

FACULDADE MERIDIONAL – IMED

ESCOLA DE ODONTOLOGIA

TALITA DA ROCHA CANEVESE

**CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE SOBRE CÂNCER BUCAL NA CIDADE DE MATO
CASTELHANO, RIO GRANDE DO SUL**

PASSO FUNDO

2015

TALITA DA ROCHA CANEVESE

**CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE SOBRE CÂNCER BUCAL NA CIDADE DE MATO
CASTELHANO, RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado pela acadêmica de Odontologia Talita da Rocha Canevese, da Faculdade Meridional - IMED, como requisito indispensável para a obtenção de grau em Odontologia.

**PASSO FUNDO
2015**

TALITA DA ROCHA CANEVESE

**CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE SOBRE CÂNCER BUCAL NA CIDADE DE MATO
CASTELHANO, RIO GRANDE DO SUL**

Professora Orientadora:

Prof. Dra. Graziela Oro Cericato

PASSO FUNDO

2015

DEDICATÓRIA

À orientadora...

Quero agradecer e principalmente dedicar este trabalho à minha orientadora, Prof.^a Doutora Graziela Oro Cericato, pela sua disponibilidade, mesmo em períodos de aula e muito trabalho, nunca me deixou de lado, onde seu incentivo foi fundamental para realizar e prosseguir este estudo. Saliento o apoio incondicional prestado, a forma interessada, extraordinária e pertinente como acompanhou a realização deste trabalho. As suas críticas construtivas, as discussões e reflexões foram fundamentais ao longo de todo o percurso. Não posso esquecer a sua grande contribuição para o meu crescimento. Sou eternamente grata por todo o apoio e dedicação, além de transmitir seu conhecimento e sua experiência, soube apoiar-me em minhas dificuldades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus.

Por não me deixar perder as forças. Por me abençoar muito mais do que eu mereço. Por me conceder a graça de viver. Pelas bênçãos sem fim. Por conduzir e iluminar os meus caminhos. Pela proteção divina que tenho todos os dias!

Amém.

À minha mãe...

Obrigada por sempre estar do meu lado, transmitindo suas energias e forças para não me deixar abalar em momento algum. Obrigada por me escutar nos dias em que precisei desabafar, obrigada por nunca desistir de mim! Obrigada por mostrar que sou capaz, sempre! E agradeço a Deus todos os dias por você existir. E não me canso de repetir isso e fazer a mesma oração todas às noites. Deus foi muito generoso comigo, me presenteando você como meu anjo da guarda, mãe! Você é a melhor mãe do mundo, a minha melhor amiga. Aquela pessoa que sabe de todos os meus segredos, meus defeitos, quem me estende a mão quando estou triste e sede o ombro pra eu chorar, e que faz dos meus dias alegria! Sabe de uma coisa mãe? Eu te amo muito e se pudesse te faria eterna. Que deus permita continuarmos sempre unidas. SEMPRE vou estar aqui pra te ouvir assim como você sempre esteve ao meu lado também!

Dedico este trabalho a tí! Te amo muito.

Ao meu pai...

Dedico este trabalho a tí! Que sempre tive muito orgulho, o qual nunca desisti de mim, sempre me acreditou mais do que deveria, que sempre esteve presente, por saber que esta aqui comigo em todos os momentos, porque sei que estarás aqui para sempre. Quero que saiba que te amo muito e vou sempre estar do teu lado para o que precisar. Rezo todas as noites para que Deus te ilumine e o proteja sempre! Que Deus permita mantermos esse laço de amizade entre pai e filha, que é raro e único do qual me orgulho muito! Amigo do qual posso confiar e contar meus segredos e planos, escutar os melhores conselhos e experiências vividas, histórias de vida e dar muitas risadas ao teu lado! Pai que tem o dom de deixar a vida mais aconchegante e descomplicada, afastando os

medos e angústias de todo filho, o pai que nunca deixou faltar nada em casa! E sim, eu tenho um pai iluminado! Direi para todo mundo que meu pai é o melhor. Pessoa de caráter, paciente, amoroso e dedicado, que sempre leva a bandeira de amor no seu coração.

Hoje os desvelos e as noites de ninar se foram hoje só me olhas crescer, hoje te preocupa por mim mais que ontem, porque sei que desejas o melhor para mim... Mas, toda minha vida vou agradecer a Deus pelo pai maravilhoso que designou e deu para mim.

Às vezes o coração não sabe dizer, só sabe sentir.

Sempre te amarei, pai!

“Dar menos que seu melhor é sacrificar o dom que você recebeu. Se não puder se destacar pelo talento, vença pelo esforço. Ter desafios é o que faz a vida interessante e superá-los é o que faz a vida ter sentido.”

Joshua J. Marine

“O tamanho de seus sonhos deve sempre exceder a sua capacidade atual para alcançá-los. Se seus sonhos não te assustam, eles não são grandes o suficiente.”

Ellen Johnson

RESUMO

O câncer vem ocupando papel cada vez mais importante no perfil de mortalidade do Brasil. Dentre os tipos de câncer mais prevalentes, o câncer bucal aparece em oitavo lugar, com incidência e mortalidade crescentes. Somando-se à mortalidade, a morbidade associada ao câncer bucal tem impacto importante na qualidade de vida dos pacientes, pois seu diagnóstico tem sido realizado tardiamente, reduzindo as possibilidades de cura e aumentando as mutilações decorrentes do tratamento. O objetivo deste trabalho foi avaliar o nível de conhecimento dos usuários da Unidade Básica de Saúde de Mato Castelhano (RS) frente ao câncer bucal. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, sendo a amostra constituída de 57 pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade, que procuraram atendimento na UBS referida no mês de abril de 2015. A coleta dos dados foi realizada pela aplicação de um questionário, contendo questões relacionadas ao câncer bucal (fatores de risco, procedimentos, alimentação, existência da doença, diagnósticos). Os dados foram analisados através de estatística descritiva. A pesquisa envolveu 57 pessoas, 43, 9% do sexo masculino e 56,1% do sexo feminino. Todos os participantes (100%), afirmou saber da existência da doença câncer bucal, porém, nas demais perguntas, onde se refere às causas, consequências, prevenção do câncer de boca, não demonstraram clareza em suas respostas afirmativas. Nenhum participante era portador da doença. Conclui-se que o conhecimento sobre o câncer de boca mostrou-se despercebido à população de Mato Castelhano – RS quanto ao reconhecimento de alguns fatores de risco, características, prevalência, faixa etária e incidência. Esses achados sugerem a necessidade de pensar em estratégias que promovam melhorias referentes ao conhecimento dos usuários da UBS do município.

Palavras-chave: Câncer bucal, mortalidade do Brasil, morbidade, Unidade Básica de Saúde, incidência.

ABSTRACT

Cancer has been occupying increasingly important role in the mortality profile in Brazil. Among the most prevalent types, oral cancer appears in eighth place, with increasing incidence and mortality. Adding to the mortality, morbidity associated with oral cancer has an important impact on the quality of life of patients because their diagnosis has been made late, reducing the chances of cure and increasing the mutilations resulting from the treatment. The objective of this study was to evaluate the level of knowledge of basic health unit users of Mato Castelhano (RS) compared to oral cancer. This is a quantitative, cross-sectional study, with a sample consisting of 57 persons of both sexes, 18 years old, who sought care at UBS said in April 2015. Data collection was performed by application a questionnaire containing questions related to oral cancer (risk factors, procedures, food, existence of the disease, diagnostic). Data were analyzed using descriptive statistics. The results of the survey which involved 43.9% male and 56.1% female. All participants (100%) claimed to know of the existence of oral cancer disease, however, in the other questions, which refer to the causes, consequences, prevention of oral cancer have not been shown clearly in their positive responses. No participant had the disease. It is concluded that knowledge about oral cancer proved somewhat unnoticed to Mato Castelhano population - RS for the recognition of certain risk factors, characteristics, prevalence, age and incidence. These findings suggest the need to consider strategies that promote improvements for the knowledge of municipal UBS users.

Key Words: Mouth Neoplasms, mortality in Brasil, morbidity, Health Centers, incidence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa do Rio Grande do Sul.....	30
Figura 2: Composição da amostra pelo gênero.....	32
Figura 3: Dados obtidos com relação aos tipos de câncer mais frequentes	33
Tabela 1: Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) sobre conhecimento acerca do câncer bucal.....	33
Tabela 2: Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) sobre conhecimento acerca de fatores predisponente, autoexame, prevalência e medidas preventivas para o câncer bucal.....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
3 OBJETIVOS	28
4 METODOLOGIA	29
4.1 Delineamento do estudo.....	29
4.2 Localização	29
4.3 Amostra	30
4.4 Coleta de dados	30
4.5 Análise dos dados	30
4.6 Questões éticas.....	31
5 RESULTADOS	32
6 DISCUSSÃO	38
7 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

A palavra câncer vem do grego karkínos, que quer dizer caranguejo, e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C. O câncer não é uma doença nova. O fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo. Atualmente, câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos (INCA et al., 2012).

Houve um aumento substancial na proporção de mortes por doenças crônicas não transmissíveis, no Brasil, como os processos neoplásicos. Entre todas as neoplasias que incidem a região de cabeça e pescoço, 40% ocorrem na cavidade bucal. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), em 2012, estimam-se, no Brasil, 9.990 novos casos de câncer de boca em homens e 4.180 em mulheres. O câncer de boca define-se como uma doença crônica multifatorial, resultante da interação dos fatores de risco que afetam os processos de controle da proliferação e crescimento celular. Os principais fatores de risco são fumo, álcool, radiação solar, dieta, microrganismos e deficiência imunológica. A associação do uso do tabaco e álcool é ainda mais deletéria, podendo elevar para 35 vezes as chances de desenvolvimento dessa neoplasia. Geralmente é uma lesão assintomática nos seus estágios iniciais, podendo mimetizar condições benignas comuns da boca. As características comumente encontradas nos pacientes acometidos são manchas eritroplásicas, leucoplásicas e ulceração. Destes, o sinal mais comum é a ulceração.

Estudo realizado demonstra que o conhecimento acerca do câncer bucal está muito aquém do que se espera desses profissionais da área de saúde, revelando a necessidade urgente de se repensar na formação acadêmica para a atuação no âmbito dessa neoplasia (OLIVEIRA et al., 2013)

A secretaria de saúde dos municípios é a principal responsável por detecções e informações sobre esta afecção. O município de Mato Castelhano (RS), com uma população de aproximadamente 2470 habitantes, onde a fonte de renda é basicamente

agrícola, pecuária e corte como suas principais atividades, realiza um trabalho contínuo no que diz respeito ao câncer bucal. A secretaria de saúde do município é composta por uma unidade básica de saúde onde atende nas áreas médica e odontológica (dois cirurgiões- dentistas) na região urbana, tem como objetivo propor um modelo de gestão a fim de trazer organização, precaução e desenvolvimento contínuo de atividades desenvolvidas na unidade básica, aproximar as necessidades da comunidade a realidade da secretaria.

Este trabalho teve o objetivo de analisar o conhecimento dos usuários da unidade básica de saúde de Mato Castelhano – RS com relação ao câncer oral. Esse estudo foi importante para analisar o conhecimento da população de Mato Castelhano – RS, que estiveram presentes no mês de abril na unidade básica de saúde. Este tipo de estudo nunca havia sido realizado no município, e foi importante salientar que a doença é mais comum do que se imagina na qual as pessoas não tinham essa informação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Um dos maiores desafios das universidades é transpor o conhecimento científico produzido entre seus muros para a população em geral. A educação não formal é uma ferramenta importante e ainda pouco utilizada pelos pesquisadores e docentes para aproximar o cotidiano do conhecimento científico. O câncer de boca atinge mais de 11.000 brasileiros por ano. Apesar da alta incidência, esta patologia é ainda pouco conhecida da população em geral e de parte da classe médica e odontológica. Baseando-se nos dados epidemiológicos, em pesquisas e artigos científicos, o câncer de boca foi o tema eleito para a ação em educação e comunicação da primeira campanha nacional, de caráter não governamental, de prevenção de câncer de boca, um ótimo exemplo de como isso pode ser feito (ALMEIDA et al., 2011).

Amar et al. (2012) objetivaram avaliar o número de linfonodos removidos no esvaziamento cervical e sua relação com o prognóstico. Para isso, realizaram um estudo retrospectivo de 143 pacientes portadores de carcinoma epidermóide de língua e soalho bucal, cujo exame histológico evidenciou ausência de metástases linfonodais. Desses, 119 eram masculinos e 24 femininos, com idade média de 54 anos. Quanto ao sítio do tumor primário, 65 eram na língua e 78 no soalho bucal. A distribuição do estágio T foi de quatro T1, 84 T2, 36 T3 e 19 T4. Foram realizados 176 esvaziamentos cervicais, sendo unilateral em 110 casos e bilateral em 33. Desses, 78 radicais e 98 seletivos. Os pacientes foram separados em três grupos, de acordo com os percentuais 33 e 66 do número de linfonodos ressecados. O número médio de linfonodos ressecados foi de 27, sendo 24 nos esvaziamentos seletivos e 31 nos completos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes quando relacionado aos estádios T e N. O maior número de linfonodos dissecados no esvaziamento cervical identifica um grupo de melhor prognóstico nos casos pN0.

Os mesmos autores realizaram outro estudo com o objetivo de avaliar a densidade do linfonodo metastático (pN+) em pacientes com carcinoma espinocelular (CEC) de língua e soalho bucal e sua relação com a sobrevida livre de doença (SLD). De 1985 a 2007, 182 pacientes foram avaliados, dos quais 169 eram homens, sendo cinco estádios I, 35 estágio II, 56 estágio III e 85 estágio IV. A densidade do linfonodo

foi mensurada por meio de sua mediana e a SLD pelo método de Kaplan-Meier e a diferença de grupo pelo teste log-rank. Após média de dissecação de 3,2 linfonodos metastáticos com pacientes, a densidade variou de 0,009 a 0,4, com média 0,09. A SLD a 5 anos foi de 44% e 28% para grupos com densidade linfonodal abaixo e acima da mediana ($p = 0,006$). O controle loco-regional a 2 anos foi de 71% e 49% para os casos com densidade abaixo e acima da mediana ($p = 0,01$). Quanto ao estágio pN, o controle loco-regional foi de 70% e 54% para os casos pN1 e pN2, sem significância estatística (0,20%). A densidade linfonodal pode ser utilizada como indicador prognóstico no CEC de língua e soalho bucal (AMAR et al., 2012).

Andreotti et al. (2006) realizaram um estudo caso-controle conduzido para avaliar a associação de exposições ocupacionais e câncer oral e orofaringe na Região Metropolitana de São Paulo. Incluíram 325 casos e 468 controles, recrutados por frequência de sexo e faixa etária, entrevistados entre janeiro de 1999 e março de 2002. A análise por ramos de atividade e ocupações foi restrita aos homens (266 casos, 362 controles) e os oddsratios (OR), calculados por regressão logística não condicional, foram controlados por idade, tabagismo e consumo de álcool. Observou-se risco em trabalhadores de oficinas mecânicas (26 casos, 12 controles) OR = 2,45 (IC95%: 1,14-5,27), que aumentou nos que estavam empregados por dez ou mais anos (OR = 7,90; IC95%: 2,03-30,72). Os mecânicos de veículos (14 casos, 7 controles) apresentaram OR = 2,10 (IC95%: 0,78-5,68), e os expostos por 10 ou mais anos OR = 26,21 (IC95%: 2,34-294,06). Outros ramos de atividade e ocupações apresentaram OR $\geq 1,5$, porém não estatisticamente significantes. Em conclusão, emprego em oficinas mecânicas e as profissões de mecânico de automóveis revelaram risco para câncer oral e orofaringe, independente da idade, tabaco e álcool. Longas exposições aumentaram o risco.

O objetivo de um estudo foi avaliar os conhecimentos e práticas em saúde bucal (SB) com crianças hospitalizadas com câncer. A amostra foi composta pela equipe de enfermagem, cuidadores e crianças. Foi aplicado um questionário relacionado ao conhecimento geral sobre SB, métodos e instrumentos utilizados para a higiene oral (HO) e dados socioeconômicos. Baseado nos resultados, quem realiza a HO das crianças são os cuidadores (90,7%), que receberam orientações da equipe de enfermagem em 21,4% dos casos. Com relação ao desconforto na cavidade bucal, a

equipe de enfermagem reportou que todos apresentaram manifestações clínicas, enquanto apenas 62,8% dos cuidadores reportaram casos. Todos os participantes consideraram importante haver um CD no setor de oncologia. Pôde-se concluir que não existe um protocolo de cuidados com a higiene bucal de crianças hospitalizadas com câncer e que as manifestações bucais mais freqüentes entre os pacientes em tratamento antineoplásico foram: mucosite, enjôos, vômitos, xerostomia e ausência de paladar (BARBOSA et al., 2010).

Borges et al. (2008) realizaram um estudo epidemiológico transversal, com o objetivo de estudar 1.324 laudos histopatológicos emitidos entre janeiro de 2005 e dezembro 2006. Verificaram-se os casos de câncer de boca, o seu percentual em relação ao universo das lesões bucais e as seguintes variáveis: tipo histológico, sexo, idade e procedência dos pacientes (capital ou do interior). Após a análise dos dados verificaram-se 44 lesões de câncer de boca, representando 3% dos diagnósticos. O tipo histológico mais incidente foi o carcinoma epidermóide. A maioria dos diagnósticos foi referente aos homens na 5ª e 6ª décadas de vida residentes no interior do estado. Concluiu-se com este estudo que em dois anos de funcionamento o serviço público de patologia bucal registrou um considerável número de casos de câncer de boca. Considerando a abordagem do câncer bucal um problema de saúde pública e a necessidade de fortalecer o diagnóstico precoce para garantir um prognóstico favorável aos pacientes, o município de Marília (SP) realiza anualmente uma ação de prevenção e detecção precoce do câncer bucal. Este estudo teve por objetivo avaliar o planejamento participativo das equipes das unidades de saúde, buscando elencar as dificuldades encontradas e as estratégias adotadas no período de cinco anos (2006-2011), através da análise da cobertura de exames bucais de prevenção e detecção da doença. As estratégias para enfrentamento das dificuldades, aspectos de coordenação e vigilância epidemiológica levantada pelos cirurgiões dentistas, geraram um incremento na cobertura de exames realizados na população (> 60 anos) passando de uma cobertura de 21% em 2006 para 62% em 2011. Concluiu-se que o desenvolvimento das estratégias com participação das equipes de saúde vem repercutindo em resultados bastante satisfatórios, garantindo que as lesões de câncer

bucal sejam diagnosticadas e tratadas precocemente sob a ótica de um prognóstico mais favorável (BULGARELI et al., 2013).

Carvalho et al. (2012) realizaram um estudo para determinar dados epidemiológicos e analisar variáveis relacionadas ao paciente, ao tipo histológico, localização anatômica da lesão, hábitos bucais, estadiamento clínico e à classificação do tratamento do pacientes com câncer de boca, atendidos num Hospital de referência, na cidade de Campina Grande-PB. Foi realizada coleta de dados em prontuários de todos os pacientes portadores de neoplasia maligna de boca, diagnosticada entre 1999 e 2008, sendo submetidos à análise estatística descritiva. Do total da amostra de 473 casos de câncer bucal foi observado que 62,71% eram do gênero masculino e 59,96% eram leucodermas. A idade dos pacientes variou de 07 a 90 anos, com média de $65,5 \pm 13$. O carcinoma espinocelular foi o tipo histológico mais prevalente (86,20%), seguido por carcinoma mucoepidermóide (5,10%), adenocarcinoma (2,10%), carcinoma metastático e linfoma não Hodking com (1,70%) cada. A língua foi localização anatômica mais comum do carcinoma espinocelular (29,60%). A maioria das lesões foi diagnosticada em estádios clínicos III e IV. A presença de hábitos nocivos foi observada em 78,81% dos casos analisados, sendo a associação fumo/consumo de bebidas a mais prevalente (50,00%). O tratamento antineoplásico mais empregado foi a combinação cirurgia e radioterapia (38,10%). Diante dos resultados da amostra avaliada, conclui-se que o câncer bucal atinge preferencialmente indivíduos leucodermas, do gênero masculino, com hábitos de tabagismo e etilismo ou associação dos dois. O carcinoma espinocelular com localização lingual e diagnosticado em estágio clínico avançado foi o tipo histológico mais freqüente. A combinação de cirurgia e radioterapia foi a terapia antineoplásica mais empregada.

Carvalho et al. (2013) buscaram verificar associação entre avaliação clínica da cavidade oral (pelos Índices de dentes Cariados, Perdidos e Obturados e Índice de Higiene Oral – Simplificado) e a determinação indireta de óxido nítrico em pacientes com patologias onco-hematológicas. Trata-se de estudo observacional, no qual foram incluídos vinte sujeitos internados, diagnosticados com Leucemia (35%), Linfoma (50%), Mieloma (15%), em avaliação para início de quimioterapia, sendo que 50% apresentaram normalidade da condição bucal (sem lesões ou traumas); a maioria

apresentou higiene satisfatória (35%) ou regular (35%), porém, 30% houve higiene deficiente ou péssima. A expressão indireta do óxido nítrico variou de 13,34 a 257. O óxido nítrico não apresentou associação com os outros parâmetros; houve grande variabilidade de seus valores.

A presença de linfonodos metastáticos é aspecto relevante no tratamento do câncer na cabeça e pescoço, resultando em 50% de redução na sobrevida. A cirurgia de resgate é primeira opção terapêutica, principalmente nas lesões de estágio clínico inicial. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a sobrevida livre de doença após resgate cirúrgico de tumores de cavidade bucal e orofaringe. Foi realizado um estudo retrospectivo de 276 pacientes tratados com cirurgia, sendo que 127 desenvolveram recidiva locoregional. Noventa e sete pacientes eram de estadiamento clínico inicial e 178 de estadiamento clínico avançado. Vinte e cinco casos de lábio, 173 cavidades bucais e 78 de orofaringe. A radioterapia pós-operatória foi realizada em 121 pacientes com dose média de 60,8 Gy. Oitenta e nove pacientes foram submetidos a tratamento de resgate, sendo que 76 destes foram à cirurgia. As recidivas loco-regionais de cavidade bucal foram submetidas ao resgate cirúrgico em 65% casos. A sobrevida livre de doença pós-cirurgia de resgate foi de 13% nas recidivas até seis meses e 48% nas recidivas após 12 meses de seguimento ($p=0,0009$). O tipo de resgate e o intervalo livre de doença foram fatores independentes de sobrevida na análise multivariada. A sobrevida livre de doença pós-resgate nos estádios clínicos iniciais (I e II) foi de 70% (CHEDID et al., 2008).

A ocupação do espaço geográfico é determinada historicamente pelo modelo socioeconômico e pelo dinamismo de suas relações sociais, políticas e ideológicas. O objetivo deste trabalho foi avaliar a distribuição espacial e o efeito de indicadores socioeconômicos no adoecimento e morte por câncer de boca e orofaríngeo no Município de São Paulo, Brasil, no período de 1997 a 2008. Os dados foram coletados no Registro de Câncer de Base Populacional e no Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade – PRO-AIM e georreferenciados pelos softwares Terraview e GeoDa. O referencial teórico para avaliação dos resultados foi baseado na teoria de Milton Santos. As taxas de incidência apresentaram um índice de auto correlação Global de Moran de 0,226 e as taxas de mortalidade de 0,337. A Incidência de câncer

de boca e orofaríngeo não apresenta um padrão espacial bem definido no Município de São Paulo, mas é bastante desigual no que se refere à Mortalidade, concentrando as suas menores taxas na área central, mais rica e economicamente menos desigual (FERREIRA et al., 2012).

Os carcinomas com diferenciação apócrina que não correspondem aos casos de doença extramamária de Paget, de carcinoma ductal de mama, de adenocarcinoma das glândulas de Moll e de carcinoma ceruminal são tumores muito raros. Nesse sentido, Francisco et al (2005) relataram o caso de uma paciente do sexo feminino, negra, com 51 anos, na qual duas lesões de carcinoma apócrino acometeram a parótida esquerda (processo inicial e recidiva) e uma lesão envolveu a pele da região submandibular do mesmo lado. O exame histopatológico destas lesões mostrou a presença de neoplasia epitelial glandular infiltrativa com pleomorfismo celular e nuclear moderados; apresentando células poligonais ou arredondadas, com núcleos grandes e citoplasma eosinofílico e granular. Destacou-se a presença de secreção por decapitação apical na maior parte das células tumorais voltadas para a luz das estruturas císticas neoplásicas. Adicionalmente, foi encontrada a presença de focos de comedo-necrose e de material corado pelo PAS com e sem diastase. A paciente foi submetida a tratamentos cirúrgicos e não apresentou alterações após um ano de acompanhamento, depois da retirada do tumor recidivante na parótida.

Câncer de cabeça e pescoço é o quinto tipo de câncer mais comum e a taxa de sobrevivência não têm mudado nos últimos anos. Assim, Galbiatti et al. (2013) objetivaram determinar os fatores de risco, causas, tratamento e prevenção do câncer de cabeça e pescoço. Detalharam os fatores de risco, causas, tratamento e prevenção da doença por meio de pesquisa nos bancos de dados PUBMED, MEDLINE e SciELO. Álcool e fumo ainda foram os principais fatores de risco. A opção de tratamento principal encontrada foi a terapia cirúrgica e sua utilização seguida por radioterapia em fases iniciais da doença. Existem terapias que visam agir em componentes moleculares genéticos específicos para o desenvolvimento do tumor. A cessação do cigarro, limitação de ingestão de álcool, evitar a exposição à fumaça do cigarro, a carcinogênicos ambientais, detecção precoce de infecção por HPV, manutenção da saúde bucal, bons hábitos alimentares e controle do stress podem ser medidas de

prevenção da doença. Investigações adicionais são necessárias para completa compreensão do desenvolvimento do carcinoma de cabeça e pescoço e isso irá fornecer novos caminhos e melhora na intervenção e abordagens terapêuticas.

Há décadas se conhece a importância de se obter margens livres de neoplasia quando da ressecção de neoplasias de boca. O objetivo desse estudo foi correlacionar achado clínico-patológicos com status de margem cirúrgica em pacientes com carcinoma espinocelular da língua e do assoalho da boca. Foram incluídos 117 casos, sendo 68,3% dos tumores localizados na língua. A relação homem: mulher foi de 2,3:1 e a média de idade foram de 57,6 anos. Ao todo, 23,0% dos casos tiveram margens de ressecção livres e amplas, 60,6% exíguas e 16,2% comprometidas. Diâmetro tumoral e espessura apresentaram correlação com margens de ressecção, sendo os tumores de estágio T mais elevados mais propensos à ressecção com margem insatisfatória. Casos operados com margens livres e amplas tiveram seus tumores ressecados mais comumente com técnicas trans-orais. Os autores evidenciaram correlação entre tumores de maior volume, tanto em diâmetro quanto em espessura, com margens de ressecção insatisfatórias. Técnicas cirúrgicas de maior complexidade não tiveram associação com melhores margens de ressecção (GIRARDI et al., 2013).

Em pacientes com carcinoma epidermoide oral, classifica-se o pescoço pelo número, tamanho e lateralidade das metástases. O objetivo desse estudo foi avaliar fatores de risco para metástase em nível IV/V e seu impacto no prognóstico do carcinoma epidermoide oral. Foi realizado um estudo retrospectivo, cujos critérios de inclusão foram: diagnóstico de CEC, sítio primário em andar inferior da boca sem extensão para sítios extraorais, ausência de tratamento prévio, realização de EC e presença de metástases linfáticas. Por regressão logística, definiram-se fatores de risco e por análise de sobrevivência, fatores prognósticos de recorrência. Análise classificatória realizada por particionamento recursivo. Foram incluídos 307 pacientes. Em regressão logística uni variada, o estágio pN, embolização vascular, e múltiplos linfonodos comprometidos foram fatores de risco para metástases em nível IV/V. Embolização vascular e múltiplos linfonodos comprometidos permaneceram significativos em análise multivariada. A análise de sobrevivência demonstrou os estágios pT e pN, infiltração perineural, embolização vascular, número de linfonodos

metastáticos, razão linfonodal e metástases em níveis IV/V como significativos. Na análise multivariada, PT, pN, embolização vascular linfática e metástases em níveis IV/V permaneceram significativas. Na análise classificatória, o estágio pN não foi significativo quando há metástases em níveis IV/V. A ocorrência de metástases em níveis IV/V foi significativa para sobrevivência doença-específica (KOHLENER et al.; 2012).

Lombardo et al. (2014) objetivaram verificar, na percepção dos cirurgiões-dentistas atuantes e Atenção Primária em Saúde (APS) em Porto Alegre (RS), quais as possíveis razões que justifique o atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de atenção em saúde de maior complexidade. O presente estudo teve como público alvo cirurgiões-dentistas atuantes em cinco diferentes realidades laborais em APS em Porto Alegre. Foram utilizados como critérios de inclusão profissionais com formação em APS e que estivessem atuando na Atenção Básica. O instrumento para coleta de dados foi a técnica de grupo focal com aplicação de questionário estruturado. Uma vez coletados os dados, foi realizada análise interpretativa e categorização das informações em quatro eixos centrais: profissional, equipe, comunidade e rede de serviços. Os resultados sugerem que os seguintes fatores estão associados ao atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de atenção em saúde de maior complexidade: falha na identificação precoce, ausência de trabalho multidisciplinar, desvalorização da necessidade de corresponsabilização pela própria saúde por parte da comunidade e a deficiência da rede de atenção no que tange a qualidade da comunicação entre profissionais de diferentes níveis de atenção.

Os miofibroblastos são células especializadas que exibem um fenótipo híbrido, com características de fibroblastos e células musculares lisas. Devido sua habilidade contrátil e capacidade de síntese de componentes da matriz extracelular, citocinas, proteases e fatores pró-angiogênicos, os miofibroblastos têm sido implicados na patogênese de doenças fibrocontráteis e na progressão de diversos tumores, incluindo o carcinoma de células escamosas (CCE) oral. Assim, o objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre a origem dos miofibroblastos, seus principais aspectos morfofisiológicos e imuno-histoquímicos, assim como discutir sua relação com o CCE oral. Realizou-se uma busca eletrônica na base de dados PubMed, selecionando os principais artigos da literatura em língua inglesa relacionados ao tema,

publicados entre janeiro de 1991 e dezembro de 2011. Os miofibroblastos representam um componente importante do estroma de CCE oral, embora não estejam presentes em todos os casos desta neoplasia. A presença abundante destas células pode estar associada com a recorrência local da doença e diminuição da sobrevida dos pacientes. No entanto, em virtude do número relativamente limitado de estudos sobre o assunto, pesquisas ainda são necessárias para esclarecer os mecanismos moleculares pelos quais os miofibroblastos são capazes de influenciar no comportamento biológico do CCE oral (LÚCIO et al., 2013).

Marchioni et al. (2007) investigaram os fatores dietéticos associados com o câncer oral, em um estudo tipo caso-controle de base hospitalar no Município de São Paulo, Brasil, entre 1998 e 2002. Participaram 835 indivíduos, sendo 366 casos incidentes de câncer de cavidade oral ou faringe e 469 controles. Os dados de consumo alimentar foram obtidos por um Questionário de Frequência Alimentar (QFA). Os valores de oddsratio (OR) e intervalos com 95% de confiança (IC95%) foram estimados por regressão logística não condicional, ajustada por potenciais fatores de confusão. Verificaram-se associações inversas entre o câncer oral e o consumo mais elevado de feijão, OR = 0,37 (IC95%: 0,22-0,64), vegetais crus, OR = 0,51 (IC95%: 0,29-0,93) e para o tercil intermediário de arroz e massas, OR = 0,56 (IC95%: 0,38-0,83). Associações diretas foram observadas para o mais elevado consumo de ovos, OR = 1,84 (IC95%: 1,23-2,75), batata, OR = 2,22 (IC95%: 1,53-3,25) e leite, OR = 1,80 (IC95%: 1,09-2,98). Alimentos básicos da dieta do brasileiro, como arroz e feijão, emergiram com fatores de proteção para o câncer oral, independente de outros fatores de risco.

Devido à incerteza da evolução do câncer oral os pesquisadores (MONTORO et al., 2008) procuraram fatores que possam influenciar no prognóstico. Assim, o objetivo de um estudo foi avaliar em pacientes com carcinoma espinocelular de cavidade oral variável que possam influenciar no tempo de sobrevida. A análise dos dados de 45 pacientes no período de Janeiro de 2001 a Janeiro de 2006 foi realizada por meio de curvas de sobrevida estimadas pelo método de Kaplan-Meier e para compará-las os testes de log-rank e o modelo de regressão de Cox. Foi realizada uma análise retrospectiva. A sobrevida global foi de 39% em 5 anos. Apenas as variáveis, metástase

cervical ($p=0,017$), radioterapia pós-operatória ($p=0,056$) e margens comprometidas ($p=0,004$) tiveram significância estatística. A sobrevida foi menor em pacientes: com metástase cervical; com margens comprometidas e os submetidos à radioterapia pós-operatória, ou seja, nos tumores mais agressivos. Após ajustamento, a radioterapia não mostrou significância estatística. Provavelmente a sobrevida de 39% seja pelo elevado número de pacientes com metástase (52,2%) e pelo fato da amostra ser basicamente de cânceres de língua e assoalho (82%), os de controle mais difícil. Os autores concluíram que a metástase cervical e o comprometimento das margens cirúrgicas são os fatores prognósticos no carcinoma de cavidade oral que influenciaram na sobrevida (MONTORO et al., 2008).

A política de saúde brasileira depende da precisão dos dados contidos no sistema de informação em saúde. Com objetivo de avaliar a confiabilidade e validade da causa básica de morte por uma neoplasia específica, no Município de Teresina, Piauí, Brasil foi utilizadas todas as Declarações de Óbito (DO) que possuíam como causa básica de morte o câncer de boca nos anos de 2004 e 2005, contabilizando um total de 23 DO. Elas foram submetidas à nova codificação da causa básica mediante utilização de formulário direcionado à coleta de dados clínicos e de exames complementares para a confirmação do diagnóstico nos prontuários médicos. O diagnóstico foi confirmado pelo exame histopatológico e história clínica. Observou-se uma concordância simples de 91,3% e coeficiente kappa de 0,84. O valor preditivo positivo correspondeu a 90,9%. Assim, pode-se afirmar que as referidas estatísticas de mortalidade são válidas e confiáveis. Este estudo teve como limitação possíveis sub-registros de casos que tiveram como causa básica de morte a referida patologia, visto que tais dados não constam no sistema de informação em mortalidade de Teresina (NOGUEIRA et al., 2009).

A letalidade dos carcinomas espinocelulares (CECs) de pele é considerada baixa. Os CECs de boca têm prognóstico ruim. Evidências atuais sugerem que os mastócitos, residentes no tecido normal, contribuem para a tumorigênese dos CECs, provavelmente por promoverem angiogênese. Comparar a concentração de mastócitos em CECs da pele e da boca e avaliar se há correlação como grau de diferenciação desses tumores. Foram analisados 30 casos de CEC de pele e 34 casos de CEC de

boca. A coloração de azul de toluidina, para evidenciar os mastócitos, foi realizada nos blocos com a área central da neoplasia. Apenas um caso de CEC de pele apresentou concentração de mastócitos de 0-10 e nenhum caso de CEC de boca apresentou concentração maior que 201 mastócitos no tumor. A maioria dos CECs de boca tem concentração de mastócitos entre 0 e 10 (47% – n = 16); 80% dos CECs de pele têm concentração acima de 51 mastócitos. Todos os casos de CEC de boca com concentração entre 100 e 200 mastócitos e 80% daqueles com concentração entre 51 e 99 eram de lábio. A concentração de mastócitos não está relacionada ao grau de diferenciação do tumor. A concentração de mastócitos é menor nos CECs de boca, exceto nos de lábio, podendo refletir uma menor necessidade de ativação de células do microambiente para melhorar a vascularização nos cânceres de boca (PARIZZI et al., 2010).

A ressecção do ramo ascendente da mandíbula ocasiona um déficit funcional e estético considerável. O objetivo desse estudo foi comparar a mandibulectomia marginal e segmentar de tumores avançados de loja amigdalina e região retromolar sem envolvimento ósseo mandibular detectado no período pré-operatório, em relação à sobrevida e recidiva loco-regional. Compararam-se 20 pacientes tratados com mandibulectomia marginal e 22 tratados com mandibulectomia segmentar de outubro de 1994 a dezembro de 2001 em serviço de referência em Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Dos 20 pacientes tratados com mandibulectomia marginal, 35% morreram com doença, 15% por recidiva local, 15% por recidiva regional e 5% por recidiva loco-regional. Dos 22 pacientes tratados com mandibulectomia segmentar 45,4% morreram pela doença, sendo 31,8% por recidiva local e 13,6% por recidiva à distância. Na análise pelo método de Kaplan-Meier o grupo tratado com mandibulectomia marginal apresentou uma taxa de 55%, e o grupo tratado com ressecção segmentar 45% com $p=0,8329$. A análise dos dois grupos evidenciou que a conservação do ramo ascendente da mandíbula, mesmo em lesões avançadas, sem envolvimento mandibular, não aumenta o índice de recidiva (PASCOAL et al., 2007).

O avanço verificado no enfrentamento de neoplasias malignas por meio dos sistemas de saúde envolve melhorias nas áreas de vigilância, organização de redes de assistência, programas específicos voltados às prevenções primárias e secundária e,

obviamente, aos avanços técnico-científicos que caracterizam a abordagem diagnóstica e terapêutica. Embora seja notável o reconhecimento de avanços no manejo de neoplasias malignas em todas as áreas citadas, o câncer da boca permanece com indicadores de morbidade e mortalidade que parecem não acompanhar o acúmulo científico no conhecimento da doença (PEREIRA et al., 2012).

O papiloma invertido schneideriano é uma neoplasia de origem no epitélio de revestimento que surge da mucosa respiratória revestindo a cavidade nasal e os seios paranasais. Frequentemente, surge como uma lesão unilateral no septo nasal e estende-se secundariamente para o nariz e os seios paranasais. Este trabalho relatou um caso incomum desta patologia, com o envolvimento da cavidade oral em um homem branco, de 61 anos de idade, cuja avaliação clínica revelou uma massa vegetante no rebordo alveolar direito da maxila, com duração de aproximadamente quatro meses. Após avaliação radiográfica, constatou-se o envolvimento do seio maxilar. A análise microscópica, hibridização in situ e análise imuno-istoquímica da peça cirúrgica levaram a um diagnóstico de displasia moderada em PIS associado à infecção por HPV (PIVA et al., 2011).

Quintero et al. (2013) realizaram um estudo para estimar se a prevalência de tipos do vírus de papiloma humano (HPV) em câncer de cabeça e pescoço (CCP) é relevante para se prever o impacto da vacina contra o HPV. O exame utilizado foi o PCR GP5+/6+ e hibridização reversa. Além disso, os HPV 16 e 18 foram identificados utilizando-se PCR específica para esses tipos. Foram incluídos 175 casos primários de CCP, consecutivamente diagnosticados entre 1999 e 2008, com diagnóstico confirmado e DNA amplificado. A prevalência de HPV foi de 18,9%. O HPV foi encontrado em 23,9%, 17,5% e 13,3% dos casos de cavidade oral, laringe e orofaringe, respectivamente. Entre os casos de VPH+, 82% foram HPV 16 e 18% HPV18. A maioria dos casos foi de pessoas do sexo masculino. Nos homens, a idade de diagnóstico foi menor do que nas mulheres, principalmente naqueles de acometimento na cavidade oral. Os HPV 16 e 18 foram encontrados em quase 20% desses casos de CCP. O impacto da vacinação contra o HPV para a prevenção desse câncer na população merece maiores estudos.

Ramos et al. (2010) realizaram um estudo para quantificar as fístulas após cirurgia de câncer da cavidade oral e identificar fatores de risco. O estudo possuía caráter retrospectivo, interessando 159 pacientes submetidos à cirurgia. Variáveis estudadas: sexo, comorbidades, tabagismo, etilismo, risco anestésico e pulmonar, estadiamento clínico, linfadenectomia cervical, tratamento radioterápico, acidentes cirúrgicos, infecção ou deiscência de ferida operatória, seroma ou hematoma de sítio cirúrgico, infecção respiratória no pós-operatório, tipo de cirurgia e reconstrução realizadas.. Ocorreu fístula oro cutânea em 30,3% (48 pacientes). Pacientes T3 tiveram fístula em 16% dos casos, T4 em 40,3% e naqueles estádios T1 ou T2, 26,6% e 1,8% respectivamente ($p=0,0138$). Os casos N+ evoluíram com fístula em 22,9% (N2c com 42,8%, $p=0,0136$), os com radioterapia pré-operatória em 63,6% ($p=0,0346$). Aqueles com infecção de sítio cirúrgico em 47,3% ($p=0,0146$) e aqueles com deiscência de ferida operatória em 53,7% ($p=0,0030$). O índice de fístula foi de 60% nos retalhos regionais mucocutâneos, de 39,2% nos miocutâneos e de 12,5% com retalho micro cirúrgico ($p=0,0286$). O índice de fístulas foi de 30,3%. Foram estatisticamente significativos para ocorrência de fístulas: estágio T, linfadenectomia cervical bilateral, radioterapia pré ou pós-operatória infecção e deiscência de ferida operatória, e o uso de retalhos para reconstrução.

Inflamação e traumatismos bucais são importantes nos portadores de câncer de boca. Esse estudo objetivou verificar a associação entre hábitos de higiene oral, doença periodontal e câncer da boca e orofaringe. Estudo transversal e prospectivo, com a inclusão de 50 indivíduos com carcinoma espinocelular da boca e orofaringe, sem intervenção terapêutica, comparados com 50 indivíduos, pareados por idade e gênero, sem câncer. Foi aplicado um questionário de saúde bucal e realizado exame oral para avaliação de doença periodontal e condição dentária, utilizando o índice CPOD. A classificação de doença periodontal e CPOD seguiu o protocolo preconizado pela OMS. Resultados: O exame periodontal e a obtenção do índice INTPC demonstram uma diferença entre os dois grupos, com evidências de doença avançada nos portadores de câncer de boca e orofaringe, demonstrada pela presença de bolsas periodontais acima de 6 mm, em 76% dos casos avaliados enquanto no grupo controle, 10% dos pacientes apresentavam esse mesmo grau da doença. Não foram observadas diferenças

significativas em relação ao índice CPOD e aos hábitos de higiene bucal. Conclusão: Os resultados permitem concluir pela presença de associação de doença periodontal mais severa nos portadores de câncer sem relação com hábitos de higiene ou condição dentária (REZENDE et al., 2008).

O câncer de boca no Brasil ainda apresenta altos níveis de incidência e mortalidade, com diferentes características da doença no território nacional. A maioria dos casos é diagnosticada tardiamente, porém há uma grande chance de cura quando tratado no início. Esse estudo objetivou avaliar os fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. Foi realizado um estudo prospectivo transversal em 74 pacientes portadores de carcinoma espinocelular da cavidade bucal diagnosticados em um hospital em Alagoas, no período de julho de 2007 a setembro de 2008. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, obtendo-se dados sócio demográfico, profissional procurado, início dos sintomas, encaminhamento e estágio clínico do tumor no momento do diagnóstico. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, os pacientes procuraram mais o médico que o dentista quando apresentaram uma lesão na boca, sendo encaminhados pelo dentista sempre em um estágio avançado da doença. Esse estudo sugere a necessidade de programas de educação continuada da população e profissionais para a identificação de sintomas precoces da doença, porém necessita de outras investigações (SANTOS et al., 2010).

A membrana basal é uma estrutura dinâmica que sofre modificações qualitativas e quantitativas durante a progressão do carcinoma escamocelular, e este processo são de fundamental importância na invasão neoplásica e metástase. O objetivo deste estudo foi investigar o comportamento da membrana basal em carcinomas escamocelulares de boca com diferentes graus de malignidade histológica através da expressão imuno-istoquímica da laminina. Foram de trinta e um casos de carcinoma escamocelular de boca foram submetidas à gradação histológica para tumores malignos. Através do método da streptavidina-biotina, foi verificada a expressão imuno-istoquímica da laminina em relação à sua intensidade e integridade nas lesões com diferentes graus de malignidade. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas dos valores médios da intensidade e da continuidade de marcação da laminina em relação aos diferentes graus de malignidade. Ficou demonstrado que a

laminina, uma glicoproteína presente na membrana basal, sofreu modificações diferenciadas em carcinomas escamocelulares de boca nos diferentes graus de malignidade histológica (SOUZA et al., 2007).

3 OBJETIVOS

Avaliar o conhecimento dos usuários da rede pública de saúde do município de Mato Castelhana (RS) sobre câncer bucal;

Avaliar as atitudes frente aos fatores etiológicos do câncer de boca de usuários da rede pública de saúde do Município de Mato Castelhana (RS);

Avaliar as medidas preventivas para o câncer de boca adotado por usuários da rede pública de saúde do município de Mato Castelhana (RS).

4 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde do município de Mato Castelhano (RS), cuja responsável técnica assinou o Termo de Autorização Local. Em data previamente agendada com a responsável pela UBS, no mês de abril de 2015, foi aplicado um questionário (APÊNDICE A) nos usuários que estiveram presentes na sala de espera. O questionário era auto aplicativo e abordava questões específicas acerca do conhecimento do câncer de boca.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo descritivo e com abordagem quantitativa a partir de dados coletados na população de Mato Castelhano – RS.

4.2 LOCALIZAÇÃO

O estudo foi realizado no Município de Mato Castelhano, Rio Grande do Sul, Brasil. O município foi emancipado no dia 30/3/1992 (Lei de Criação: Lei n.º 9645). Era pertencente ao município de Passo Fundo. Sua área corresponde em km²: 245,24 e está localizado a uma latitude 28º16'42" sul e a uma longitude 52º11'30" oeste, estando a uma altitude de 740 metros.

O município possui aproximadamente 2.470 habitantes e basicamente a renda dos moradores é baseada na agricultura, tendo a soja, o milho, o trigo, pastagens, e a pecuária de leite e corte como suas principais atividades. O clima da região é subtropical.



Figura 1: Mapa do Rio Grande do Sul, com destaque para a localização do Município de Mato Castelhano

Fonte: commons.wikimedia.org

4.3 AMOSTRA

Trata-se de uma amostra não probabilística, de conveniência, uma vez que foram convidados a participar da pesquisa todos os usuários, maiores de 18 anos, presentes nas UBS do Município de Mato Castelhano no dia da coleta de dados. No mês destinado às coletas dos dados, 57 pessoas procuraram atendimento na UBS, constituindo a amostra deste estudo.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de questionário específico (Apêndice C).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram avaliados através de estatística descritiva.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido à apreciação do CEP/ IMED, (Comitê de ética em pesquisa, Faculdade Meridional) do qual recebeu parecer favorável para realização, sob número 977.842/2015 (ANEXO A).

Os usuários que aceitaram participar do estudo puderam sanar dúvidas acerca do câncer de boca, bem como receber orientação sobre a importância de um acompanhamento para detecção de lesões precoces.

Os participantes consentiram sua participação no estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS

Foi realizado um estudo descritivo com abordagem quantitativa a partir dos dados coletados através dos questionários aplicados no mês de abril de 2015 na UBS de Mato Castelhano (RS).

Os questionários aplicados eram compostos de vinte e três perguntas, que tinham o intuito de avaliar o conhecimento dos usuários sobre câncer bucal. Do total da amostra (n=57), 31 (56,1%) eram do gênero feminino e 26 (43,9%) do gênero masculino (figura 2).

5.1 A primeira pergunta referente ao sexo do paciente, onde 56.1% afirmaram ser do sexo feminino e 43,9% do sexo masculino.

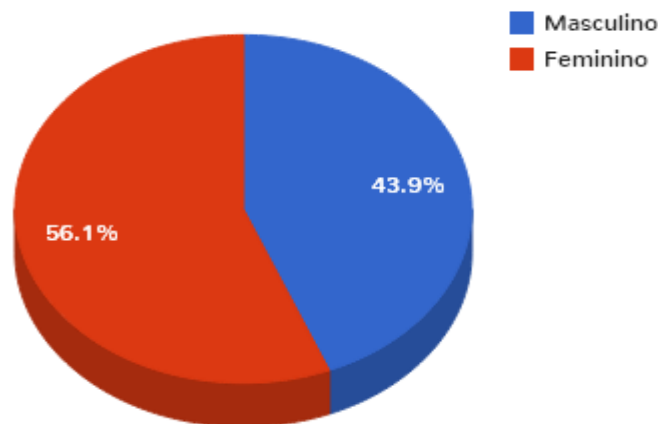


Figura 2: Composição da amostra pelo gênero

Fonte: Dados da pesquisa

Quando questionados sobre o conhecimento da existência do câncer bucal, todos os participantes afirmaram ter conhecimento.

Com relação ao cigarro, todos os participantes demonstraram o conhecimento sobre esse hábito ser nocivo a saúde.

5.2 Na figura 3, o Câncer de pele foi o mais citado como o tipo de câncer mais frequente, seguido pelo câncer de pulmão, lábio e pescoço, respectivamente (figura 3).

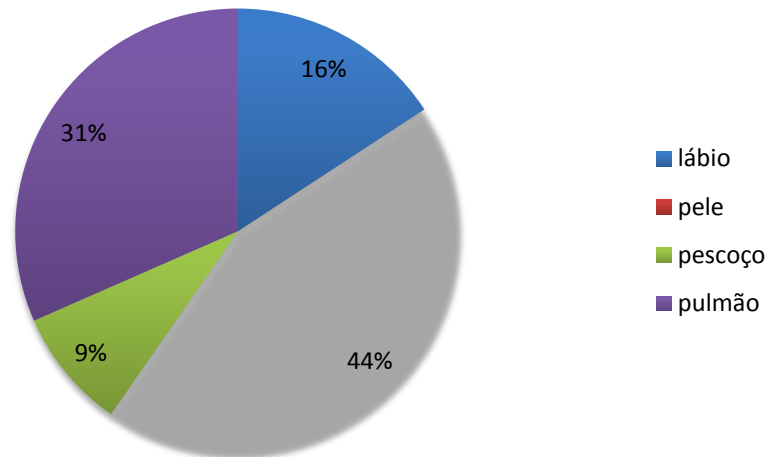


Figura 3: Dados obtidos com relação aos tipos de câncer mais frequentes.

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 1 demonstra as respostas obtidas para as questões acerca do conhecimento do câncer bucal, principalmente com relação aos fatores de risco.

Na Tabela 1 foram analisados os dados referentes à ocorrência das variáveis, onde se observa que dos 57 entrevistados se obteve as mais variadas respostas, referente ao conhecimento sobre câncer bucal, devidos cuidados, sintomas e fatores de risco. Com relação a existência do câncer bucal, foi verificado que todos os entrevistados tinham o conhecimento da doença (100% dos participantes), mas a maioria não soube responder devidamente como o câncer ocorre. Quando questionados se a doença causava dor, mais da metade dos participantes afirmaram ser indolor, (70%). A pergunta de numero 5 questionou quais os sintomas selecionados com câncer bucal, 35% assinalaram dificuldade de engolir. Na seguinte pergunta, referia-se a qual o principal fator de risco, associado a câncer bucal, 81% dos entrevistados optou pela alternativa fumo. A ultima pergunta da tabela 1 foi qual a associação entre fatores de risco que aumenta as chances de ter câncer bucal, 74% dos participantes assinalaram a alternativa fumo e álcool.

Quando questionados se fumar é prejudicial à saúde, obtivemos o resultado de 100% das respostas como sim. Já na questão que se referia a se fumar perto de outras pessoas era prejudicial, não obtivemos o mesmo sucesso de respostas, algumas afirmaram que não há problema em fumar perto de outras pessoas. A pergunta de numero 11 questionava qual a cor da pele que o câncer tem aparecimento mais frequente, 44% dos entrevistados responderam positivamente todas as alternativas: pele muito clara, pele clara e pele escura. Quando questionados sobre quais alimentos poderiam ajudar na prevenção do câncer, 79% das pessoas entrevistadas assinalaram a resposta frutas e vegetais.

Mais da metade dos entrevistados afirmaram que o câncer bucal surge com maior frequência em homens (80%). Sobre a próxima pergunta que se referia a qual é o tipo de câncer que tem maior frequência em país tropicais como Brasil, obtivemos dois resultados iguais para: 11 por cem mil habitantes entre os homens e 4 por cem mil habitantes entre as mulheres e 300 por cem mil habitantes entre homens e 700 por cem mil habitantes em mulheres. Essa duas respostas com 29% em suas respostas.

Em relação a faixa etária, 65% responderam que surge com maior frequência entre 30 a 40 anos de idade.

A pergunta de numero 17 onde se questionou se o conhecimento sobre o autoexame de boca, 68% das pessoas afirmaram ter o conhecimento, mas quando questionados sobre o que é necessário para fazer o exame, 47% responderam que somente era necessário um espelho e um ambiente bem iluminado, na seguinte pergunta, 87% relataram que se percebessem alguma alteração em sua boca, a mais de 15 dias procuraria um medico ou um cirurgião dentista. Para 44% das pessoas, prevenir o câncer, necessita de cuidados como: não fumar, não beber, proteger-se do sol e ter uma alimentação saudável, dessas 93% afirmaram que o câncer tem cura, mas é preciso estar atento para fazer acompanhamento e 42 % disseram que o método mais empregado para o câncer é a cirurgia. Os entrevistados nunca tiveram câncer bucal.

Tabela 1: Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) sobre conhecimento acerca do câncer bucal

Variáveis	n	%
O câncer de boca		
Não é doença	2	4
É uma doença, mas não é transmitido de uma pessoa para outra	48	86
É uma doença e pode ser transmitido de uma pessoa para outra	6	10
O câncer ocorre devido:		
Crescimento desordenado das células	14	25
Morte das células	20	35
Aumento volumétrico das células	11	19
Ataque de anticorpos contra corpos estranhos	5	9
Penetração de vírus nas células	7	12
No início, o câncer de boca dói ou não dói		
Dói muito	17	30
Não dói	40	70
Sintomas câncer de boca		
Dificuldade de falar	7	12
Dificuldade de mastigar	16	28
Dificuldade de engolir	20	35
Emagrecimento rápido	6	11
Todas as anteriores	8	14
Nenhuma das anteriores	-	0
Fatores de risco para câncer bucal		
Álcool	5	9
Fumo	46	81
Herança Genética	4	7
Exposição solar	1	2
Vírus	1	2
Associação dos fatores de risco		
Não existe associação	-	0
Fumo e exposição solar	9	16
Exposição solar e álcool	3	5
Fumo e álcool	42	74
Vírus e fumo	2	3
Álcool e vírus	1	2

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 2: Freqüência absoluta (n) e freqüência relativa (%) sobre conhecimento acerca de fatores predisponente, autoexame, prevalência e medidas preventivas para o câncer bucal

	N	%
Tipo de pele que influencia no aparecimento de câncer		
Pele muito clara	4	7
Pele clara	23	40
Pele escura	5	9
Qualquer uma das anteriores	25	44
Tipos de alimentos que ajudam na prevenção		
Nenhum	12	21
Frutas e vegetais	45	79
Carne vermelha	-	0
Pães e massas	-	0
Gordura	-	0
O Câncer ocorre com maior freqüência		
Homens	46	80
Mulheres	14	20
Incidência do câncer bucal no Brasil		
11 por cem mil habitantes (homens) e 4 por cem mil nas mulheres	21	37
4 por cem mil habitantes entre os homens e 11 por cem mil habitantes entre as mulheres	15	29
700 por cem mil habitantes entre os homens e 300 por cem mil habitantes entre as mulheres	5	9
300 por cem mil habitantes entre os homens e 700 por cem mil habitantes entre as mulheres	15	29
Faixa etária ocorrência de câncer bucal		
Abaixo dos 20 anos	1	2
20-30 anos	6	10
30-40 anos	37	65
40-60 anos	13	23
60 anos	-	0
Conhecimento acerca do autoexame de boca		
Sim	39	68
Não	18	32
O que é necessário para realização do autoexame de boca		

Algum instrumento de dentista	13	24
Somente espelho e um ambiente bem iluminado	27	47
Ter alguém para ajudar	15	26
Se você percebesse uma alteração há mais de 15 dias em sua boca, o que você faria		
Não me preocuparia com isso	1	2
Aplicaria algum medicamento por conta própria	-	0
Aguardaria mais tempo para ver se desaparece	9	16
Iria a benzedeira	-	0
Procuraria um médico ou dentista	47	82
O que é preciso para prevenir câncer bucal		
Ter uma alimentação saudável	5	9
Não fumar	18	31
Não beber	7	12
Proteger-se contra o sol	2	4
Todas as anteriores	25	44
Nenhuma das anteriores	-	0
O câncer bucal tem cura		
Não tem cura, vou sofrer sempre	1	2
Tem cura, mas preciso estar atento e fazer acompanhamento	53	93
Tem cura e posso esquecer este problema para sempre	3	5
Métodos empregados para tratamento do câncer		
Cirurgia	24	42
Radioterapia	17	27
Quimioterapia	13	23
Psiquiatria	-	0
Todas acima	3	5
Nenhum	-	0

Fonte: Dados da pesquisa

Por fim, quando questionados com relação a sua situação atual e experiência previa com relação ao câncer bucal, todos os participantes afirmaram que nunca tiveram câncer de boca.

6 DISCUSSÃO

O questionário para de coleta de dados foi retirado do trabalho desenvolvido por Rodrigues (2011) e não teve adaptação ou modificação. De acordo com os resultados obtidos, foi observado que 100% dos entrevistados apresentaram conhecimento da existência do câncer de boca, isto comprova que o mesmo não é um fator desconhecido em grande parte da população, no entanto, ainda exhibe altas taxas de incidência. A epidemiologia do câncer da boca é assunto bem documentado na literatura, e as diferenças regionais de incidência ao redor do mundo parecem estar relacionadas dois principais fatores de risco: tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas. Neste quesito, a maioria dos entrevistados demonstrou conhecimento acerca da associação destes dois agentes etiológicos. É importante salientar, no entanto, que o câncer de boca possui etiologia multifatorial, não havendo um fator causador isolado, podendo decorrer da interação entre fatores endógenos, como desnutrição predisposição genética, e fatores exógenos, anemia por deficiência de ferro, infecções da cavidade oral, como o Papiloma vírus Humano (HPV), fatores ambientais como os raios solares, e os fatores comportamentais como o fumo e o álcool, cuja associação pode resultar na iniciação e promoção neoplásica (Barbosa et al 2010.; Carvalho et al., 2012; Lombardo et al., 2014).

A incidência mundial estimada, por ano, é de aproximadamente 275 mil casos para o câncer da boca e 130 mil de câncer de faringe, sendo dois terços destes em países em desenvolvimento. No Brasil, o câncer da boca apresentou estimativas de, aproximadamente 15 mil novos casos em 2010 e, dependendo da unidade da federação analisada, a doença chega a ser a quinta colocada entre as neoplasias malignas de maior incidência em homens (Borges et al., 2008). Muito embora existam descrições de que as malignidades da boca estariam ocorrendo em populações mais jovens e de que poderiam estar associadas a outros fatores de risco, a realidade epidemiológica aponta em sua maioria um doente acima de 40 anos de idade, do sexo masculino e de baixo estrato socioeconômico e educacional (Torres-Pereira et al., 2012; Andreotti et al., 2006). Os determinantes socioeconômicos, em estudos mais recentes,

vêm aparecendo como um fator com associação relevante ao aparecimento de novos casos de câncer da boca (Andreotti et al., 2006).

As tabelas 1 e 2 demonstram o conhecimento dos usuários da UBS com relação ao tema. Nesse sentido, percebe-se que, apesar de a maioria dos entrevistados responderem as questões corretamente, alguns pontos são importantes de salientar. Chama atenção, por exemplo, o fato de praticamente 25% classificarem o câncer de boca como “não é doença”. Apenas 20% da amostra deste estudo tem ciência dos fatores que ocasionam tal patologia, sendo um índice baixo, o que comprova a falta de conhecimento sobre o assunto.

Outro fator importante são os sintomas da doença, sendo que, em média, 30% conhecem ou percebem alguma diferença significativa, ou desconforto na cavidade bucal que pode ser o índice desta patologia. Afirmaram que o câncer nos lábios tem maior incidência pela exposição prolongada à luz solar, e 46% dos entrevistados afirmam que o fumo associado ao álcool são um dos principais fatores que causam câncer de boca. Esses dados estão de acordo com o citado por Oliveira et al (2013), que afirmaram que a falta de conhecimento e a ocorrência de câncer bucal tem, entre si, grande relação. Estudos relacionam a associação entre o câncer de boca e a pobreza, onde os indicadores de mortalidade e morbidade são ruins nas áreas de baixo nível socioeconômico, Borges et al (2008) e Oliveira et al (2013), destacam que as características culturais, o nível socioeconômico da sociedade e o grau de acesso ao tratamento e tecnologia nos serviços públicos de saúde determinam a variação da incidência do câncer de boca no mundo. Em países desenvolvidos, o câncer de boca apresenta taxas de incidência e mortalidade menores quando comparados aos países em desenvolvimento (Torres-Pereira et al., 2012).

Em geral, apesar de a população relatar conhecer o câncer de boca, sua prevenção ainda é desconhecida. A questão do atraso no diagnóstico e no tratamento do câncer é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade deste, já que sua ocorrência é importante na disseminação da doença, podendo levar à necessidade de abordagens terapêuticas mais radicais (Torres-Pereira et al., 2012). Uma parcela considerável da amostra deste estudo não soube responder corretamente acerca da questão da realização do auto-exame de boca e, aliado a isso, parte da amostra

aguardaria lesões com mais de 15 dias de duração desaparecerem por conta. Nesse contexto, o atraso de diagnóstico é definido como o período desde o aparecimento de sintomas até o diagnóstico final (Andreotti et al., 2006; Marchioni et al., 2007). Contudo, um número considerável de pacientes é diagnosticado quando a doença já se encontra em estágios avançados. Sabe-se que o atraso pode ser gerado por questões inerentes aos profissionais ou pacientes (Torres – Pereira et al. 2012). A duração do atraso do paciente varia na literatura desde menos de um mês até mais de sete anos (Marchioni et al., 2007; Barbosa et al., 2010). Poucos estudos enfocaram nos fatores relacionados ao profissional (Marchioni et al., 2007; Carvalho et al. 2012; Bulgareli et al., 2013).

Alguns participantes da amostra relataram a figura do médico para tratamento de lesões bucais. Esses dados concordam com Santos et al (2010), que ao realizarem um estudo em Alagoas citaram que os pacientes procuraram mais o médico que o dentista quando apresentaram uma lesão na boca.

A amostra deste estudo demonstrou desconhecimento acerca do número de casos de câncer de boca. Assim, fica evidente a necessidade de fortalecimento de políticas públicas para sensibilizar a população quanto à prevenção dessa doença e a necessidade de incorporar hábitos saudáveis, além do diagnóstico precoce. Nesse quesito, os entrevistados demonstram conhecimento ao afirmar que o câncer de boca tem cura, mas é preciso estar atento e fazer acompanhamento.

Ainda com relação ao tratamento do câncer, a amostra deste estudo ficou dividida entre as alternativas: cirurgia, quimioterapia e radioterapia, demonstrando novamente faltam de conhecimento sobre o assunto, uma vez que procedimentos cirúrgicos são necessários nos casos de tumores mais avançados, com ressecção de partes moles, ossos da face e algumas vezes da pele, necessitando de fechamento com retalhos locais, regionais ou à distância, microcirúrgicos ou não (Borges et al., 2008). O câncer está certamente entre as maiores causas de morte em todos os países do mundo. Há muitos anos, pesquisas buscam tratamentos eficazes para esta patologia. O único consenso é que todas as formas de tratamento funcionam melhor, ou mesmo só funcionam, quando a neoplasia é diagnosticada precocemente (Oliveira et al., 2013; Souza et al., 2007).

A questão do conhecimento acerca de câncer de boca vem sendo discutida há algum tempo já, sendo considerado um dos maiores desafios das Universidades a transposição do conhecimento científico produzido entre seus muros para a população em geral (ALMEIDA et al., 2011).

Após a análise dos resultados deste trabalho, é possível concordar com Pereira et al (2012), que o câncer bucal é um problema de saúde pública e deve ser considerada sua importância, através da promoção de políticas preventivas eficazes, que possam contribuir para a redução das consequências causadas pelos fatores de riscos se a população tiver consciência da gravidade da doença permitindo assim mudança de hábitos favorecendo o decréscimo do índice de câncer bucal. Neste contexto, os profissionais da odontologia têm papel importante de prevenção, diagnóstico precoce e conduta clínica dos pacientes com problemas bucais, com parceria de médicos, nutricionistas e outros profissionais. Nesse sentido, pode-se citar a experiência do município de Marília (SP), que após desenvolver estratégias com participação das equipes de saúde conseguiu ampliar os exames bucais realizados preventivamente na população de 21% em 2006 para 62% em 2011, permitindo que as lesões de câncer bucal sejam diagnosticadas e tratadas precocemente sob a ótica de um prognóstico mais favorável (BULGARELI et al., 2013). Isso foi também reafirmado por Lombardo et al. (2014) que objetivaram verificar, na percepção dos cirurgiões-dentistas atuantes e Atenção Primária em Saúde (APS) em Porto Alegre (RS), as possíveis razões que justifiquem ao atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de atenção em saúde de maior complexidade: falha na identificação precoce, ausência de trabalho multidisciplinar, desvalorização da necessidade de corresponsabilização pela própria saúde por parte da comunidade e a deficiência da rede de atenção no que tange a qualidade da comunicação entre profissionais de diferentes níveis de atenção.

Desta forma este estudo possibilitou constatar que a maioria dos tumores bucais poderia ser evitada, se o assunto ainda não fosse tão desconhecido. Pela amostragem realizada, percebeu-se que no Município de Mato Castelhano existe uma preocupação com relação à saúde da população, em especial a saúde bucal. Diversos programas e campanhas estão em andamento, os agentes realizadores das ações estão envolvidos

e comprometidos, sendo que os profissionais da odontologia têm papel importante de prevenção, diagnóstico precoce e conduta clínica dos pacientes com problemas bucais, com parceria de médicos, nutricionistas e outros profissionais. Outro fator fundamental é a busca de parcerias estaduais e nacionais no sentido de trazer recursos e programas que agregam na sustentação financeira havendo maior possibilidade de êxito nas ações propostas.

7 CONCLUSÃO

- O conhecimento sobre o câncer de boca mostrou-se despercebido à população de Mato Castelhano – RS quanto ao reconhecimento de alguns fatores de risco, características, prevalência, faixa etária e incidência. Esses achados sugerem a necessidade de pensar em estratégias que promovam melhorias referentes ao conhecimento dos usuários da UBS do município;
- Há uma carência em relação a orientações aos pacientes freqüentadores da UBS, apesar de atendimento preventivo contínuo, na área médica e odontológica. Todas as pessoas que responderam o questionário sabiam da existência da doença, porém, não sabiam as consequências, prevenção e sua ocorrência;
- É de competência dos profissionais dentistas a conscientização da população local com relação à prevenção, ao contato com fatores de risco e as consequências que os mesmos provocam, o autoexame e a consulta odontológica periódica permite controle e diagnóstico precoce, sendo uma rotina no Posto de Saúde do Município.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. C.; et al. Popularização do autoexame da boca: um exemplo de educação não formal - Parte II. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1589-1598, 2011.

AMAR, A.; et al. A densidade do linfonodo metastático como fator prognóstico no carcinoma espinocelular da língua e soalho bucal. *BrazilianJournalofOtorhinolaryngology* 78 (3) Maio/Junho 2012.

AMAR, A.; et al. Significado prognóstico do número de linfonodos no esvaziamento cervical eletivo no câncer de língua e soalho de boca. *BrazilianJournalofOtorhinolaryngology* 78 (2) Março/Abril 2012.

ANDREOTTI, M.; et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(3):543-552, mar, 2006.

BARBOSA, Aline M. et al. Conhecimentos e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1113-1122, 2010.

BORGES, F. T.; et al. Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(9):1977-1982, set, 2008.

BULGARELI, J. V.; et al. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12):3461-3473, 2013.

CARVALHO, Sérgio Henrique G. et al. Levantamento Epidemiológico dos Casos de Câncer de Boca em um Hospital de Referência em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *PesqBrasOdontopedClinIntegr*, João Pessoa, 12(1):47-51, jan./mar., 2012.

CARVALHO, E.C.; et al. Exame da cavidade bucal de pacientes com câncer: avaliação clínica e dosagem indireta de óxido nítrico. *RevEscEnferm USP* 2013; 47(1):101-6 www.ee.usp.br/reeusp.

CHEDID, Helma M.; FRANZI, Sergio A. Avaliação da sobrevida livre de doença de pacientes com recidiva loco-regional de carcinoma epidermóide de cavidade bucal e orofaringe submetidos a tratamento de resgate. *RevAssocMedBras* 2008; 54(2): 127-31.

FERREIRA, M. F.; et al., Desigualdade social no adoecimento e morte por câncer de boca e orofaríngeo no Município de São Paulo, Brasil: 1997 a 2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(9):1663-1673, set, 2012.

FRANCISCO, J. F.; et al. Carcinoma apócrino na glândula parótida e na região

Submandibular. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 71 (2)PARTE 1 MARÇO/ABRIL 2005.

GALBIATTI, A. L. S.; et al. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. BrazilianJournalofOtorhinolaryngology 79 (2) Março/Abril 2013.

GIRARDI, Fábio M.; ZANELLA, Virgílio G.; KROEF, Ricardo G. Correlação entre dados clínico-patológicos e margens cirúrgicas em pacientes com carcinoma epidermoide da cavidade oral. BrazilianJournalofOtorhinolaryngology 79 (2) Março/Abril 2013.

INCA, Instituto Nacional do Câncer (Brasil). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2012.

KOHLER, Hugo F.; KOWALSKI, Luiz P. O impacto do nível da metástase cervical no prognóstico dos pacientes com carcinoma epidermoide de cavidade oral. BrazilianJournalofOtorhinolaryngology 78 (6) Novembro/Dezembro 2012.

LOMBARDO, E. M.; et al. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. Ciência & Saúde Coletiva, 19(4):1223-1232, 2014.

LÚCIO, P. S. C.; et al. Miofibroblastos e sua relação com o carcinoma de células escamosas oral. BrazilianJournalofOtorhinolaryngology 79 (1) Janeiro/Fevereiro 2013.

MARCHIONI, D. M. L.; et al. Fatores dietéticos e câncer oral: estudo caso-controle na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):553-564, mar, 2007.

MONTORO, J. R. M.; et al. Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular de cavidade oral. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 74 (6) Novembro/Dezembro2008.

MORAES, E. F.; et al. Manifestações orais decorrentes da quimioterapia em crianças portadoras de leucemia linfocítica aguda. Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80(1):78-85.

NOGUEIRA, L. T.; et al. Confiabilidade e validade das Declarações de Óbito por câncer de boca no Município de Teresina, Piauí, Brasil, no período de 2004 e 2005, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(2):366-374, fev, 2009.

OLIVEIRA, JMB et al. Câncer de boca: avaliação do conhecimento de acadêmicos de odontologia e enfermagem quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico. Rev. Bras. de Cancerologia. 2013; 59(2). [Rio Grande do Norte]. p.211-218.

PARIZZI, A. C. G.; et al. Comparação entre a concentração de mastócitos em carcinomas espinocelulares da pele e da cavidade oral. AnBrasDermatol. 2010;85(6):811-8.

PASCOAL, M. N.; et al. A mandibulectomia marginal no tratamento dos tumores de loja amigdalina e região retromolar. *Revista brasileira de otorrinolaringologia* 73 (2) março/abril 2007.

PEREIRA, C. C. T; et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28 Sup:S30-S39, 2012.

PIVA, M. R.; et al. Papiloma invertido (Papiloma Schneideriano) com envolvimento da cavidade oral: relato de caso incomum. *AnBrasDermatol.* 2011;86(4):779-83.

QUINTERO, K.; et al. Genótipos de vírus de papiloma humano em carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço na Colômbia. *BrazilianJournalofOtorhinolaryngology* 79 (3) Maio/Junho 2013.

RAMOS, G. A.; et al. Fístulas orocutâneas após cirurgia de câncer da cavidade oral: fatores de risco. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2010; 37(2): 086-091.

REZENDE, C. P.; et al. Alterações da saúde bucal em portadores de câncer da boca e orofaringe. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 74 (4) Julho/Agosto2008.

RODRIGUES, M.A.B. Elaboração, padronização e aplicação de questionário para avaliação de conhecimento sobre câncer bucal validado pela teoria da resposta ao item. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social). Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Araçatuba –SP.2011

SANTOS, Luiz Carlos S.; BATISTA, Olivio M.; CANGUSSU, Maria Cristina, T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. *BrazilianJournalofOtorhinolaryngology* 76 (4) Julho/Agosto 2010.

SOUZA, L. P.; et al. Expressão da laminina na membrana basal em carcinoma escamocelular oral. *Revista brasileira de otorrinolaringologia* 73 (6) novembro/dezembro 2007.

TORRES-PEREIRA CC, et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2012; 28. p.s30-s39.

APÊNDICE A**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE LOCAL**

Eu, Solano Ricardo Canevese, prefeito municipal do município de Mato Castelhana, no uso de minhas atribuições, tendo a prefeitura como responsável pelos serviços prestados no posto de saúde, autorizo as pesquisadoras Graziela Oro Cericato e Talita da Rocha Canevese, a coletar dados para a pesquisa intitulada Conhecimento de Usuários do Sistema Único de Saúde Sobre Câncer de Boca de Mato Castelhana - RS, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Meridional – CEP / IMED.

Assinatura do Responsável

Mato Castelhana, 08 de março de 2015.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr. (Sra.) _____,

Estamos desenvolvendo um estudo que visa verificar o conhecimento acerca do câncer bucal em usuários do SUS de Mato Castelhana - RS. Você está sendo convidado a participar deste estudo.

Esclareço que durante o trabalho não haverá riscos ou desconfortos, nem tampouco custos ou forma de pagamento pela sua participação no estudo.

Nós, Graziela Oro Cericato e Talita da Rocha Canevese, estaremos sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo, no momento em que desejar, através do telefone (54) 99608180 e do endereço Rua Alegria, sem número, centro Mato Castelhana (RS). É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

Pedimos a sua assinatura neste consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação a este convite, e sua disposição a contribuir na realização deste trabalho, em concordância com a Resolução CNS nº 196/96 que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desde já agradecemos a sua atenção.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Eu, _____, após a leitura deste consentimento, declaro que compreendi o objetivo deste estudo e confirmo o meu interesse em participar desta pesquisa.

Assinatura do Participante

Mato Castelhana, ____ de _____ de _____

APÊNDICE C

Questionário na população estudada

As informações contidas neste questionário são confidenciais, pedimos aos participantes que não se identifiquem e não é preciso assinar o questionário. Caso não saiba a resposta, deixe a questão em branco.

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____

1 - Você sabe se existe câncer de boca?

() sim () não

2 - O câncer de boca:

() não é doença

() é uma doença, mas não é transmitido de uma pessoa para outra

() é uma doença e pode ser transmitido de uma pessoa para outra

3 – O câncer ocorre devido:

() crescimento desordenado das células

() morte das células

() aumento volumétrico das células

() ataque de anticorpos contra corpos estranhos

() penetração de vírus nas células

4 – No início, o câncer de boca

() dói muito () não dói

5 – Dos sintomas abaixo, qual ou quais você acha tem a ver com câncer de boca?

() dificuldade de falar () dificuldade de mastigar

() dificuldade de engolir () emagrecimento rápido

() todas as anteriores () nenhuma das respostas anteriores

6 – Para você quais dos tipos de câncer ocorrem com mais frequência em países tropicais como é o Brasil?

() de lábio () de pele

() de pescoço () de pulmão

7 – Qual é o principal fator de risco, quando sozinho, para o câncer de boca?

() Álcool () Exposição solar

() Fumo () Vírus

() Herança genética

8 – Qual a associação entre fatores de risco que aumenta consideravelmente as chances de ter câncer de boca?

() Não existe associação perigosa () Fumo e exposição solar

() Exposição solar e álcool () Fumo e Álcool

Vírus e fumo Álcool e Vírus

9 – Você acha que fumar é prejudicial para sua saúde?

sim não

10 – Você acha que fumar perto de outras pessoas pode ser prejudicial para elas?

sim não

11 - Qual tipo de pele você acha que influencia mais no aparecimento de um câncer de lábio e face?

pele muito clara pele clara
 pele escura qualquer uma das anteriores

12 – Você acha que sua alimentação pode ajudar na prevenção do câncer de boca?

sim não

13 – Quais tipos de alimentos podem ajudar na prevenção do câncer de boca?

nenhum frutas e vegetais
 carne vermelha pães e massas
 gordura

14 - Para você o câncer de boca ocorre em maior frequência:

em homens em mulheres

15 – Qual a incidência do câncer de boca no Brasil?

11 por cem mil habitantes entre os homens e 4 por cem mil habitantes entre as mulheres
 4 por cem mil habitantes entre os homens e 11 por cem mil habitantes entre as mulheres
 700 por cem mil habitantes entre os homens e 300 por cem mil habitantes entre as mulheres
 300 por cem mil habitantes entre os homens e 700 por cem mil habitantes entre as mulheres

16 – Em que faixa de idade a maioria dos casos de câncer de boca são diagnosticados?

abaixo 20 anos
 entre 20 a 30 anos
 entre 30 a 40 anos
 entre 40 a 60 anos
 mais de 60 anos

17 - Você sabe o que é autoexame da boca?

sim não

18 – O que é necessário para fazer o autoexame de boca?

- Algum instrumento de dentista
- Somente espelho e um ambiente bem iluminado
- Ter alguém para ajudar

19 – Se você percebesse uma alteração há mais de 15 dias em sua boca o que você faria?

- não me preocuparia com isso
- aplicaria algum medicamento por conta própria
- aguardaria mais tempo para ver se desapareceria
- iria à benzedeira
- procuraria um médico ou dentista

20 - O que é preciso fazer para prevenir o câncer de boca?

- ter uma alimentação saudável
- não fumar
- não beber
- Proteger-se contra o sol
- Todas as anteriores
- Nenhuma das anteriores

21 - Para você, o câncer de boca:

- não tem cura, vou sofrer sempre
- tem cura, mas preciso estar atento e fazer acompanhamento
- tem cura e posso esquecer deste problema para sempre

22 - Você já ouviu falar de algum dos métodos empregados para o tratamento de um câncer?

- Cirurgia
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Todos acima
- Psiquiatria
- Nenhum

23- A sua situação clínica atual em relação ao câncer de boca:

- você tem câncer de boca
- Você já teve câncer de boca e está curado
- Você está com uma lesão suspeita
- Você nunca teve câncer de boca

CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SOBRE CÂNCER BUCAL NA CIDADE DE MATO CASTELHANO, RIO GRANDE DO SUL

KNOWLEDGE OF A BASIC HEALTH UNIT USERS ABOUT ORAL CANCER IN MATO CASTELHANO TOWN, RIO GRANDE DO SUL

*Talita da Rocha Canevese, **Graziela Oro Cericato

*Acadêmica da Escola de Odontologia da Faculdade Meridional

**Docente da Escola de Odontologia da Faculdade Meridional

RESUMO

O câncer vem ocupando papel cada vez mais importante no perfil de mortalidade do Brasil. Dentre os tipos mais prevalentes, o câncer bucal aparece em oitavo lugar, com incidência e mortalidade crescentes. Somando-se à mortalidade, a morbidade associada ao câncer bucal tem impacto importante na qualidade de vida dos pacientes, pois seu diagnóstico tem sido realizado tardiamente, reduzindo as possibilidades de cura e aumentando as mutilações decorrentes do tratamento. O objetivo deste trabalho foi avaliar o nível de conhecimento dos usuários da Unidade Básica de Saúde de Mato Castelhanos (RS) frente ao câncer bucal. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, sendo a amostra constituída de 57 pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade, que procuraram atendimento na UBS referida no mês de abril de 2015. A coleta dos dados foi realizada pela aplicação de um questionário, contendo questões relacionadas ao câncer bucal (fatores de risco, procedimentos, alimentação, existência da doença, diagnósticos). Os dados foram analisados através de estatística descritiva. Os resultados da pesquisa que envolveu 43,9% do sexo masculino e 56,1% do sexo feminino. Todos os participantes (100%), afirmou saber da existência da doença câncer bucal, porém, nas demais perguntas, onde se referem às causas, conseqüências, prevenção do câncer de boca, não demonstraram clareza em suas respostas afirmativas. Nenhum participante era portador da doença. Conclui-se que o conhecimento sobre o câncer de boca mostrou-se um tanto quanto despercebido à população de Mato Castelhanos – RS quanto ao reconhecimento de alguns fatores de risco, características, prevalência, faixa etária e incidência. Esses achados sugerem a necessidade de pensar em estratégias que promovam melhorias referentes ao conhecimento dos usuários da UBS do município.

Palavras-chave: Câncer bucal, mortalidade no Brasil, morbidade, Unidade Básica de Saúde, incidência.

ABSTRACT

Cancer has been occupying increasingly important role in the mortality profile in Brazil. Among the most prevalent types, oral cancer appears in eighth place, with increasing incidence and mortality. Adding to the mortality, morbidity associated with oral cancer has an important impact on the quality of life of patients because their diagnosis has been made late, reducing the chances of cure and increasing the mutilations resulting from the treatment. The objective of this study was to evaluate the level of knowledge of basic health unit users of Mato Castelhano (RS) compared to oral cancer. This is a quantitative, cross-sectional study, with a sample consisting of 57 persons of both sexes, 18 years old, who sought care at UBS said in the month of April 2015. A Data collection was performed by application a questionnaire containing questions related to oral cancer (risk factors, procedures, food, existence of the disease, diagnostic). Data were analyzed using descriptive statistics. The results of the survey which involved 43.9% male and 56.1% female. All participants (100%) claimed to know of the existence of oral cancer disease, however, in the other questions, which refer to the causes, consequences, prevention of oral cancer have not been shown clearly in their positive responses. No participant had the disease. It is concluded that knowledge about oral cancer proved somewhat unnoticed to Mato Castelhano population - RS for the recognition of certain risk factors, characteristics, prevalence, age and incidence. These findings suggest the need to consider strategies that promote improvements for the knowledge of municipal UBS users.

Key Words: Mouth Neoplasms, mortality in Brazil, morbidity, Health Centers, incidence.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos (INCA, 2012).

Houve um aumento substancial na proporção de mortes por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, como por exemplo os processos neoplásicos. Entre todas as neoplasias que incidem a região de cabeça e pescoço, 40% ocorrem na cavidade bucal. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), em 2012, estima que no Brasil houveram 9.990 novos casos de câncer de boca em homens e 4.180 em mulheres. O câncer de boca define-se como uma doença crônica multifatorial, resultante da interação dos fatores de risco que afetam os processos de controle da proliferação e crescimento celular. Os principais fatores de

risco são fumo, álcool, radiação solar, dieta, microrganismos e deficiência imunológica. A associação do uso do tabaco e álcool é ainda mais deletéria, podendo elevar para 35 vezes as chances de desenvolvimento dessa neoplasia. Geralmente é uma lesão assintomática nos seus estágios iniciais, podendo mimetizar condições benignas comuns da boca. As características comumente encontradas nos pacientes acometidos são manchas eritoplásticas, leucoplásticas e ulceração. Destes, o sinal mais comum é a ulceração.

Estudos realizados demonstraram que o conhecimento acerca do câncer bucal está muito aquém do que se espera desses profissionais da área a saúde, revelando a necessidade urgente de se repensar na formação acadêmica para a atuação no âmbito dessa neoplasia (OLIVEIRA et al., 2013)

A secretaria de saúde dos municípios é a principal responsável por detecções e informações sobre esta afecção. O município de Mato Castelhano (RS), com uma população de aproximadamente 2470 habitantes, onde a fonte de renda é basicamente agrícola, pecuária e corte como suas principais atividades, realiza um trabalho contínuo no que diz respeito ao câncer bucal. A secretária de saúde do município é composta por uma unidade básica de saúde onde atende nas áreas médica e odontológica (dois cirurgiões- dentistas) na região urbana, tem como objetivo propor um modelo de gestão a fim de trazer organização, precaução e desenvolvimento contínuo de atividades desenvolvidas na unidade básica, aproximarem às necessidades da comunidade a realidade da secretaria.

Este trabalho teve o objetivo de analisar o conhecimento dos usuários da unidade básica de saúde de Mato Castelhano – RS com relação ao câncer oral.

Materiais e Métodos

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde do município de Mato Castelhano (RS), cuja responsável assinou o Termo de Autorização Local. Em data previamente agendada com a responsável técnica pela UBS, no mês de abril de 2015, o pesquisador dirigiu-se até a mesma, com o objetivo de aplicar um questionário (APÊNDICE A) nos usuários que estiverem presentes na sala de espera. O questionário

era auto aplicativo e abordava questões específicas acerca do conhecimento do câncer de boca.

Foi realizado um estudo descritivo e com abordagem quantitativa a partir de dados coletados na população de Mato Castelhana – RS.

Trata-se de uma amostra não probabilística, de conveniência, uma vez que foram convidados a participar da pesquisa todos os usuários, maiores de 18 anos, presentes nas UBS do Município de Mato Castelhana no dia da coleta de dados. No mês destinado as coletas dos dados, 57 pessoas procuraram atendimento na UBS, constituindo a amostra deste estudo.

Os dados foram avaliados através de estatística descritiva.

5 RESULTADOS

Foi realizado um estudo descritivo com abordagem quantitativa a partir dos dados coletados através dos questionários aplicados no mês de abril de 2015 na UBS de Mato Castelhana (RS).

Os questionários aplicados eram compostos de vinte e três perguntas, que tinham o intuito de avaliar o conhecimento dos usuários sobre câncer bucal. Do total da amostra (n=57), 31 (56,1%) eram do gênero feminino e 26 (43,9%) do gênero masculino (figura 1).

A primeira pergunta referente ao sexo do paciente, onde 56.1% afirmaram ser do sexo feminino e 43,9% do sexo masculino.

Quando questionados sobre o conhecimento da existência/o do câncer bucal, todos os participantes afirmaram ter conhecimento.

A tabela 1 demonstra as respostas obtidas para as questões acerca do conhecimento do câncer bucal, principalmente com relação aos fatores de risco.

Na tabela 2 é possível observar os resultados obtidos com relação ao conhecimento em relação a medidas preventivas, prevalência, autoexame e lesões com potencial cancerígeno.

Com relação ao cigarro, todos os participantes demonstraram o conhecimento sobre esse hábito ser nocivo a saúde.

O Câncer de pele foi o mais citado como o tipo de câncer mais frequente, seguido pelo câncer de pulmão, lábio e pescoço, respectivamente.

Na seguinte pergunta, o câncer de pele (44 por cento), foi o mais citado como o tipo de câncer mais frequente em países tropicais como o Brasil, seguido pelo câncer de pulmão 31 por cento), lábio (16 por cento) e pescoço (9 por cento).

Na Tabela 1 foram analisados os dados referentes à ocorrência das variáveis. Onde se observa que dos 57 entrevistados se obteve as mais variadas respostas, referente ao conhecimento sobre câncer bucal, devidos cuidados, sintomas e fatores de risco. Com relação a existência do câncer bucal, verificou que todos os entrevistados tinham o conhecimento da doença 100% dos participantes, mas a maioria não soube responder devidamente como o câncer ocorre. Quando questionados sobre se a doença causava dor, mais da metade dos participantes afirmou ser indolor, 70%. A pergunta de numero 5 questionava quais os sintomas que teriam a ver com câncer bucal, 35% assinalou dificuldade de engolir. Na seguinte pergunta, referia-se a qual o principal fator de risco, quando sozinho associado a câncer bucal, 81% dos entrevistados optou pela alternativa fumo. A ultima pergunta da tabela 1 foi, qual a associação entre fatores de risco que aumenta as chances de ter câncer bucal, 74% dos participantes assinalaram a alternativa fumo e álcool.

Quando questionados se fumar é prejudicial à saúde, obtivemos o resultado de 100% das respostas como sim. Já na questão que se referia a se fumar perto de outras pessoas era prejudicial, não obtivemos o mesmo sucesso de respostas, algumas afirmaram que não há problema em fumar perto de outras pessoas.

Na Tabela 2 foram analisados os dados referentes à qual a incidência maior em tipos de pele mais atingidos pelo câncer, alimentos preventivos, faixa etária, conhecimento do auto-exame e prevenção, onde também se obteve respostas mistas.

A pergunta de numero 11 questionava qual a cor da pele que o câncer tinha o aparecimento mais freqüente 44% dos entrevistados responderam todas as alternativas: pele muito clara, pele clara e pele escura. Quando questionados sobre quais alimentos poderiam ajudar na prevenção do câncer 79% das pessoas entrevistadas assinalaram a resposta frutas e vegetais.

Mais da metade dos entrevistados afirmaram que o câncer bucal surge com maior frequência em homens 80%. Sobre incidência no Brasil obtivemos dois resultados iguais para: 11 por cem mil habitantes entre os homens e 4 por cem mil habitantes entre as mulheres e 300 por cem mil habitantes entre homens e 700 por cem mil habitantes em mulheres essa duas respostas com 29% em suas respostas.

Sobre a faixa etária 65% responderam que surge com maior frequência entre 30 a 40 anos de idade.

Na pergunta de numero 17, referia se o entrevistado tinha o conhecimento sobre o autoexame de boca, 68% das pessoas afirmaram ter o conhecimento, mas quando questionados sobre o que é necessário para fazer o exame 47% responderam que somente era necessário um espelho e um ambiente bem iluminado, na seguinte pergunta 87% relataram que se percebessem alguma alteração em sua boca a mais de 15 dias procuraria um medico ou um cirurgião dentista.

Para 44% das pessoas prevenirem o câncer necessita de cuidados como: não fumar, não beber, proteger-se do sol e ter uma alimentação saudável, dessas 93% afirmou que o câncer tem cura, mas é preciso estar atento para fazer acompanhamento e 42 % disse que o método mais empregado para o câncer é a cirurgia.

Os entrevistados nunca tiram câncer bucal.

Tabela 1. Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) sobre conhecimento acerca do câncer bucal.

Variáveis	N	%
O câncer de boca é doença		
Não é doença	2	4
É uma doença, mas não é transmitido de uma pessoa para outra	48	86
É uma doença e pode ser transmitido de uma pessoa para outra	6	10
O câncer ocorre devido:		
Crescimento desordenado das células	14	25
Morte das células	20	35
Aumento volumétrico das células	11	19
Ataque de anticorpos contra corpos estranhos	5	9
Penetração de vírus nas células	7	12
No início, o câncer de boca dói ou não dói		

Dói muito	17	30
Não dói	40	70
Sintomas câncer de boca		
Dificuldade de falar	7	12
Dificuldade de mastigar	16	28
Dificuldade de engolir	20	35
Emagrecimento rápido	6	11
Todas as anteriores	8	14
Nenhuma das anteriores	-	0
Fatores de risco para câncer bucal		
Álcool	5	9
Fumo	46	81
Herança Genética	4	7
Exposição solar	1	2
Vírus	1	2
Associação dos fatores de risco		
Não existe associação	-	0
Fumo e exposição solar	9	16
Exposição solar e álcool	3	5
Fumo e álcool	42	74
Vírus e fumo	2	3
Álcool e vírus	1	2

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 2: Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) sobre conhecimento acerca de fatores predisponente, autoexame, prevalência e medidas preventivas para o câncer bucal

	N	%
Tipo de pele que influencia no aparecimento de câncer		
Pele muito clara	4	7
Pele clara	23	40
Pele escura	5	9
Qualquer uma das anteriores	25	44
Tipos de alimentos que ajudam na prevenção		
Nenhum	12	21
Frutas e vegetais	45	79

Carne vermelha	-	0
Pães e massas	-	0
Gordura	-	0
O Câncer ocorre com maior frequência		
Homens	46	80
Mulheres	14	20
Incidência do câncer bucal no Brasil		
11 por cem mil habitantes (homens) e 4 por cem mil nas mulheres	21	37
4 por cem mil habitantes entre os homens e 11 por cem mil habitantes entre as mulheres	15	29
700 por cem mil habitantes entre os homens e 300 por cem mil habitantes entre as mulheres	5	9
300 por cem mil habitantes entre os homens e 700 por cem mil habitantes entre as mulheres	15	29
Faixa etária ocorrência de câncer bucal		
Abaixo dos 20 anos	1	2
20-30 anos	6	10
30-40 anos	37	65
40-60 anos	13	23
60 anos	-	0
Conhecimento acerca do autoexame de boca		
Sim	39	68
Não	18	32
O que é necessário para realização do autoexame de boca		
Algum instrumento de dentista	13	24
Somente espelho e um ambiente bem iluminado	27	47
Ter alguém para ajudar	15	26
Se você percebesse uma alteração há mais de 15 dias em sua boca, o que você faria		
Não me preocuparia com isso	1	2
Aplicaria algum medicamento por conta própria	-	0
Aguardaria mais tempo para ver se desaparece	9	16
Iria a benzedeira	-	0
Procuraria um médico ou dentista	47	82
O que é preciso para prevenir câncer bucal		
Ter uma alimentação saudável	5	9
Não fumar	18	31

Não beber	7	12
Proteger-se contra o sol	2	4
Todas as anteriores	25	44
Nenhuma das anteriores	-	0
O câncer bucal tem cura		
Não tem cura, vou sofrer sempre	1	2
Tem cura, mas preciso estar atento e fazer acompanhamento	53	93
Tem cura e posso esquecer este problema para sempre	3	5
Métodos empregados para tratamento do câncer		
Cirurgia	24	42
Radioterapia	17	27
Quimioterapia	13	23
Psiquiatria	-	0
Todas acima	3	5
Nenhum	-	0

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 2 foram analisados os dados referentes a qual a incidência maior em tipos de pele mais atingidos pelo câncer, alimentos preventivos, faixa etária, conhecimento do auto exame e prevenção, onde também se obteve respostas mistas.

Por fim, quando questionados com relação a sua situação atual e experiência previa com relação ao câncer bucal, todos os participantes afirmaram que nunca tiveram câncer de boca.

6 DISCUSSÃO

O questionário para de coleta de dados foi retirado do trabalho desenvolvido por Rodrigues (2011) e não teve adaptação ou modificação. De acordo com os resultados obtidos, percebeu-se que 100% dos entrevistados tem conhecimento da existência do câncer de boca, isto comprova que o mesmo não é um fator desconhecido na boa parte da população, no entanto, ainda exhibe altas taxas de incidência. A epidemiologia do câncer da boca é assunto bem documentado na literatura, e as diferenças regionais de incidência ao redor do mundo parecem estar relacionadas aos dois principais fatores de risco: tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas. Neste quesito, a maioria dos

entrevistados demonstrou conhecimento acerca da associação destes dois agentes etiológicos. É importante salientar, no entanto, que o câncer de boca possui etiologia multifatorial, não havendo um fator causador isolado, podendo decorrer da interação entre fatores endógenos, como, a desnutrição geral e mesmo a predisposição genética, e os fatores exógenos, anemia por deficiência de ferro, infecções da cavidade oral, como o Papiloma vírus Humano (HPV), fatores ambientais como os raios solares e os fatores comportamentais como o fumo e o álcool, cuja associação pode resultar na iniciação e promoção neoplásica (Barbosa et al 2010.; Carvalho et al., 2012; Lombardo et al., 2014).

A incidência mundial estimada, por ano, é de aproximadamente 275 mil casos para o câncer da boca e 130 mil de câncer de faringe, sendo dois terços destes em países em desenvolvimento. No Brasil, o câncer da boca apresentou estimativas de, aproximadamente, 15 mil novos casos em 2010 e, dependendo da unidade da federação analisada, a doença chega a ser a quinta colocada dentre as neoplasias malignas de maior incidência em homens (Borges et al., 2008). Muito embora existam descrições de que as malignidades da boca estariam ocorrendo em populações mais jovens e de que poderiam estar associadas a outros fatores de risco, a realidade epidemiológica aponta em sua maioria um doente acima de 40 anos de idade, do sexo masculino e de baixo estrato socioeconômico e educacional (Torres-Pereira et al., 2012; Andreotti et al., 2006). Os determinantes socioeconômicos, em estudos mais recentes, vêm aparecendo como um fator com associação relevante ao aparecimento de novos casos de câncer da boca (Andreotti et al., 2006).

As tabelas 1 e 2 demonstram o conhecimento dos usuários do SUS com relação ao tema. Nesse sentido, percebe-se que, apesar de a maioria dos entrevistados responderem as questões corretamente, alguns pontos são importantes de salientar. Chama atenção, por exemplo, o fato de praticamente 25% classificarem o câncer de boca como “não é doença”. Apenas 20% da amostra deste estudo tem ciência dos fatores que ocasionam tal patologia, sendo um índice baixo, o que comprova a falta de conhecimento sobre o assunto.

Outro fator importante são os sintomas da doença, sendo que, em média, 30% conhecem ou percebem alguma diferença significativa, ou desconforto na cavidade

bucal que pode ser o índice desta patologia. Afirmaram que o câncer nos lábios tem maior incidência pela exposição prolongada à luz solar, e 46% dos entrevistados afirmam que o fumo associado ao álcool são um dos principais fatores que causam câncer de boca. Esses dados estão de acordo com o citado por Oliveira et al (2013), que afirmaram que a falta de conhecimento e a ocorrência de câncer bucal tem, entre si, grande relação. Estudos relacionam a associação entre o câncer de boca e a pobreza, onde os indicadores de mortalidade e morbidade são ruins nas áreas de baixo nível socioeconômico (Oliveira et al., 2013). Borges et al (2008), Oliveira et al (2013), destacam que as características culturais do povo, o nível socioeconômico da sociedade e o grau de acesso ao tratamento e tecnologia nos serviços públicos de saúde determinam a variação da incidência do câncer de boca no mundo. Em países desenvolvidos, o câncer de boca apresenta taxas de incidência e mortalidade menores quando comparados aos países em desenvolvimento (Torres-Pereira et al., 2012).

Em geral, apesar de a população relatar conhecer o câncer de boca, sua prevenção ainda é desconhecida. A questão do atraso no diagnóstico e no tratamento do câncer é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade deste, já que sua ocorrência é importante na disseminação da doença, podendo levar à necessidade de abordagens terapêuticas mais radicais (Torres – Pereira et al., 2012). Uma parcela considerável da amostra deste estudo não soube responder corretamente acerca da questão da realização do auto-exame de boca e, aliado a isso, parte da amostra aguardaria lesões com mais de 15 dias de duração desaparecerem por conta. Nesse contexto, o atraso de diagnóstico é definido como o período desde o aparecimento de sintomas até o diagnóstico final (Andreotti et al., 2006; Marchioni et al., 2007). Contudo, um número considerável de pacientes é diagnosticado quando a doença já se encontra em estágios avançados. Sabe-se que o atraso pode ser gerado por questões inerentes aos profissionais ou pacientes (Torres – Pereira et al. 2012). A duração do atraso do paciente varia na literatura desde menos de um mês até mais de sete anos (Marchioni et al., 2007; Barbosa et al. 2010). Poucos estudos enfocaram nos fatores relacionados ao profissional (Marchioni et al., 2007; Carvalho et al. 2012; Bulgareli et al., 2013).

Alguns participantes da amostra relataram a figura do médico para tratamento de lesões bucais. Esses dados concordam com Santos et al (2010), que ao realizarem um estudo em Alagoas citaram que os pacientes procuraram mais o médico que o dentista quando apresentaram uma lesão na boca.

A amostra deste estudo demonstrou desconhecimento acerca do número de casos de câncer de boca. Assim, fica evidente a necessidade de fortalecimento de políticas públicas para sensibilizar a população quanto à prevenção dessa doença e a necessidade de incorporar hábitos saudáveis, além do diagnóstico precoce. Nesse quesito, os entrevistados demonstram conhecimento ao afirmar que o câncer de boca tem cura, mas é preciso estar atento e fazer acompanhamento.

Ainda com relação ao tratamento do câncer, a amostra deste estudo ficou dividida entre a alternativa cirurgia, quimioterapia e radioterapia, demonstrando novamente faltam de conhecimento sobre o assunto, uma vez que procedimentos cirúrgicos são necessários nos casos de tumores mais avançados, com ressecção de partes moles, ossos da face e algumas vezes da pele, necessitando de fechamento com retalhos locais, regionais ou à distância, microcirúrgicos ou não (Borges et al. 2008). O câncer está certamente entre as maiores causas de morte em todos os países do mundo. Há muitos anos, pesquisas buscam tratamentos eficazes para esta patologia. O único consenso é que todas as formas de tratamento funcionam melhor, ou mesmo só funcionam, quando a neoplasia é diagnosticada precocemente (Oliveira et al. 2013; Souza et al., 2007).

A questão do conhecimento acerca de câncer de boca vem sendo discutida há algum tempo já, sendo considerado um dos maiores desafios das Universidades a transposição do conhecimento científico produzido entre seus muros para a população em geral. (ALMEIDA et al., 2011).

Após a análise dos resultados deste trabalho, é possível concordar com Pereira et al (2012), que o câncer bucal é um problema de saúde pública e deve ser considerada sua importância, promovendo-se uma política preventiva eficaz, podendo contribuir para a redução das conseqüências causadas pelos fatores de riscos se a população tiver consciência da gravidade da doença permitindo assim mudança de hábitos favorecendo o decréscimo do índice de câncer bucal. Neste contexto, os

profissionais da odontologia têm papel importante de prevenção, diagnóstico precoce e conduta clínica dos pacientes com problemas bucais, com parceria de médicos, nutricionistas e outros profissionais. Nesse sentido, pode-se citar a experiência do município de Marília (SP), que após desenvolver estratégias com participação das equipes de saúde conseguiu ampliar os exames bucais realizados preventivamente na população de 21% em 2006 para 62% em 2011, permitindo que as lesões de câncer bucal sejam diagnosticadas e tratadas precocemente sob a ótica de um prognóstico mais favorável (BULGARELI et al., 2013). Isso foi também reafirmado por Lombardo et al. (2014) que objetivaram verificar, na percepção dos cirurgiões-dentistas atuantes e Atenção Primária em Saúde (APS) em Porto Alegre (RS), quais as possíveis razões que justifiquem o atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de atenção em saúde de maior complexidade, sugerindo que os seguintes fatores estão associados ao atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de atenção em saúde de maior complexidade: falha na identificação precoce, ausência de trabalho multidisciplinar, desvalorização da necessidade de corresponsabilização pela própria saúde por parte da comunidade e a deficiência da rede de atenção no que tange a qualidade da comunicação entre profissionais de diferentes níveis de atenção.

Desta forma este estudo possibilitou constatar que a maioria dos tumores bucais poderia ser evitada, se o assunto ainda não fosse tão desconhecido. Pela amostragem realizada, percebeu-se que no Município de Mato Castelhano existe uma preocupação com relação à saúde da população, em especial a saúde bucal. Diversos programas e campanhas estão em andamento, os agentes realizadores das ações estão envolvidos e comprometidos, sendo que os profissionais da odontologia têm papel importante de prevenção, diagnóstico precoce e conduta clínica dos pacientes com problemas bucais, com parceria de médicos, nutricionistas e outros profissionais. Outro fator fundamental é a busca de parcerias estaduais e nacionais no sentido de trazer recursos e programas que agregam na sustentação financeira havendo maior possibilidade de êxito nas ações propostas.

7 CONCLUSÃO

O conhecimento sobre o câncer de boca mostrou-se um tanto quanto despercebido a população de Mato Castelhano – RS quanto ao reconhecimento de alguns fatores de risco, características, prevalência, faixa etária e incidência. Esses achados sugerem a necessidade de pensar em estratégias que promovam melhorias referentes ao conhecimento dos usuários da UBS do município;

Há uma carência em relação a orientações aos pacientes freqüentadores da UBS, apesar de atendimento preventivo contínuo, na área médica e odontológica. Todas as pessoas que responderam o questionário sabiam da existência da doença, porém, não sabiam as conseqüências, prevenção e sua ocorrência;

É de competência dos profissionais dentistas a conscientização da população local com relação à prevenção, ao contato com fatores de risco e as conseqüências os mesmos provocam, o autoexame e a consulta odontológica periódica permite controle e diagnóstico precoce, sendo uma rotina no Posto de Saúde do Município.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. C.; et al. Popularização do autoexame da boca: um exemplo de educação não formal - Parte II. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1589-1598, 2011.

AMAR, A.; et al. A densidade do linfonodo metastático como fator prognóstico no carcinoma espinocelular da língua e soalho bucal. *BrazilianJournalofOtorhinolaryngology* 78 (3) Maio/Junho 2012.

AMAR, A.; et al. Significado prognóstico do número de linfonodos no esvaziamento cervical eletivo no câncer de língua e soalho de boca. *BrazilianJournalofOtorhinolaryngology* 78 (2) Março/Abril 2012.

ANDREOTTI, M.; et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(3):543-552, mar, 2006.

BARBOSA, Aline M. et al. Conhecimentos e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1113-1122, 2010.

BORGES, F. T.; et al. Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(9):1977-1982, set, 2008.

BULGARELI, J. V.; et al. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12):3461-3473, 2013.

CARVALHO, Sérgio Henrique G. et al. Levantamento Epidemiológico dos Casos de Câncer de Boca em um Hospital de Referência em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *PesqBrasOdontopedClinIntegr*, João Pessoa, 12(1):47-51, jan./mar., 2012.

CARVALHO, E.C.; et al. Exame da cavidade bucal de pacientes com câncer: avaliação clínica e dosagem indireta de óxido nítrico. *RevEscEnferm USP* 2013; 47(1):101-6 www.ee.usp.br/reeusp.

CHEDID, Helma M.; FRANZI, Sergio A. Avaliação da sobrevida livre de doença de pacientes com recidiva loco-regional de carcinoma epidermóide de cavidade bucal e orofaringe submetidos a tratamento de resgate. *RevAssocMedBras* 2008; 54(2): 127-31.

FERREIRA, M. F.; et al., Desigualdade social no adoecimento e morte por câncer de boca e orofaríngeo no Município de São Paulo, Brasil: 1997 a 2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(9):1663-1673, set, 2012.

FRANCISCO, J. F.; et al. Carcinoma apócrino na glândula parótida e na região

Submandibular. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 71 (2)PARTE 1 MARÇO/ABRIL 2005.

GALBIATTI, A. L. S.; et al. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. BrazilianJournalofOtorhinolaryngology 79 (2) Março/Abril 2013.

GIRARDI, Fábio M.; ZANELLA, Virgílio G.; KROEF, Ricardo G. Correlação entre dados clínico-patológicos e margens cirúrgicas em pacientes com carcinoma epidermoide da cavidade oral. BrazilianJournalofOtorhinolaryngology 79 (2) Março/Abril 2013.

INCA, Instituto Nacional do Câncer (Brasil). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2012.

KOHLER, Hugo F.; KOWALSKI, Luiz P. O impacto do nível da metástase cervical no prognóstico dos pacientes com carcinoma epidermoide de cavidade oral. BrazilianJournalofOtorhinolaryngology 78 (6) Novembro/Dezembro 2012.

LOMBARDO, E. M.; et al. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. Ciência & Saúde Coletiva, 19(4):1223-1232, 2014.

LÚCIO, P. S. C.; et al. Miofibroblastos e sua relação com o carcinoma de células escamosas oral. BrazilianJournalofOtorhinolaryngology 79 (1) Janeiro/Fevereiro 2013.

MARCHIONI, D. M. L.; et al. Fatores dietéticos e câncer oral: estudo caso-controle na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):553-564, mar, 2007.

MONTORO, J. R. M.; et al. Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular de cavidade oral. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 74 (6) Novembro/Dezembro2008.

MORAES, E. F.; et al. Manifestações orais decorrentes da quimioterapia em crianças portadoras de leucemia linfocítica aguda. Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80(1):78-85.

NOGUEIRA, L. T.; et al. Confiabilidade e validade das Declarações de Óbito por câncer de boca no Município de Teresina, Piauí, Brasil, no período de 2004 e 2005, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(2):366-374, fev, 2009.

OLIVEIRA, JMB et al. Câncer de boca: avaliação do conhecimento de acadêmicos de odontologia e enfermagem quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico. Rev. Bras. de Cancerologia. 2013; 59(2). [Rio Grande do Norte]. p.211-218.

PARIZZI, A. C. G.; et al. Comparação entre a concentração de mastócitos em carcinomas espinocelulares da pele e da cavidade oral. AnBrasDermatol. 2010;85(6):811-8.

PASCOAL, M. N.; et al. A mandibulectomia marginal no tratamento dos tumores de loja amigdalina e região retromolar. *Revista brasileira de otorrinolaringologia* 73 (2) março/abril 2007.

PEREIRA, C. C. T; et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28 Sup:S30-S39, 2012.

PIVA, M. R.; et al. Papiloma invertido (Papiloma Schneideriano) com envolvimento da cavidade oral: relato de caso incomum. *AnBrasDermatol.* 2011;86(4):779-83.

QUINTERO, K.; et al. Genótipos de vírus de papiloma humano em carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço na Colômbia. *BrazilianJournalofOtorhinolaryngology* 79 (3) Maio/Junho 2013.

RAMOS, G. A.; et al. Fístulas orocutâneas após cirurgia de câncer da cavidade oral: fatores de risco. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2010; 37(2): 086-091.

REZENDE, C. P.; et al. Alterações da saúde bucal em portadores de câncer da boca e orofaringe. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 74 (4) Julho/Agosto2008.

RODRIGUES, M.A.B. Elaboração, padronização e aplicação de questionário para avaliação de conhecimentos sobre câncer bucal validade pela teoria da resposta ao item. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social). Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Araçatuba – SP. 2011

SANTOS, Luiz Carlos S.; BATISTA, Olivio M.; CANGUSSU, Maria Cristina, T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. *BrazilianJournalofOtorhinolaryngology* 76 (4) Julho/Agosto 2010.

SOUZA, L. P.; et al. Expressão da laminina na membrana basal em carcinoma escamocelular oral. *Revista brasileira de otorrinolaringologia* 73 (6) novembro/dezembro 2007.

TORRES-PEREIRA CC, et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2012; 28. p.s30-s39.