entrevista. Foi posteriormente categorizada baseada nas faixas etárias que compreendem os pré-escolares, escolares e adolescentes.	1=3-5 anos 2=6-12 anos 3=13-16 anos
Sexo	Variável qualitativa definida ao nascer com base nas características das estruturas reprodutivas.	1=Masculino; 2=Feminino
Município/Estado onde mora	Variável qualitativa definida como o município e o estado do Brasil onde a criança/adolescente reside.	1=Recife/Região Metropolitana; 2=interior do estado de Pernambuco; 3=outro estado
Tipo de leucemia	Variável qualitativa definida como o tipo de leucemia que acomete a criança/adolescente. Foi posteriormente dicotomizada, pois a amostra foi composta apenas por crianças e adolescentes com leucemias agudas.	1=leucemia linfóide aguda (LLA); 2=leucemia mieloide aguda (LMA);
Tempo de diagnóstico da leucemia	Variável quantitativa definida como o tempo do diagnóstico da doença até o dia da entrevista (anos completos). Foi posteriormente categorizada baseada no tempo médio de tratamento oncológico (1-3 anos).	1=<01 ano 2=01-03 anos 3=>03 anos
Tipo de serviço de saúde bucal	Variável qualitativa definida como o tipo de serviço de saúde bucal utilizado pela criança ou adolescente desde que foi diagnosticada com leucemia.	1= Público; 2= Privado; 3= Ambos;
Uso de serviço de saúde bucal	Variável qualitativa definida como a utilização pela criança ou adolescente de algum SSB desde que foi diagnosticada com leucemia.	1=Sim 2=Não

Fase de tratamento oncológico no momento da utilização do serviço	Variável qualitativa definida como a (as) fase (es) do tratamento oncológico em que a criança ou adolescente se encontrava quando utilizou o serviço de saúde bucal desde que foi diagnosticada com leucemia.	1=Antes do tratamento 2=Durante o tratamento (não internado) 3=Durante o tratamento (internado) 4=Após o tratamento 5=Durante (internado e não internado) 6=Durante (internado) e após o tratamento 7=Durante (internado e não internado) e após o tratamento
Tipo de tratamento odontológico realizado	Variável qualitativa definida como o tipo de tratamento odontológico realizado na criança ou adolescente desde que foi diagnosticada com leucemia. Foi posteriormente dicotomizada para cada tipo de tratamento.	Limpeza, revisão, manutenção ou prevenção (0=sim/1=não); Extração (0=sim/1=não); Restauração (0=sim/1=não); Tratamento de ferida na boca (0=sim/1=não);
Barreiras de acesso		
Tempo entre marcação e consulta odontológica	Variável quantitativa definida como o tempo (em dias) entre a marcação e a consulta ao dentista para a criança ou adolescente. Foi posteriormente categorizada utilizando a mediana	1= até 04 dias 2= >04 dias
Tempo de deslocamento para a consulta odontológica	Variável quantitativa definida como o tempo gasto (em minutos) entre o domicílio e o local da consulta ao dentista para a criança ou adolescente. Foi posteriormente categorizada baseado no estudo de Souza e Chaves (2010).	1= até 40 minutos 2= >40 minutos

3.7 Coleta de Dados

Os dados foram coletados mediante análise do prontuário contendo informações sobre a doença (tipo de leucemia e tempo de diagnóstico) e realização de entrevista estruturada dirigida aos cuidadores das crianças e dos adolescentes com leucemia, sendo registrados em um formulário de pesquisa (APÊNDICE A). Esse, elaborado a partir da compilação de formulários validados (CHAVES et al., 2010; IBGE, 2008, 2013; SOARES, 2014), foi previamente testado e adequado em estudo piloto com dez cuidadores. O formulário foi aplicado no ambulatório do CEOHNPE- HUOC/PE pelo cirurgião-dentista responsável pela pesquisa, após os cuidadores serem informados quanto à natureza do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

O formulário foi estruturado em duas partes: I- Informações socioeconômicas e demográficas e II- Utilização de serviços de saúde bucal, organização dos serviços

odontológicos, percepção de saúde bucal e necessidade de tratamento dentário e condição de saúde. Na primeira parte, foram coletados dados da criança ou do adolescente (identificação) e do cuidador (identificação, escolaridade, situação laboral, benefício social e renda mensal individual e familiar per capita). Na segunda parte, foram questionados os dados relativos à criança ou ao adolescente quanto ao uso dos serviços odontológicos desde que foi diagnosticada com leucemia, percepção do cuidador sobre a saúde bucal e necessidade de tratamento dentário, fase de tratamento oncológico no momento da utilização do serviço, tipo de tratamento odontológico realizado, problemas de saúde bucal e tempo para agendamento e deslocamento para a consulta odontológica.

3.8 Plano de análise

Foi utilizado como referência teórica o Modelo Comportamental de Andersen (ANDERSEN, 1995). A utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia foi considerada o desfecho principal. Neste trabalho, o uso da rede foi compreendido como sinônimo de acesso realizado – entrada da criança ou do adolescente nos serviços de saúde bucal.

As variáveis de análise foram agrupadas nos seguintes blocos (figura 2): I- Características socioeconômicas e demográficas (idade, sexo, escolaridade, situação laboral e renda mensal do cuidador, renda familiar per capita e benefício social); II- Organização dos serviços odontológicos (barreiras de acesso mediante tempo para agendamento e deslocamento para a consulta odontológica da criança ou do adolescente); III- Percepção da saúde bucal e da necessidade de tratamento odontológico; IV – Condição de saúde (fase de tratamento oncológico da criança ou do adolescente no momento da utilização do serviço, tipo de tratamento odontológico realizado e problemas de saúde bucal).

Os dados foram digitados e analisados no programa SPSS versão 22.0. Foi calculada a média e desvio padrão para a idade do cuidador e a proporção absoluta e relativa de cada variável. Em seguida, a utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia foi analisada segundo os quatro blocos supracitados.

3.9 Limitações metodológicas

Para as variáveis que usaram como ponto de análise as ações realizadas a partir do momento do diagnóstico da leucemia, pode existir o viés de memória. Todavia, este viés foi minimizado uma vez que as entrevistas foram realizadas com cuidadores de pacientes

pediátricos com leucemia, os quais tendem a recordar mais as vivências experimentadas durante o período da doença.

Além disso, o presente estudo de caráter exploratório, devido ao tempo restrito do mestrado, teve a coleta realizada em um único hospital de referência no diagnóstico e tratamento dos cânceres que recebe crianças e adolescentes de todo o Pernambuco e estados vizinhos. Entretanto, para melhor entendimento do acesso à rede de serviços de saúde bucal por esta população, faz-se importante um posterior estudo multicêntrico.

3.10 Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE - CAAE: 51165515.0.0000.5208 (ANEXO A) e do HUOC/PE - CAAE: 51165515.0.3002.5192 (ANEXO B) e todos os cuidadores das crianças e adolescentes que quiseram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12.

4 RESULTADOS

Este estudo abrangeu 80 cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia, não havendo recusa para participação na pesquisa. A tabela 1 mostra as características socioeconômicas e demográficas destes cuidadores, sendo a maioria do sexo feminino, solteira e com até 10 anos de estudo. A idade oscilou entre 22 e 58 anos, com média de 34,6 ($\pm 7,01$) anos. Também, a maioria não trabalhava, não possuía renda, mas recebia benefício social, destacando-se o benefício de prestação continuada. Em relação a renda familiar *per capita*, a maioria das famílias possuía renda inferior a R\$ 220,00 que representa $\frac{1}{4}$ do salário mínimo em vigor.

Tabela 1: Características socioeconômicas e demográficas dos cuidadores das crianças e adolescentes com leucemia assistidas no HUOC/UPE, Recife-PE/2016 (n = 80).

Variáveis e categorias	n	%
Idade		
>34 anos	41	51,2
Até 34 anos	39	48,8
Sexo		
Masculino	07	8,7
Feminino	73	91,3
Estado marital		
Solteiro	43	53,8
Casado	30	37,5
Outro	07	8,7
Escolaridade		
>10 anos	39	48,8
Até 10 anos	41	51,2
Situação laboral		
Não trabalha	71	88,8
Trabalha	09	11,2
Renda mensal		
Sem renda	62	77,5
Com renda	18	22,5
Renda familiar <i>per capita</i> ^a		
\geq R\$ 220,00	29	36,2
$<$ R\$ 220,00	51	63,8
Benefício social		
Não recebe	15	18,8
Recebe	65	81,2
Tipo de benefício		
Bolsa família	14	21,5
BPC	27	41,5
Ambos	24	37,0

BPC= benefício de prestação continuada.

^aR\$ 220,00 representa $\frac{1}{4}$ do salário atual (R\$ 880,00).

A tabela 2 mostra as características socioeconômicas, demográficas e da doença das crianças e adolescentes com leucemia. A maioria era de escolares, do sexo masculino e residia no interior do estado de Pernambuco. Quanto a doença, destacou-se a leucemia linfóide aguda e o tempo de diagnóstico entre 01 a 03 anos.

Tabela 2: Características socioeconômicas e demográficas e da doença das crianças e adolescentes com leucemia assistidas no HUOC/UPE, Recife-PE/2016 (n = 80).

Variáveis e categorias	n	%
Município/estado da residência		
Recife/Região Metropolitana	29	36,2
Interior do estado de Pernambuco	40	50,0
Outro estado	11	13,8
Sexo		
Masculino	42	52,5
Feminino	38	47,5
Idade^a		
03-05 anos	13	16,3
06-12 anos	38	47,5
13-16 anos	29	36,2
Tipo de leucemia		
LLA	67	83,8
LMA	13	16,2
Tempo de diagnóstico		
<01 ano	13	16,3
01-03 anos	38	47,5
> 03 anos	29	36,2

LLA= leucemia linfóide aguda; LMA= leucemia mieloide aguda.

^a 03-05 anos= pré-escolares; 06-12 anos= escolares; 13-16 anos= adolescentes.

A tabela 3 mostra a percepção da saúde bucal e da necessidade de tratamento odontológico e os problemas bucais percebidos pelos cuidadores. Trinta e nove cuidadores referiram como muito boa/boa a saúde bucal da criança/adolescente, seguida de regular, entretanto, a maioria percebeu a necessidade de tratamento odontológico. Além disso, lesão na boca e cárie dentária foram os principais problemas de saúde bucal das crianças e adolescentes percebidos pelos seus cuidadores. Ademais, 24 crianças e adolescentes apresentaram dor de dente referida.

Tabela 3: Percepção da saúde bucal e da necessidade de tratamento odontológico e os problemas de saúde bucal percebidos pelos cuidadores das crianças e adolescentes com leucemia assistidas no HUOC/UPE, Recife-PE/2016 (n = 80).

Variáveis e categorias	n	%
Percepção da saúde bucal		
Muito boa/boa	39	48,8
Regular	33	41,2
Muito ruim/ruim	08	10,0
Percepção da necessidade de tratamento odontológico		
Sim	64	80,0
Não	16	20,0
Problemas de saúde bucal percebidos		
Cárie dentária		
<i>Sim</i>	43	53,8
<i>Não</i>	37	46,2
Dor de dente		
<i>Sim</i>	24	30,0
<i>Não</i>	56	70,0
Problema na gengiva		
<i>Sim</i>	17	21,2
<i>Não</i>	63	78,8
Lesão na boca		
<i>Sim</i>	70	87,5
<i>Não</i>	10	12,5

A tabela 4 mostra as características da utilização da rede de serviços de saúde bucal pelas crianças e adolescentes com leucemia. A maioria (n=69) utilizou algum serviço de saúde bucal, sendo que 59 crianças/adolescentes foram atendidas exclusivamente em serviços públicos.

Trinta e nove crianças/adolescentes usaram SSB em uma única fase de tratamento oncológico: 01 antes do tratamento, 09 durante (não internado), 26 durante (internado) e 03 após. Vinte e seis usaram em duas fases do tratamento: 19 durante (internado e não internado) e 07 durante (internado) e após. Apenas 04 utilizaram SSB em três fases: durante (internado e não internado) e após o tratamento.

Em relação às barreiras de acesso aos SSB quando a criança/adolescente não estava internada (n=43), apesar da maioria dos cuidadores relatarem que o tempo entre a marcação e a consulta odontológica foi de até 04 dias, o tempo de deslocamento entre a residência e os SSB foi maior que 40 minutos. O tratamento de ferida, em especial a mucosite bucal, foi realizado em 54 crianças e adolescentes, seguido de procedimentos curativos: 18 realizaram extração dentária e 24, restauração (tabela 4).

Tabela 4: Características da utilização da rede de serviços de saúde bucal pelas crianças e adolescentes com leucemia assistidas no HUOC/UPE, Recife-PE/2016.

Variáveis e categorias	n	%
Uso de SSB^a		
Sim	69	86,2
Não	11	13,8
Tipo de SSB^a		
Público	59	85,5
Privado	01	1,4
Ambos	09	13,0
Fase de tratamento oncológico^b		
Antes do tratamento	01	1,4
Durante o tratamento (não internado)	09	13,0
Durante o tratamento (internado)	26	37,7
Após o tratamento	03	4,3
Durante (internado e não internado)	19	27,5
Durante (internado) e após o tratamento	07	10,1
Durante (internado e não internado) e após	04	5,8
Tempo de deslocamento^c		
Até 40 minutos	17	39,5
>40 minutos	26	60,5
Tempo entre marcação e consulta^c		
Até 04 dias	24	55,8
> 04 dias	19	44,2
Tipo de tratamento odontológico realizado^b		
Limpeza, revisão, manutenção ou prevenção		
<i>Sim</i>	30	43,5
<i>Não</i>	39	56,5
Extração dentária		
<i>Sim</i>	18	26,1
<i>Não</i>	51	73,9
Restauração		
<i>Sim</i>	24	34,8
<i>Não</i>	45	65,2
Tratamento de ferida		
<i>Sim</i>	54	78,3
<i>Não</i>	15	21,7

SSB=Serviços de saúde bucal.

^a n=80^b n=69 (crianças e adolescentes que usaram algum SSB).^c n=43 (crianças e adolescentes que utilizaram SSB quando não estavam internadas).

A figura 3 mostra a rede de serviços de saúde bucal utilizada pelas crianças e adolescentes com leucemia. A maioria (n=53) utilizou somente a rede especializada, sendo que 42 crianças/adolescentes usaram somente hospital, 04 usaram o Núcleo de Apoio a Criança com Câncer (NACC) e 07 ambos os serviços. Apenas 03 crianças/adolescentes usaram somente a rede básica e 03 usaram esta rede juntamente com o hospital. Dez crianças/adolescentes usaram a rede particular, sendo que 01 utilizou apenas essa e 09 utilizaram esta rede associada ao hospital.

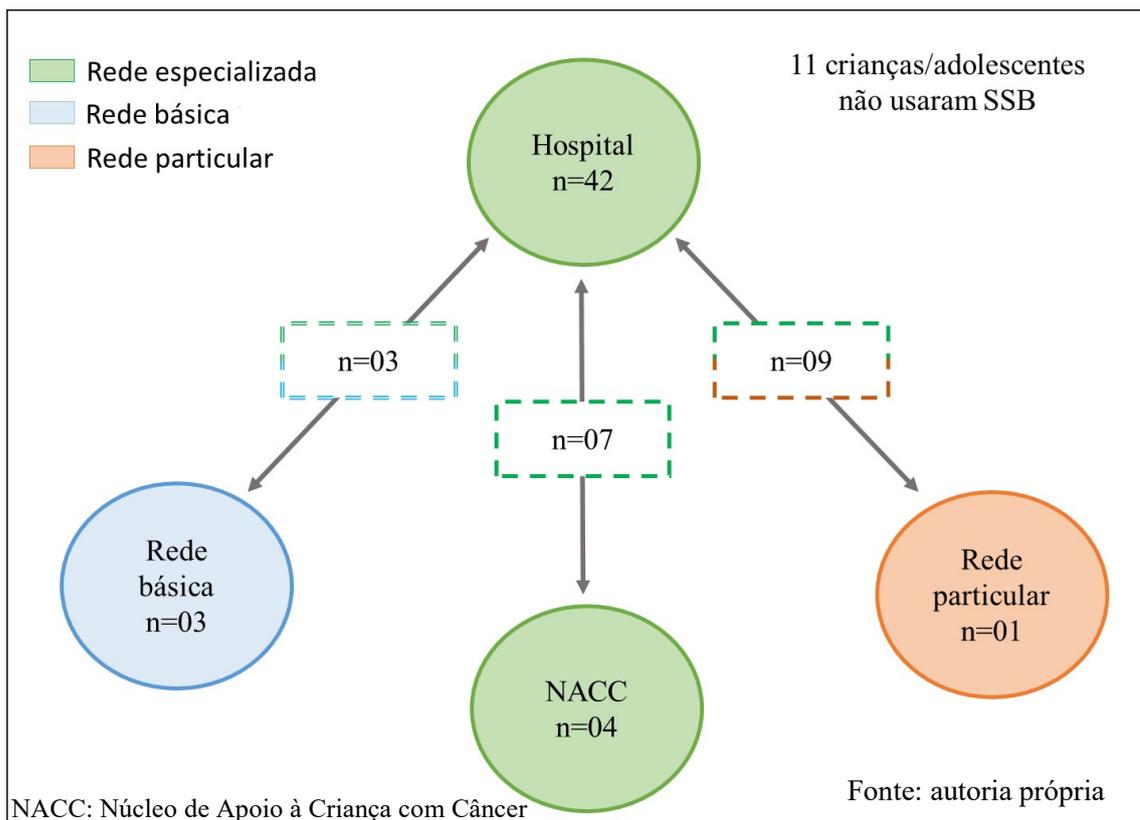


Figura 1: Representação da utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia assistidas no HUOC/UPE, Recife-PE/2016.

Para a análise da utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia, segundo características socioeconômicas e demográficas dos cuidadores (tabela 5), foi considerada a população total do estudo (n=80). Das crianças e adolescentes que utilizaram apenas a rede especializada (n=53), a maioria tinha cuidadores do sexo feminino, que não trabalhavam, não tinham renda, recebiam benefício social e possuíam renda familiar per capita inferior a R\$ 220,00. Do mesmo modo, todas as crianças e adolescentes que utilizaram a rede básica juntamente com a especializada (n=03) tinham cuidadores do sexo feminino que não trabalhavam e que não tinham renda mensal.

Quanto às crianças e adolescentes que utilizaram a rede particular juntamente com a rede especializada (n=09), a maioria dos cuidadores não possuía renda mensal, não trabalhava e recebia benefício social, entretanto, relatou uma renda familiar per capita igual ou superior a um quarto do salário mínimo vigente. Estas características socioeconômicas também foram vistas no cuidador da criança/adolescente que utilizou a rede particular isoladamente.

Tabela 5: Utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia assistidas no HUOC/UPE, Recife-PE/2016, segundo características socioeconômicas e demográficas dos cuidadores (n = 80).

Variáveis	Rede pública						Apenas rede particular N=01	Rede especializada e particular** N=09	Não utilizou N=11			
	Apenas rede básica N=03		Apenas rede especializada* N=53		Rede básica e especializada N=03							
	n	%	n	%	n	%					n	%
Idade												
>34 anos	02	66,7	26	49,1	02	66,7	01	100	05	55,6	05	45,5
Até 34 anos	01	33,3	27	50,9	01	33,3	00	0,0	04	44,4	06	54,5
Sexo												
Masculino	01	33,3	03	5,7	00	0,0	00	0,0	01	11,1	02	18,2
Feminino	02	66,7	50	94,3	03	100	01	100	08	88,9	09	81,8
Escolaridade												
>10 anos	02	66,7	21	39,6	02	66,7	00	0,0	07	77,8	07	63,6
Até 10 anos	01	33,3	32	60,4	01	33,3	01	100	02	22,2	04	36,4
Situação laboral												
Não trabalha	03	100	47	88,7	03	100	01	100	07	77,8	10	90,9
Trabalha	00	0,0	06	11,3	00	0,0	00	0,0	02	22,2	01	9,1
Renda mensal												
Sem renda	02	66,7	43	81,1	03	100	01	100	07	77,8	06	54,5
Com renda	01	33,3	10	18,9	00	0,0	00	0,0	02	22,2	05	45,5
Renda familiar per capita^a												
≥R\$ 220,00	02	66,7	14	26,4	02	66,7	01	100	06	66,7	04	36,4
<R\$ 220,00	01	33,3	39	73,6	01	33,3	00	0,0	03	33,3	07	63,6
Benefício social												
Não recebe	01	33,3	07	13,2	01	33,3	00	0,0	02	22,2	04	36,4
Recebe	02	66,7	46	86,8	02	66,7	01	100	07	77,8	07	63,6

^a R\$ 220,00 representa ¼ do salário atual (R\$ 880,00).

*42 crianças/adolescentes utilizaram somente o SSB do hospital, 04 somente o do Núcleo de Apoio a Criança com Câncer (NACC) e 07 ambos os serviços.

** Não houve utilização da rede pública básica juntamente com a rede particular.

Para a análise da utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia, segundo percepção da saúde bucal e da necessidade de tratamento odontológico e problemas de saúde bucal percebidos pelos cuidadores (tabela 6), foi considerada a população total do estudo (n=80). Das crianças e adolescentes que utilizaram apenas a rede especializada, a maioria teve cuidadores que acharam necessário o tratamento odontológico. Do mesmo modo, a única que utilizou apenas a rede particular e todas aquelas que utilizaram esta rede juntamente com a especializada tinham cuidadores que acharam necessário o tratamento odontológico. Ademais, das 11 crianças e adolescentes que não utilizaram qualquer SSB, 07 tinham cuidadores que não acharam necessária a ida ao dentista.

Em relação aos problemas de saúde bucal percebidos pelos cuidadores, a maioria das crianças e adolescentes que utilizaram apenas a rede especializada tinham cuidadores que perceberam lesão na boca. Do mesmo modo, todas as crianças e adolescentes que utilizaram a rede básica juntamente com a rede especializada (n=03), bem como as que utilizaram a rede particular associada a especializada (n=09), tinham cuidadores que perceberam lesão na boca. Ademais, das 11 crianças e adolescentes que não utilizaram algum SSB, 10 tinham cuidadores que não perceberam dor de dente.

Em relação a percepção da saúde bucal da criança/adolescente pelos cuidadores, não houve diferença importante entre perceber uma saúde bucal muito boa/boa ou regular e a utilização da rede de serviços de saúde bucal. Entretanto, observa-se que quanto mais o cuidador percebe como ruim a saúde da boca da criança/adolescente, mais esta utiliza a rede. Das 11 crianças e adolescentes que não utilizaram algum SSB, 06 tinham cuidadores que achavam muito boa/boa a saúde da boca da criança/adolescente, 04 que achavam regular e apenas 01 que achava muito ruim/ruim.

Tabela 6: Utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia assistidas no HUOC/UPE, Recife-PE/2016, segundo percepção da saúde bucal e da necessidade de tratamento odontológico e problemas de saúde bucal percebidos pelos cuidadores (n = 80).

Variáveis	Rede pública											
	Apenas rede básica N=03		Apenas rede especializada* N=53		Rede básica e especializada N=03		Apenas rede particular N=01		Rede especializada e particular** N=09		Não utilizou N=11	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Percepção da saúde bucal												
Muito boa/boa	03	100	22	41,5	01	33,3	00	0,0	07	77,8	06	54,5
Regular	00	0,0	25	47,2	01	33,3	01	100	02	22,2	04	36,4
Muito ruim/ruim	00	0,0	06	11,3	01	33,3	00	0,0	00	0,0	01	9,1
Necessidade de tratamento odontológico												
Sim	02	66,7	46	86,8	02	66,7	01	100	09	100	04	36,4
Não	01	33,3	07	13,2	01	33,3	00	0,0	00	0,0	07	63,6
Problemas de saúde bucal percebidos												
Cárie dentária												
<i>Sim</i>	01	33,3	31	58,5	02	66,7	01	100	03	33,3	05	45,5
<i>Não</i>	02	66,7	22	41,5	01	33,3	00	0,0	06	66,7	06	54,5
Dor de dente												
<i>Sim</i>	00	0,0	19	35,8	02	66,7	01	100	01	11,1	01	9,1
<i>Não</i>	03	100	34	64,2	01	33,3	00	0,0	08	88,9	10	90,9
Problema na gengiva												
<i>Sim</i>	01	33,3	13	24,5	02	66,7	01	100	00	0,0	00	0,0
<i>Não</i>	02	66,7	40	75,5	01	33,3	00	0,0	09	100	11	100
Lesão na boca												
<i>Sim</i>	01	33,3	50	94,3	03	100	01	100	09	100	06	54,5
<i>Não</i>	02	66,7	03	5,7	00	0,0	00	0,0	00	0,0	05	45,5

*42 crianças/adolescentes utilizaram somente o SSB do hospital, 04 somente o do Núcleo de Apoio a Criança com Câncer (NACC) e 07 ambos os serviços.

** Não houve utilização da rede pública básica juntamente com a rede particular.

Para a análise da utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia, segundo fase de tratamento oncológico que a criança/adolescente estava quando usou algum serviço de saúde bucal e tipo de tratamento odontológico realizado (tabela 7), foram consideradas apenas as crianças e adolescentes que utilizaram algum SSB (n=69). Aproximadamente, metade das crianças e adolescentes que utilizou apenas a rede especializada estava durante o tratamento oncológico internadas. Do mesmo modo, 18 crianças e adolescentes utilizaram apenas a rede especializada em mais de uma fase do tratamento oncológico: 11 durante o tratamento (internado e não internado); 04 durante (internado) e após o tratamento e 03 durante (internado e não internado) e após o tratamento. Ademais, das 03 crianças e adolescentes que utilizaram apenas a rede básica, 01 estava durante o tratamento oncológico (não internado) e 02 estavam após o tratamento.

Em relação ao tipo de tratamento odontológico realizado, a maioria das crianças e adolescentes que utilizou apenas a rede especializada realizou tratamento de ferida na boca. Também, 29 crianças e adolescentes que utilizaram apenas a rede especializada realizaram procedimentos curativos: 13 realizaram extração dentária e 16, restauração. Além disso, somente 19 crianças e adolescentes que utilizaram apenas esta rede realizaram limpeza, revisão, manutenção ou prevenção. Ademais, das crianças e adolescentes que utilizaram exclusivamente rede básica, bem como esta rede associada à especializada, 02 de cada realizaram limpeza, revisão, manutenção ou prevenção. Também, 07 crianças e adolescentes que utilizaram a rede particular juntamente com a rede especializada realizaram limpeza, revisão, manutenção ou prevenção.

Tabela 7: Utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia assistidas no HUOC/UPE, Recife-PE/2016, segundo fase de tratamento oncológico que a criança/adolescente estava quando usou algum serviço de saúde bucal e tipo de tratamento odontológico realizado (n=69).

Variáveis	Rede pública						Apenas rede particular N=01	Rede especializada e particular** N=09		
	Apenas rede básica N=03		Apenas rede especializada* N=53		Rede básica e especializada N=03					
	n	%	n	%	n	%				
Fase de tratamento oncológico										
Antes do tratamento	00	0,0	01	1,9	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Durante (não internado)	01	33,3	07	13,2	00	0,0	01	100	00	0,0
Durante (internado)	00	0,0	26	49,1	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Após o tratamento	02	66,7	01	1,9	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Durante (internado e não internado)	00	0,0	11	20,8	02	66,7	00	0,0	06	66,7
Durante (internado) e após o tratamento	00	0,0	04	7,5	00	0,0	00	0,0	03	33,3
Durante (internado e não internado) e após	00	0,0	03	5,7	01	33,3	00	0,0	00	0,0
Tipo de tratamento odontológico realizado										
Limpeza, revisão, manutenção ou prevenção										
<i>Sim</i>	02	66,7	19	35,8	02	66,7	00	0,0	07	77,8
<i>Não</i>	01	33,3	34	64,2	01	33,3	01	100	02	22,2
Extração dentária										
<i>Sim</i>	01	33,3	13	24,5	01	33,3	00	0,0	03	33,3
<i>Não</i>	02	66,7	40	75,5	02	66,7	01	100	06	66,7
Restauração										
<i>Sim</i>	01	33,3	16	30,2	02	66,7	01	100	04	44,4
<i>Não</i>	02	66,7	37	69,8	01	33,3	00	0,0	05	55,6
Tratamento de ferida										
<i>Sim</i>	00	0,0	42	79,2	03	100	00	0,0	09	100
<i>Não</i>	03	100	11	20,8	00	0,0	01	100	00	0,0

*42 crianças/adolescentes utilizaram somente o SSB do hospital, 04 somente o do Núcleo de Apoio a Criança com Câncer (NACC) e 07 ambos os serviços.

** Não houve utilização da rede pública básica juntamente com a rede particular.

Para a análise da utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia, segundo as barreiras de acesso - tempo entre marcação e consulta ao dentista e tempo de deslocamento entre a residência da criança/adolescente e o consultório - (tabela 8), foram consideradas apenas as crianças e adolescentes que utilizaram SSB quando não estavam internadas (n=43).

Em relação ao tempo entre marcação e consulta, não houve diferença importante na utilização da rede de serviços de saúde bucal entre crianças/adolescentes cujos cuidadores referiam um tempo de até 04 dias e aquelas cujos cuidadores referiram um tempo maior que 04 dias. Em relação ao tempo de deslocamento, a maioria das crianças e adolescentes que utilizaram apenas a rede especializada tinha cuidadores que referiram um tempo maior que 40 minutos entre a residência e o consultório odontológico. Além disso, todas as crianças e adolescentes que utilizaram apenas a rede básica (n=03), a rede básica associada a especializada (n=03) e apenas a rede particular (n=01), bem como 08 crianças e adolescentes que utilizaram a rede particular juntamente com a rede especializada tinham cuidadores que referiram o tempo de deslocamento de até 40 minutos.

Tabela 8: Utilização da rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia assistidas no HUOC/UPE, Recife-PE/2016, segundo barreiras de acesso (n=43).

Variáveis	Rede pública						Apenas rede particular		Rede especializada e particular**	
	Apenas rede básica N=03		Apenas rede especializada N=27		Rede básica e especializada N=03		N=01		N=09	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tempo entre a marcação e consulta										
Até 04 dias	02	66,7	12	44,4	02	66,7	01	100	07	77,8
>04 dias	01	33,3	15	55,6	01	33,3	00	0,0	02	22,2
Tempo de deslocamento										
Até 40 minutos	03	100	02	7,4	03	100	01	100	08	88,9
>40 minutos	00	0,0	25	92,6	00	0,0	00	0,0	01	11,1

** Não houve utilização da rede pública básica juntamente com a rede particular.

5 DISCUSSÃO

Ser do sexo feminino, não trabalhar, não ter renda mensal e receber benefício social foram as principais características demográficas e socioeconômicas dos cuidadores das crianças e adolescentes com leucemia que utilizaram a rede. Ou seja, a maioria possuía cuidadoras que não trabalhavam, sinalizando que estas parecem dedicar-se integralmente aos cuidados da saúde destes indivíduos. Estes achados podem ser justificados pelo fato de que, culturalmente, o papel do cuidado é considerado como inerente ao sexo feminino (BARRETO; ARRUDA; MARCON, 2015; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; MACHIN et al., 2011).

Também, como estas crianças e adolescentes dependem dos responsáveis para seus cuidados com a saúde (KRAMER et al., 2008), inclusive a bucal, e a maioria destes responsáveis é do sexo feminino, características relacionadas às cuidadoras, tais como a percepção que estas têm da saúde bucal da criança/adolescente ou da necessidade de tratamento odontológico, podem influenciar diretamente na utilização da rede de serviços de saúde bucal (CURI; FIGUEIREDO; JAMELLI, 2016).

A renda familiar *per capita* inferior a R\$ 220,00 foi outra característica socioeconômica presente na maioria das crianças e adolescentes que usaram a rede pública de SSB. Já em relação às crianças e adolescentes que utilizaram a rede particular, a maioria tinha cuidadores com renda familiar *per capita* igual ou superior a R\$ 220,00. Apesar dos estudos mostrarem que crianças e adolescentes de famílias com pior renda *per capita* têm menor probabilidade de ir ao dentista (JIMÉNEZ-GAYOSSO et al., 2015; LAPRESA; BARBERO, 2011; LAPRESA; SANZ-BARBERO, 2012), no presente estudo a maioria utilizou algum SSB. Entretanto, a rede pública especializada foi a mais utilizada, provavelmente, pelo fato da criança/adolescente já ser acompanhada pela equipe de oncologia do hospital e de ter SSB neste e no Núcleo de Apoio a Criança com Câncer (NACC). Porém, poucas crianças e adolescentes utilizaram a rede pública básica em comparação às que utilizaram a rede particular. Estes achados sugerem barreiras de acesso na rede básica, ou seja, esta tem mais demanda do que oferta, fazendo com que as pessoas procurem o setor privado, tendo como barreira econômica o preço dos tratamentos (MEDINA-SOLÍS et al., 2009).

Além disso, segundo a Sociologia de Bourdieu (BOURDIEU, 2008), que considera o *habitus* como produto da posição do agente no espaço social, sendo mediador da necessidade em saúde e dos fatores facilitadores da utilização dos SSB, ainda que os cuidadores

disponham de recursos econômicos e disponibilidade destes serviços, suas disposições (modos de perceber, sentir, fazer e pensar (THIRY-CHERQUES, 2006)) é que irão definir se a criança ou o adolescente utilizará algum serviço e em qual ou quais níveis de atenção serão utilizados (CRUZ, 2015).

Quando da percepção dos cuidadores sobre a saúde bucal e a necessidade de tratamento odontológico, a maioria das crianças e adolescentes que utilizou algum SSB da rede tinha cuidadores que acharam necessário o tratamento odontológico. Também, observamos que quanto mais o cuidador percebe como ruim a saúde da boca da criança/adolescente, mais esta utiliza a rede. Estes achados podem ser explicados através do Modelo Comportamental de Andersen (1995) em que a necessidade de saúde, que inclui tanto o estado de saúde avaliado pelos profissionais quanto a percepção de saúde das pessoas, é o determinante mais proximal do uso dos serviços (ANDERSEN; NEWMAN, 1973; PAVÃO; COELI, 2008). Ou seja, maiores necessidades de saúde percebidas pelos cuidadores implicam em maior probabilidade de uso da rede pelas crianças e adolescentes.

Ademais, é importante enfatizar que o estado de saúde bucal da criança/adolescente não foi avaliado pelo dentista neste estudo, pois isso estaria mais relacionado ao tipo de tratamento que seria realizado, ao contrário da percepção da saúde bucal ou necessidade de tratamento odontológico pelo cuidador, que é um importante preditor da procura pelo cuidado (ANDERSEN, 1995).

Em relação aos problemas bucais referidos pelos cuidadores, quase que a totalidade das crianças e adolescentes que utilizaram a rede especializada, exclusivamente ou associada a outra rede, tinha cuidadores que referiram lesão na boca. A lesão na boca mais frequente decorrente da ação direta do quimioterápico sobre os tecidos bucais é a mucosite, especialmente em crianças e adolescentes por terem maior índice mitótico das suas células epiteliais. Essa é a causa mais comum de dor na cavidade bucal de indivíduos onco-hematológicos (DE MORAIS et al., 2014; HESPANHOL et al., 2010; KARIN et al., 2012). Então, devido às lesões de mucosite serem dolorosas, estas são melhores percebidas pelos cuidadores e, portanto, procuram o SSB, especialmente os do hospital universitário e do NACC, por terem recursos para o seu tratamento (CARNEIRO-NETO et al., 2017).

A cárie dentária foi o segundo maior problema bucal percebido pelos cuidadores, que acometeu, principalmente, as crianças/adolescentes que utilizaram apenas a rede especializada. Corroborando estes achados, Pontigo-Loyola et al. (2012), em estudo com

adolescentes mexicanos entre 12-15 anos, identificaram que ter ao menos um dente com cárie favorece a utilização de SSB. Entretanto, cuidadores de crianças e adolescentes com doenças crônicas, como a leucemia, tendem a ter um alto nível de stress em relação às necessidades de saúde sistêmicas, colocando a saúde bucal deste público numa lista inferior de prioridades (CHI; RAKLIOS, 2012). Portanto, uma única lesão cariosa pode não fazer com que o cuidador os levem ao dentista, a não ser que a cárie esteja em estágio mais avançado (VALLEJOS-SÁNCHEZ et al., 2012) ou a criança/adolescente tenha mais de um dente acometido (VILLALOBOS-RODELO et al., 2010), aumentando o risco de infecção bucal e/ou sistêmica e, portanto, podendo atrapalhar a terapia antineoplásica (HESPANHOL et al., 2010).

Em relação à dor de dente, observamos que apenas uma criança/adolescente que teve esta dor não utilizou algum SSB. Ou seja, dor dental é um preditor importante do uso dos SSB, em especial com o aumento da idade da criança/adolescente (GOETTEMES et al., 2012; MACHRY et al., 2013). Neste sentido, estudo mexicano de Villalobos-Rodelo et al (2010) concluiu que crianças mais velhas e adolescentes tiveram maior probabilidade de ir ao dentista devido a uma dor de dente que aquelas mais novas. Os autores sugeriram que seus dentes estão expostos por mais tempo aos desafios cariogênicos, aumentando a probabilidade de ter um estágio mais avançado da lesão cariosa (VILLALOBOS-RODELO et al., 2007) e consequente utilização dos SSB para fins curativos.

No presente estudo, a maioria das crianças tinha entre 06 e 12 anos, seguida de adolescentes (13-16 anos), o que pode justificar a presença da dor de dente. Além disso, estes indivíduos com leucemia são submetidos a protocolos quimioterápicos que podem causar diminuição do fluxo salivar e consequente avanço de processos cariosos pré-existentes ou surgimento de novas lesões cariosas mais severas (HESPANHOL et al., 2010; KARIN et al., 2012), podendo estar associadas à dor dental.

Quanto à fase de tratamento oncológico no momento da utilização e ao tipo de tratamento odontológico realizado, a maioria dos indivíduos utilizou apenas a rede especializada independentemente destes fatores, com predomínio da assistência hospitalar. Cuidados com a saúde bucal concentrados somente na atenção terciária fragilizam a integralidade – um dos princípios do SUS. Entende-se que enquanto as crianças e adolescentes estiverem internadas durante o tratamento oncológico, o SSB do hospital poderia atuar de uma forma que a alta hospitalar fosse pensada como um momento privilegiado para

possibilitar a continuidade do cuidado (CECILIO; MERHY, 2003) em outros serviços da rede.

Uma rede de atenção à saúde (RAS) é composta por serviços de saúde diferenciados, com missão unificada, objetivos comuns e atuação cooperativa e interdependente. Estes serviços são organizados poliarquicamente e coordenados pela Atenção Primária à Saúde (APS), centro de comunicação entre os pontos, visando o cuidado contínuo e integral da população adscrita, com responsabilidade compartilhada (BRASIL,2013). Então, para o processo de cuidado em saúde bucal a estas crianças e adolescentes, deve haver comunicação entre os profissionais de saúde do serviço de oncologia e os das unidades básicas em saúde (UBS). Assim, os envolvidos podem estabelecer e negociar ações e responsabilidades, evitando lacunas que possam interferir na continuidade deste cuidado (NÓBREGA et al., 2015).

A maioria das crianças e adolescentes utilizou os SSB em uma única fase do tratamento oncológico, principalmente durante o internamento, e realizou tratamento de ferida. Estes achados sugerem que a assistência odontológica a estes indivíduos está concentrada no internamento da criança/adolescente e no uso da fotobiomodulação a laser para tratamento da mucosite bucal (ZECHA et al., 2016).

Destaca-se que o cuidado em saúde bucal a estes indivíduos objetiva o diagnóstico precoce de focos infecciosos bucais, estabelecimento de medidas preventivas, identificação de lesões associadas à doença de base ou às infecções oportunistas, instruções de higiene bucal e reavaliações frequentes (INCA, 2013). Portanto, este cuidado não deve ser realizado somente quando as crianças e os adolescentes estiverem internadas, mas durante todas as fases de tratamento oncológico e em todos os níveis de atenção em saúde de maneira contínua e integrada (BRASIL, 2013; INCA, 2013). No presente estudo, apenas 04 crianças e adolescentes utilizaram os SSB em três fases do tratamento oncológico (quando estavam e não estavam internados e após), entretanto, 03 destas usaram somente a rede especializada e apenas 01 utilizou esta rede associada à rede básica.

Ademais, o uso da fotobiomodulação a laser é um tratamento odontológico importante para o indivíduo leucêmico, mas não é o único (VALÉRA et al., 2014). Os procedimentos preventivos são fundamentais, pois este indivíduo pode ter a higiene bucal deficiente ou a pré-existência de focos infecciosos como fatores de risco para uma infecção bucal e/ou sistêmica, podendo interferir na terapia antineoplásica (LOWAL et al., 2015). Neste estudo, uma

minoria das crianças e adolescentes que utilizaram apenas a rede especializada realizou limpeza, revisão, manutenção ou prevenção, entretanto, a maioria que usou a rede básica, associada ou não a outra rede, realizou estes procedimentos preventivos.

Os cirurgiões-dentistas que atuam nas UBS têm, dentre as atribuições, a realização do diagnóstico situacional em saúde bucal e ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde de todas as pessoas e suas famílias, inclusive daquelas com doenças crônicas como é o caso da leucemia (BRASIL, 2012). Além disso, considerando a atenção básica como a ordenadora da rede de atenção, o cirurgião-dentista e toda a equipe de saúde bucal devem estar capacitados para detectar esta doença precocemente, bem como identificar e tratar as complicações bucais decorrentes da terapia antineoplásica. Portanto, mesmo as crianças e adolescentes estando em tratamento nos Serviços de Alta Complexidade em Oncologia, é fundamental que também ocorra o acompanhamento pelas equipes de saúde bucal na estratégia em saúde da família (ESF) (INCA, 2013).

Quanto às barreiras de acesso, apesar de não ter tido diferença importante entre a utilização da rede de serviços de saúde bucal e o tempo entre a marcação e a consulta ao dentista, a maioria dos cuidadores relatou que o tempo de deslocamento entre a residência da criança/adolescente e os SSB foi maior que 40 minutos, especialmente quem utilizou apenas a rede especializada. É importante enfatizar que a maioria das crianças e adolescentes deste estudo eram do interior do estado de Pernambuco e de outros estados e, também, as crianças e adolescentes que foram analisadas para esta variável (n=43) não estavam internadas no momento que utilizaram os SSB.

Estudos que investigaram barreiras geográficas apontaram como cerca de 15 minutos o tempo médio ideal de deslocamento (PINTO et al., 2014; RIBEIRO-SOBRINHO; SOUZA; CHAVES, 2008). Neste sentido, o tempo de deslocamento encontrado no presente estudo poderia ser considerado uma barreira geográfica de acesso em virtude da distância para o hospital universitário e para o NACC. Diante disso, estes indivíduos poderiam utilizar a rede básica, sendo essa mais próxima de suas residências.

Entretanto, há lacunas na APS que fragilizam um cuidado contínuo e longitudinal pela rede de atenção à saúde a crianças e adolescentes com doenças crônicas. Dentre essas, tem-se a desresponsabilização pelo acompanhamento desta população, entendendo ser dos especialistas esta responsabilidade (NÓBREGA et al., 2015). Também, a não resolutividade

das demandas apresentadas pelas crianças e adolescentes e sua família, que pode estar relacionada à falta de profissionais com o conhecimento necessário para este cuidado (PEDROSO; DA MOTTA, 2013), gera o não reconhecimento da rede básica como uma fonte cuidadora (NÓBREGA et al., 2013). Além disso, os familiares não se sentem acolhidos quando necessitam de apoio da APS, repercutindo na procura do cuidador por este nível de atenção somente em momentos pontuais (NÓBREGA et al., 2015).

Esta realidade apontada pelos estudos com crianças e adolescentes com doenças crônicas pode ser mostrada no presente estudo. Os cuidadores das crianças e adolescentes com leucemia, por não reconhecerem a APS como uma fonte cuidadora e não se sentirem acolhidos por este nível de atenção, procuram o hospital universitário e o NACC, mesmo distantes de suas residências e mesmo após conclusão do tratamento oncológico das crianças e adolescentes, por serem estes serviços os responsáveis por responderem a maioria de suas demandas.

Das limitações do estudo, para as variáveis que usaram como ponto de análise as ações realizadas a partir do momento do diagnóstico da leucemia, pode existir o viés de memória. Todavia, este viés foi minimizado uma vez que as entrevistas foram realizadas com cuidadores de pacientes pediátricos com leucemia, os quais tendem a recordar mais as vivências experimentadas durante o período da doença.

Além disso, o presente estudo teve a coleta realizada em um único hospital de referência no diagnóstico e tratamento dos cânceres que recebe crianças e adolescentes de todo o Pernambuco e estados vizinhos, devendo-se ter cautela na generalização dos resultados para além deste hospital. Entretanto, por ser um estudo de caráter exploratório e o conhecimento acerca do acesso à rede de serviços de saúde bucal pelas crianças e adolescentes com leucemia ser limitado, possui resultados relevantes com informações ao planejamento de políticas ou programas que estimulem o uso dos SSB de maneira integral e reduzam a desigualdade de utilização destes serviços (CURI; FIGUEIREDO; JAMELLI, 2016). Ademais, para melhor entendimento do acesso à rede de serviços de saúde bucal por crianças e adolescentes com leucemia, estudos multicêntricos são recomendáveis.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que a maioria das crianças e adolescentes que utilizou SSB tinha cuidador do sexo feminino, que não trabalhava, com renda familiar *per capita* inferior a R\$ 220,00 (rede pública) e \geq R\$ 220,00 (rede particular) e que achava necessário o tratamento odontológico para estes indivíduos. Também, a maioria utilizou apenas a rede especializada, independentemente da fase de tratamento oncológico, realizou tratamento de ferida e tinha cuidador que referiu o tempo de deslocamento entre a residência da criança/adolescente e o SSB maior que 40 minutos. Além disso, o cuidado odontológico a estes indivíduos esteve centrado na rede especializada e durante o seu internamento.

Diante do limitado conhecimento sobre o acesso da população pediátrica leucêmica à rede de serviços de saúde bucal, esta pesquisa inicial se torna relevante por gerar informações que possam servir para o planejamento de políticas ou programas que estimulem a utilização desta rede de maneira mais integral e resolutiva. Também, alerta para a reflexão por parte dos governantes, gestores e profissionais da saúde em relação a não efetivação da continuidade e da longitudinalidade do cuidado, atributos essenciais de uma RAS.

Entretanto, são necessários estudos com a participação de mais centros de referência em oncologia pediátrica para confirmação dos nossos achados. Também, pesquisas que comparem a utilização da rede de serviços de saúde bucal entre crianças e adolescentes com leucemia e aquelas saudáveis de mesma faixa etária são necessárias para analisar discrepâncias entre os fatores que levam ao (des) uso da rede. Isso se torna fundamental na promoção da equidade, o que faz com que aquele indivíduo com esta doença crônica tenha as mesmas condições de acesso aos SSB daquele que não a tem.

Por fim, sugerimos que a responsabilidade compartilhada e a comunicação da rede de serviços de saúde bucal desta população sejam pontos chaves para a concretização da continuidade e longitudinalidade do cuidado em saúde bucal. O conhecimento dos determinantes que possam interferir na utilização desta rede ajudará os gestores e profissionais em saúde na efetivação destes pontos.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of health and social behavior**, v. 36, p. 1–10, 1995.

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilisation in the United States. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 51, n. 1, p. 95–124, 1973.

BALDANI, M. H.; ANTUNES, J. L. F. Inequalities in access and utilization of dental services : a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. Sup. 2, p. 272–283, 2011.

BARRETO, S.; ARRUDA, G. D. O.; MARCON, S. S. Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 1–8, 2015.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709–717, 2002.

BOUZAS, L. F.; CALAZANS, M. Tumores sólidos e hematológicos na infância e na adolescência – Parte I. **Adolescência & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 40–44, 2007.

BOURDIEU, P. **Razões Práticas: Sobre a teoria da ação**. 9. ed. Campinas: Papyrus editora, 2008.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 26 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Rol de procedimentos e eventos em saúde 2016**. Resolução Normativa - RN nº 387, de 28 de outubro de 2015. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <
http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/rol_de_procedimentos_e_eventos_em_saude_2016.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.032, de 5 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 mai. 2010. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1032_05_05_2010.html>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB BRASIL 2010)**. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 874 de 16 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 mai. 2013b. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 140 de 27 de Fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 fev. 2014. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Informação em saúde suplementar**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: 14 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde/DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

_____. Senado Federal. Projeto de Lei da Câmara nº 34 de 2013. Torna obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar, aos portadores de doenças crônicas e, ainda, aos atendidos em regime domiciliar na modalidade home care. **Projeto de Lei da Câmara nº 34 de 2013**, Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=383113>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

BRENNAN, M. T.; ELTING, L. S.; SPIJKERVET, F. K. L. Systematic reviews of oral complications from cancer therapies, Oral Care Study Group, MASCC/ISOO: methodology and quality of the literature. **Supportive care in cancer official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, v. 18, n. 8, p. 979–984, ago. 2010.

CAMARGO, M. B. J.; DUMITH, S. C.; BARROS, A. J. D. Regular use of dental care services by adults: patterns of utilization and types of services. **Cadernos de saúde pública /**

- Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica, v. 25, n. 9, p. 1894–1906, 2009.
- CARNEIRO, F. M.; SILVA, L. C. P. DA; CRUZ, R. DE A. Manifestações bucais das leucemias agudas na infância. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v. 4, n. 1, p. 40–54, 2008.
- CARNEIRO-NETO, J. et al. Protocols for management of oral complications of chemotherapy and/or radiotherapy for oral cancer: Systematic review and meta-analysis current. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal**, v. 22, n. 1, p. 0–0, 2017.
- CASSIS, S. V. A. et al. Correlação Entre O Estresse Do Cuidador E As Características Clínicas Ador De Demência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 6, p. 497–501, 2007.
- CASTRO, C. M. et al. Utilização dos serviços odontológicos pelos pacientes sob rádio e quimioterapia. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 15, n. 1, p. 208–211, 2014.
- CECILIO, L. C. D. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.197-210.
- CHAVES, S. C. L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1005–1013, 2010.
- CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 143–154, 2011.
- CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Inequalities in oral health practices and social space: an exploratory qualitative study. **Health policy (Amsterdam, Netherlands)**, v. 86, n. 1, p. 119–128, 2008.
- CHEN, Y.-K. et al. The impact of oral herpes simplex virus infection and candidiasis on chemotherapy-induced oral mucositis among patients with hematological malignancies. **European journal of clinical microbiology infectious diseases official publication of the European Society of Clinical Microbiology**, v. 30, n. 6, p. 753–759, jun. 2011.
- CHI, D. L. et al. Impact of chronic condition status and severity on dental treatment under general anesthesia for Medicaid-enrolled children in Iowa state. **Paediatric Anaesthesia**, v. 20, n. 9, p. 856–865, 2010.
- CHI, D. L.; LEROUX, B. County-level determinants of dental utilization for Medicaid-enrolled children with chronic conditions: How does place affect use? **Health and Place**, v. 18, n. 6, p. 1422–1429, 2012.
- CHI, D. L.; RAKLIOS, N. A. The relationship between body system-based chronic conditions and dental utilization for Medicaid-enrolled children: a retrospective cohort study. **BMC Oral Health**, v. 12, n. 1, p. 28, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código de Ética Odontológica. Resolução CFO-118/2012. Regula os direitos e deveres do cirurgião-dentista, profissionais técnicos e auxiliares, e pessoas jurídicas que exerçam atividades na área da Odontologia, em âmbito público e/ou privado, com a obrigação de inscrição nos Conselhos de Odontologia, segundo suas atribuições específicas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: < http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

COOPER, S. L.; BROWN, P. A. Treatment of Pediatric Acute Lymphoblastic Leukemia. **Pediatric Clinics of North America**, v. 62, n. 1, p. 61–73, 2015.

CRUZ, D. N. **Desigualdades na utilização de serviços odontológico: posição e tomadas de posição no espaço social**. Salvador, BA: Repositório UFBA, 2015. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Federal da Bahia (UFBA), 2014.

CURI, D.S.C.; FIGUEIREDO, A.L.; JAMELLI, S.R. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica: uma revisão integrativa. **Cienc Saude Colet [periódico na internet]** 2016 set. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15864>. Acesso em: 22 out. 2016.

DE MORAIS, E. F. et al. Oral manifestations resulting from chemotherapy in children with acute lymphoblastic leukemia. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 80, n. 1, p. 78–85, 2014.

DEAN, A K.; FERGUSON, J. W.; MARVAN, E. S. Acute leukaemia presenting as oral ulceration to a dental emergency service. **Australian dental journal**, v. 48, n. 3, p. 195–197, 2003.

EMÍDIO, T. C. S. Oral manifestations of leukemia and antineoplastic treatment – a literature review (part II). **Brazilian Journal of Health**, v. 1, n. 2, p. 136–149, 2010.

FERREIRA, D. C. et al. Relato de Caso Herpes simplex recorrente : laser terapia como método alternativo para tratamento a longo prazo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 44, n. 3, p. 397–399, 2011.

FINKLER, M. et al. A Relação Público-Privado na Odontologia Brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 2, n. 1, p. 91–112, 2009.

GELBERG, L.; ANDERSEN, R. M.; LEAKE, B. D. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. **Health services research**, v. 34, n. 6, p. 1273–1302, 2000.

GLENNY, A. M. et al. The development of evidence-based guidelines on mouth care for children, teenagers and young adults treated for cancer. **European Journal of Cancer**, v. 46, n. 8, p. 1399–1412, 2010.

GLIGOROV, J. et al. Prevalence and treatment management of oropharyngeal candidiasis in cancer patients: results of the French CANDIDOSCOPE study. **International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics**, v. 80, n. 2, p. 532–539, 1 jun. 2011.

GOETTEMS, M. L. et al. Children's use of dental services: Influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 40, n. 5, p. 451–458, 2012.

GOMES, A. M. M. et al. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 629–640, 2014.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. DO; ARAÚJO, F. C. DE. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565–574, 2007.

HESPANHOL, F. L. et al. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl.1, p. 1085–1094, 2010.

HOFFBRAND, A. V.; MOSS, P. A. H. **Fundamentos em Hematologia**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

HOWARD, S. C.; PEDROSA, M.; RIBEIRO, R. C. Establishment of a Pediatric Oncology in a Resource-Poor Area. **JAMA: the journal of the American Medical Association**, v. 291, n. 20, p. 2471–2475, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 2008**. Rio de Janeiro, RJ, 2010. 245 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, Acidentes e Violências. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013**. Rio de Janeiro, RJ, 2015. 104 p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Câncer na Criança e no Adolescente no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, 2008. 215 p.

_____. **Câncer no Brasil: Dados dos registros de base populacional**. Rio de Janeiro, RJ, 2010. 488 p.

_____. **Diagnóstico Precoce do Câncer na Criança e no Adolescente**. Rio de Janeiro, RJ, 2013. 148 p.

_____. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, 2015a. 126 p.

_____. **RCBP RECIFE Taxas de Incidência Segundo Localização do Câncer Primário Classificação Internacional do Câncer na Infância - CICI (Tipo Histológico ou Localização) Sexo Feminino**, 2015b. 1 tabela. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 15 jun 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **RCBP RECIFE Taxas de Incidência Segundo Localização do Câncer Primário Classificação Internacional do Câncer na**

Infância - CICI (Tipo Histológico ou Localização) Sexo Masculino, 2015c. 1 tabela.
Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 15 jun 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL (NRC).
Improving access to oral health care for vulnerable and underserved populations.
Washington: National Academy of Sciences, 2011.

JAVED, F. et al. Oral health status in children with acute lymphoblastic leukemia. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, v. 83, n. 3, p. 303–309, 2012.

JENSEN, S. B. et al. A systematic review of salivary gland hypofunction and xerostomia induced by cancer therapies: prevalence, severity and impact on quality of life. **Supportive care in cancer official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, v. 18, n. 8, p. 1039–1060, ago. 2010.

JIMÉNEZ-GAYOSSO, S. et al. Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal (USSB) alguna vez en la vida por escolares mexicanos de 6-12 años de edad. **Gaceta Médica de México**, v. 151, n. 1, p. 27–33, 2015.

JUAN JOSÉ VILLALOBOS-RODELO et al. Dental Needs and Socioeconomic Status Associated with Utilization of Dental Services in the Presence of Dental Pain: A Case-Control Study in Children. **Journal of Orofacial Pain**, v. 24, n. 3, p. 279–286, 2010.

KARIN, P. et al. Manifestações Bucais em Pacientes Pediátricos Onco-Hematológicos. **Prática Hospitalar**, v. 83, p. 7–11, 2012.

KRAMER, P. F. et al. Use of dental services by preschool children in Canela, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica**, v. 24, n. 1, p. 150–156, 2008.

LALLA, R. V et al. A systematic review of oral fungal infections in patients receiving cancer therapy. **Supportive care in cancer official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, v. 18, n. 8, p. 985–992, ago. 2010.

LAPRESA, L. B.; BARBERO, B. S. Análisis multinivel del uso de servicios de salud bucodental por población infanto-juvenil. **Gaceta Sanitaria**, v. 25, n. 5, p. 391–396, 2011.

LAPRESA, L. B.; SANZ-BARBERO, B. Variables asociadas al uso de los servicios de salud bucodental por la población preescolar en España: Un análisis de la encuesta nacional de salud. **Rev Esp Salud Pública**, v. 86, n. 1, p. 115–124, 2012.

LEVI, F. et al. Patterns of childhood cancer mortality: America, Asia and Oceania. **European journal of cancer**, v. 31A, n. 5, p. 771–782, 1995.

LI, J. et al. Cancer incidence among children and adolescents in the United States, 2001-2003. **Pediatrics**, v. 121, n. 6, p. e1470–e1477, 2008.

LOWAL, K. et al. Dental Considerations for Leukemic Pediatric Patients: an Updated Review for General Dental Practitioner. **Materia Socio Medica**, v. 27, n. 5, p. 359, 2015.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero , masculinidade e cuidados em saúde : estudo com

profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4503–4512, 2011.

MACHRY, R. V. et al. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. **BMC oral health**, v. 13, p. 60, 2013.

MEDINA-SOLÍS, C. E. et al. Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal: estudio en escolares mexicanos de 6 a 12 años de edad. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2621–2631, 2009.

MENSORIO, M. S.; KOHLSDORF, M.; JUNIOR, Á. L. C. Cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: análise de estratégias de enfrentamento. **Psicologia em Revista**, v. 15, n. 1, p. 158–176, 2009.

MINICUCCI, E. M.; LOPES, L. F.; CROCCI, A. J. Dental abnormalities in children after chemotherapy treatment for acute lymphoid leukemia. **Leukemia research**, v. 27, n. 1, p. 45–50, 2003.

MORRIS, A J.; BURKE, F. J. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? **British dental journal**, v. 191, n. 12, p. 666–670, 2001.

MUIRHEAD, V. E. et al. Predictors of dental care utilization among working poor Canadians. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 37, n. 3, p. 199–208, 2009.

NÓBREGA, V. M. DA et al. Atenção À Criança Com Doença Crônica Na Estratégia Saúde Da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 57–63, 2013.

NÓBREGA, V. M. DA et al. Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 656–663, 2015.

PAIM, J. S.; SOARES, C. L. M. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador , Bahia , Brasil Critical issues for implementing oral health policy in the city of Salvador , Bahia State , Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 966–974, 2011.

PAVÃO, A. L. B.; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 471–481, 2008.

PEDROSO, M. DE L. R.; DA MOTTA, M. DA G. C. Criança e família convivendo com a doença crônica: Mesossistema em ligação com a vulnerabilidade programática. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 493–499, 2013.

PEREIRA, C. R. D. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 449–462, 2012.

PERES, M. A. et al. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil : análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Cadernos de saúde publica /**

Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica, v. 28, p. 90–100, 2012.

PHILLIPS, K. A et al. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. **Health services research**, v. 33, n. 3, p. 571–596, 1998.

PINTO, V. DE P. T. et al. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. **Ciênc.saúde coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2235–2244, 2014.

REBOLI, A. C. et al. Anidulafungin compared with fluconazole for treatment of candidemia and other forms of invasive candidiasis caused by *Candida albicans*: a multivariate analysis of factors associated with improved outcome. **BMC Infectious Diseases**, v. 11, p. 261, 2011.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 56–64, 2015.

RIBEIRO-SOBRINHO, C.; SOUZA, L. E. P. F. DE; CHAVES, S. C. L. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 295–302, 2008.

SCHERER, M. D. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721–725, 2009.

SOARES, F. F. **Desigualdade na utilização de serviços odontológicos: da atenção básica à especializada, do público ao privado**. Salvador: Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2014.

SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. Governo local e serviços odontológicos : análise da desigualdade na utilização. **Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica**, v. 31, n. 3, p. 586–596, 2015.

SOUZA, L. F.; CHAVES, S. C. L. Política nacional de saude bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 371–387, 2010.

STELIAROVA-FOUCHER, E. et al. International classification of childhood cancer, third edition. **Cancer**, v. 103, n. 7, p. 1457–1467, 2005.

THE CANADIAN ACADEMY OF HEALTH SCIENCES. **Improving access to oral health care for vulnerable people living in Canada**. Canadá: Canadian Academy of Health Sciences, 2005.

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 1, p. 27–53, 2006.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde A review of concepts in health services access and utilization. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. Sup.2, p. 190–198, 2004.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE). 125 anos de HUOC. **Revista do Hospital Universitário Oswaldo Cruz**, Pernambuco, n.1, 2010. Edição especial. Disponível em: <<http://www.upe.br/huoc/down/Jornal/RevistaHUOC.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

VALÉRA, M.-C. et al. Oral complications and dental care in children with acute lymphoblastic leukaemia. **Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology**, v. 44, n. 7, p. 483–9, 2014.

VALLEJOS-SÁNCHEZ, A. A. et al. Maternal characteristics and treatment needs as predictors of dental health services utilisation among Mexican school children. **European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry**, v. 13, n. 4, p. 307–310, 2012.

VIEIRA, C.; COSTA, N. D. R. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1579–1588, 2008.

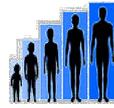
VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. **Journal of epidemiology and community health**, v. 64, n. 12, p. 1100–1105, 2010.

VILLALOBOS-RODELO, J. J. et al. Socioeconomic and sociodemographic variables associated with oral hygiene status in Mexican schoolchildren aged 6 to 12 years. **The Journal of periodontology**, v. 78, n. 5, p. 816–822, 2007.

WONG, H. M. Oral complications and management strategies for patients undergoing cancer therapy. **The Scientific World Journal**, v. 2014, p. 1–15, 2014.

ZECHA, J. A. E. M. et al. Low-level laser therapy / photobiomodulation in the management of side effects of chemoradiation therapy in head and neck cancer : part 2 : proposed applications and treatment protocols. **Support Care Cancer**, v. 24, n. 6, p. 2793–805, 2016.

APÊNDICE A – Formulário de Pesquisa



Universidade Federal de Pernambuco Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente

Formulário sobre utilização da rede de atenção odontológica e fatores associados em crianças e adolescentes com leucemia

Data da Avaliação: ___/___/___ Ass. Avaliador: _____

Nº: _____ Local da Avaliação: Centro de Oncologia do HUOC, Recife-PE

<u>DADOS GERAIS DO CUIDADOR</u>	PARA TABULAÇÃO nº do formulário: _____
Nome: _____	
Data de nascimento: ___/___/___	
Telefones disponíveis: _____	
Cor ou raça: [1=Amarela 2= Branca 3=Preta 4=Parda 5=Indígena 9=Sem registro]	raçacui <input type="checkbox"/>
<u>DADOS GERAIS DA CRIANÇA/ADOLESCENTE</u>	
Nome: _____	
Data de nascimento: ___/___/___	
Município/Estado de residência: [1=Recife/Região Metropolitana; 2=interior do estado de Pernambuco; 3=outro estado]	domped <input type="checkbox"/>
Sexo: 1=Masculino 2= Feminino	sexoped <input type="checkbox"/>
Idade (em anos):	idadeped <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Tempo de diagnóstico (em anos):	tdiagped <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Tipo de leucemia: [1=leucemia linfóide aguda (LLA); 2=leucemia mieloide aguda (LMA); 3=leucemia linfóide crônica (LLC); 4=leucemia mieloide crônica (LMC); 5=outras]	tipoleuped <input type="checkbox"/>
I. INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS	
1. Idade do cuidador (em anos):	idadecui <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
2. Sexo do cuidador: 1=Masculino 2=Feminino	sexocui <input type="checkbox"/>
3. Estado marital do cuidador: [1=solteiro e sem companheiro; 2=solteiro e com companheiro; 3=casado; 4=divorciado; 5=viúvo]	maritalcui <input type="checkbox"/>
4. Escolaridade do cuidador (anos completos de estudo):	escolacui <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
5. Situação de trabalho atual do cuidador: [1=desempregado; 2=trabalhando; 3=afastado por doença comum; 4=afastado por doença ou acidente do trabalho; 5=aposentado por tempo de serviço; 6=estudante; 7=dona de casa; 8=outro _____]	trabalhocui <input type="checkbox"/>
6. Renda mensal do cuidador: _____ (em reais)	rendacui <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
7. Renda mensal familiar: _____ (em reais)	rendafam <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

8. Número de pessoas que moram no domicílio da criança/adolescente:

npessoas

9. Beneficiário de programa social: [0= Não 1= Sim]

benefcui

Qual? () Bolsa família () BPC () Outros _____

II. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL (Percepção de saúde bucal e necessidade de tratamento dentário; barreiras de acesso e fase de tratamento oncológico da criança/adolescente)

10. Como você classifica a saúde dos dentes e da boca da criança/adolescente?

percepboca

[1=muito boa; 2=boa; 3=regular; 4=ruim; 5= muito ruim]

11. Você percebeu algum desses problemas de saúde da boca desde que a criança/adolescente foi diagnosticada com leucemia? [1=Sim 0=Não]

carie dor

Cárie dentária?

gengiva lesão

Dor de dente?

Problema na gengiva?

Lesão na boca?

Outro

Outro _____

12. A criança/adolescente necessita ou necessitou de tratamento no dentista desde que foi diagnosticada com leucemia? [0=Não 1=Sim]

necessidade

13. Procurou o dentista para a criança/adolescente?

procura

[1=Sim e conseguiu atendimento; 2=Sim e não conseguiu atendimento;

3=Não, mas teve atendimento; 4= Não houve procura e nem atendimento]

14. Qual era a fase do tratamento de câncer da criança/adolescente no momento que utilizou o dentista? (pode marcar mais de um)

faseonco

[1=antes do tratamento; 2=durante o tratamento (não internado); 3= durante o tratamento (internado); 4=após o tratamento; 99= não se aplica]

15. Onde foi a consulta odontológica? (pode marcar mais de um)

[1=Unidade Básica de Saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família); 2= Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 3= Unidade de Pronto Atendimento (UPA); 4=Hospital que a criança/adolescente faz tratamento do câncer, quando internada; 5= Hospital que a criança/adolescente faz tratamento do câncer, em ambulatório; 6=Outro hospital da rede pública; 7=Rede particular ou convênios/plano 8=outro _____ 99= não se aplica]

localcons1 localcons2

localcons3 localcons4

16. Qual o tipo de tratamento realizado na consulta ao dentista para a criança/adolescente? (pode marcar mais de um)

Tratam1

Tratam2

Tratam3

Tratam4

[1=Limpeza, revisão, manutenção ou prevenção; 2=extração; 3=restauração; 4=tratamento de gengiva; 5= tratamento de canal; 6=tratamento de ferida na boca; 7=não sabe]

17. Qual foi o tempo entre a marcação e consulta do dentista para a criança/adolescente? (em dias):

tempoagenda

18. Qual foi o tempo de deslocamento da criança/adolescente ao dentista? (em minutos):

tempodesloc

19. A criança/adolescente é acompanhada pelo dentista do posto de saúde em seu município?

[1=Sim 0=Não] (Por quê? _____)

postoped

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada: “UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL E FATORES ASSOCIADOS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM LEUCEMIA” sob a responsabilidade do pesquisador Davi Silva Carvalho Curi, Avenida Barão de Bonito, 505, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50740-080, orientado pela Profa. Dra. Silvia Regina Jamelli e co-orientado pela Profa. Dra. Andréia Cristina Leal Figueiredo, tendo por objetivo: Avaliar associação entre a utilização da rede de atenção odontológica por pacientes pediátricos com leucemia e fatores socioeconômicos e demográficos, de organização dos serviços odontológicos, de condição de saúde e de percepção de saúde bucal e necessidade de tratamento.

Para realização deste trabalho usaremos os seguintes métodos: Você responderá a um formulário de pesquisa através de uma breve entrevista. Primeiramente, serão coletados dados de identificação da criança ou do adolescente e sobre você (identificação, escolaridade, situação de trabalho, benefício social e renda mensal individual e familiar per capita). Depois, serão questionados a você os dados relativos à criança ou ao adolescente quanto ao uso dos serviços odontológicos, percepção sobre a saúde bucal e necessidade de tratamento dentário, fase de tratamento oncológico no momento da utilização do serviço, tipo de tratamento odontológico realizado, problemas de saúde bucal e tempo para agendamento e deslocamento para a consulta odontológica. O formulário de pesquisa será aplicado no ambulatório do CEOHNPE- HUOC/PE pelo cirurgião-dentista responsável pela pesquisa.

Esclarecemos que manteremos em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o participante, usando apenas para divulgação os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Informamos também que os dados coletados nesta pesquisa ficarão sob a responsabilidade do pesquisador responsável e serão armazenados em seu computador (no endereço acima informado), havendo também uma cópia em CD/DVD no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), av. Prof Moraes Rego, s/n, Prédio das Pós-Graduações do CCS - 1o andar, Cidade Universitária CEP: 50.670-420 - Recife – PE. Telefone: 55 (81) 2126.8514, e-mail: ppgsca@gmail.com; pelo período mínimo de 05 anos.

Pode haver o risco de constrangimento referente aos dados socioeconômicos e demográficos quando da aplicação do formulário. Para minimizar o mesmo, a coleta será realizada de forma individualizada e em ambiente que permita confidencialidade. Caso haja recusa em responder a alguma pergunta, não haverá insistência, assim como nenhum prejuízo a você e nem a criança ou adolescente.

Os resultados da pesquisa trarão benefícios diretos para crianças ou adolescentes e seus cuidadores, tendo em vista que esses serão orientados sobre cuidados de saúde bucal. Além disso, identificada a necessidade de consulta odontológica para a criança ou adolescente, o caso será comunicado ao cirurgião-dentista do CEOHNPE- HUOC/PE. Finalmente, este estudo contribuirá com informações necessárias ao planejamento de atenção à saúde bucal, visando à melhoria da assistência odontológica em crianças e adolescentes com leucemia.

Você terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si, a garantia de que em caso haja algum dano a sua pessoa ou a criança/adolescente os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos você deve procurar os pesquisadores: Davi Silva Carvalho Curi, (71) 992844073 (pode ligar a cobrar), curidavi@gmail.com; Profa. Dra. Silvia Regina Jamelli, (81) 21268342, silviajamelli@gmail.com; Profa. Dra. Andréia Cristina Leal Figueiredo, (71) 3283-8969, andreialealfigueiredo@gmail.com, ou caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos CEP - Complexo Hospitalar HUOC, localizado no Pavilhão Ovídio Montenegro-19 andar- Rua Arnóbio Marques, 310- Santo Amaro- CEP: 50100-130 - Recife-PE. Fone/Fax: (81) 31841271/ 31841460. Email: cep_huoc.procape@yahoo.com.br

Eu _____ após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, respeitando o sigilo e o anonimato (dados pessoais) em publicações e eventos de caráter científico.

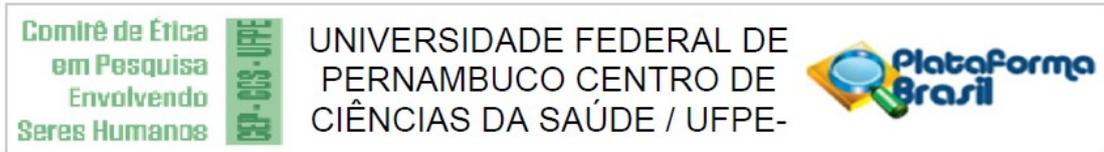
Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias, com igual teor, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas com as assinaturas estar na mesma folha, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(s) pesquisador (es).

Local: _____ Data: ___ / ___ / _____

Assinatura do participante

Assinatura testemunha

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Utilização da rede de atenção odontológica e fatores associados em pacientes pediátricos com leucemia

Pesquisador: Davi Silva Carvalho Curi

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 51165515.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.628.448

Continuação do Parecer: 1.628.448

RECIFE, 06 de Julho de 2016

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Coparticipante

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Utilização da rede de atenção odontológica e fatores associados em pacientes pediátricos com leucemia

Pesquisador: Davi Silva Carvalho Curi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51165515.0.3002.5192

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.632.546

Continuação do Parecer: 1.632.546

RECIFE, 12 de Julho de 2016

Assinado por:
Magaly Bushatsky
(Coordenador)