

**JOSÉ CADMO WANDERLEY PEREGRINO DE ARAÚJO FILHO**

**NÍVEL DE INFORMAÇÃO E COMPORTAMENTO PREVENTIVO DOS USUÁRIOS  
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PATOS-PB  
FRENTE AO CÂNCER BUCAL**

**João Pessoa**

**2009**

**JOSÉ CADMO WANDERLEY PEREGRINO DE ARAÚJO FILHO**

**NÍVEL DE INFORMAÇÃO E COMPORTAMENTO PREVENTIVO DOS USUÁRIOS  
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PATOS-PB  
FRENTE AO CÂNCER BUCAL**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Odontologia, Mestrado em  
Diagnóstico Bucal do Centro de Ciências da  
Saúde da Universidade Federal da Paraíba.**

**Orientadora: DRA. FRANCINEIDE ALMEIDA PEREIRA MARTINS**

**João Pessoa**

**2009**

FICHA CATALOGRÁFICA  
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Biblioteca Central

A658n ARAÚJO FILHO, José Cadmo Wanderley P. de.  
Nível de Informação e Comportamento Preventivo dos  
Usuários do Programa de Saúde da Família do Município de  
Patos – PB frente ao Câncer Bucal. / José Cadmo Wanderley  
P. de Araújo Filho.- Patos-PB , 2009.  
85 fls. il.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Francineide Almeida Pereira Martins  
Dissertação apresentada ao Programa de Pós -  
Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da  
Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba –  
UFPB.

1 Conhecimento. 2. Epidemiologia. 3. Câncer Bucal  
I. Título II. Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

BC

CDU: 616.314

Francisco das Chagas Leite – Bibliotecário CRB 15/0076

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço:

Primeiramente a Deus, pela saúde e perseverança que me proporciona para buscar e agarrar as oportunidades que surgem na vida, as quais tento aproveitar da melhor forma possível;

Aos meus pais pelo incentivo e apoio incondicional em todas as etapas da minha vida, tornando minha jornada muito mais tranqüila;

Aos meus irmãos pela ajuda e amparo nos momentos em que precisei;

A minha namorada pelo apoio, paciência e por suportar e compreender minhas ausências;

A toda a turma do mestrado pela união e amizade;

A minha Orientadora, Professora Francineide Almeida Pereira Martins que sempre esteve disponível para esclarecer minhas dúvidas e curiosidades, não faltando em momento algum;

Aos demais Professores da pós-graduação que sempre estiveram dispostos a nos passar, seus vastos conhecimentos na área;

A todos os demais funcionários que de alguma forma nos ajudaram a crescer e nos tornar melhores.

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi investigar o nível de informação e comportamento preventivo relacionados ao câncer bucal em usuários do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Patos-PB. Os dados foram coletados através da aplicação de um roteiro de entrevista individual em uma amostra de 383 usuários, destes, 267 são mulheres (69,7%) e 116 homens (30,3%), a idade variou de 18 a 78 anos, com média de 33,36 anos, mais da metade (55,9%) com ensino fundamental completo ou incompleto e 67,4% viviam regularmente com renda familiar de até um salário mínimo. A partir dos dados obtidos, foi realizada uma análise estatística descritiva, levando-se em consideração uma escala numérica estabelecida com variação de pontuação para cada questionamento do roteiro de entrevista. Com base na soma das pontuações, de acordo com cada resposta fornecida pelo usuário, estes foram classificados em níveis: baixo, médio ou alto de informação e de comportamento preventivo. Os resultados apresentados em relação ao nível de informação foram que, 56,4% dos usuários apresentaram nível baixo, 36,3% nível médio e apenas 7,3% foram classificados como nível alto, no entanto, nenhum dos entrevistados (0%) atingiu a pontuação máxima. Quando foi avaliado o nível de comportamento preventivo, 16,6% demonstraram nível baixo, 49,6% nível médio e 23,7% nível alto, em que 52 usuários (13,6%) atingiram a pontuação máxima. A maioria dos usuários demonstrou conhecimento adequado quanto aos fatores de risco para o CB, no entanto, também foi alto o percentual de respostas inadequadas quanto aos fatores que não são considerados de risco. Mais da metade (53,5%) considera o CB contagioso, 278 usuários (72,6%) nunca ouviram falar no auto-exame de boca. Respostas adequadas foram fornecidas sobre como proceder para detectar lesão na própria boca e que não demorariam a buscar o auxílio do profissional de saúde (PS) caso percebessem alterações na sua boca. Diante dos resultados encontrados podemos concluir que os usuários do PSF do município de Patos-PB apresentam nível de informação e comportamento preventivo relacionados ao CB insatisfatórios,

Descritores:

Conhecimento. Epidemiologia. Câncer Bucal.

## ABSTRACT

The aim of this research was to investigate the level of information and preventive behavior of the users assisted in the Basic Health Units (UBS) of Family Health Care Program (PSF) of Patos-PB, regarding oral cancer. The data were collected through the application of a route of individual interview in a sample of 383 users. Of these, 267 are women (69,7%) and 116 men (30,3%), the age varied from 18 to 78 years, with 33,36 year-old average, more of the half (55,9%) with complete or incomplete fundamental teaching and 67,4% lived regularly with family income of until a minimum wage. Starting from the obtained data a descriptive statistical analysis was accomplished, being taken in consideration a numeric scale established with punctuation variation for each question of the interview route. With base in the sum of the punctuations, in agreement with each answer supplied by the user, these were classified in levels: low, medium or high of information and of preventive behavior. The results presented in relation to the level of information they were that 56,4% of the users presented low level, 36,3% medium level and 7,3% were only classified as high level, however, none of the interviewees (0%) it reached the maximum punctuation. When the level of preventive behavior was evaluated, 16,6% demonstrated low level, 49,6% medium level and 23,7% high level, in that 52 users (13,6%) they obtained the maximum punctuation. Most of the users demonstrated appropriate knowledge with relationship to the risk factors for CB, however, it was also loud the percentile of inadequate answers with relationship to the factors that are not considered of risk. More of the half (53,5%) it considers contagious CB, 278 users (72,6%) they never heard to speak in the mouth self-exam. Appropriate answers were supplied on how to proceed to detect lesion in the own mouth and that would not delay to seek for to the professional's of health (PS) aid case noticed alterations in your mouth. According to the found results we can end that the users of PSF of the municipal district of Patos-PB they present the level of information so much, as the preventive behavior related CB unsatisfactory.

Descriptors:

Knowledge. Epidemiology. Oral Cancer.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

	Conteúdo	Pág.
Quadro 1	Escore de variação da pontuação para cada pergunta sobre o nível de informação e comportamento preventivo	53
Quadro 2	Classificação dos pacientes quanto ao nível de informação e comportamento preventivo	53
Tabela 1	Distribuição dos pesquisados segundo a faixa etária, gênero, escolaridade, renda familiar e uso de prótese	57
Tabela 2	Avaliação das questões sobre comportamento preventivo	62
Tabela 3	Pontuação do nível de comportamento preventivo dos usuários sobre o CB	63
Tabela 4	Avaliação das respostas adequadas e inadequadas dos usuários para cada questão de nível de informação sobre o CB	66
Tabela 5	Avaliação dos fatores de risco para o CB citados pelos usuários	67
Tabela 6	Distribuição segundo a pontuação e nível de informação dos usuários sobre o CB	68
Tabela 7	Avaliação do comportamento preventivo segundo o nível de informação dos usuários	69
Tabela 8	Análise bivariada para o comportamento preventivo dos usuários	71
Tabela 9	Análise bivariada para o nível de informação dos usuários	72

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADH	Álcool Desidrogenase
ALDH	Aldeído Desidrogenase
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CB	Câncer de Boca ou Câncer Bucal
CD	Cirurgião-Dentista
CEC	Carcinoma Espinocelular ou Carcinoma Epidermóide
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
ESB	Equipe de Saúde Bucal
EUA	Estados Unidos da América
HPV	Papilomavírus Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PS	Profissional de Saúde
SM	Salário Mínimo
SPSS	<i>Statistical Packege for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
T2, T3, T4	Tamanho do tumor primário (Sistema TNM de Estadiamento para CB)
TU	Tumor
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	09
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	11
2.1 HITÓRICO DO CÂNCER NO BRASIL .....	11
2.2 CÂNCER BUCAL .....	13
2.2.1 Fatores de risco .....	14
2.2.1.1 Tabagismo .....	16
2.2.1.2 Etilismo .....	18
2.2.1.3 Vírus .....	22
2.2.1.4 Radiação solar .....	24
2.2.1.5 Dieta .....	25
2.2.1.6 Outros fatores .....	27
2.2.2 Fatores sócio-econômico-culturais .....	28
2.2.3 Epidemiologia .....	30
2.2.4 Diagnóstico, tratamento e prognóstico .....	33
2.2.5 Prevenção e diagnóstico precoce .....	35
2.3 NÍVEL DE INFORMAÇÃO E COMPORTAMENTO PREVENTIVO SOBRE CÂNCER BUCAL .....	39
2.3.1 Informação .....	39
2.3.2 Comportamento .....	43
3 OBJETIVOS .....	47
3.1 GERAL .....	47
3.2 ESPECÍFICOS .....	47
4 METODOLOGIA .....	48
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	48
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	48
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	49
4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	50
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	50
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	50
4.7 INSTRUMENTOS UTILIZADOS .....	51
4.8 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....	51
4.8.1 Análise estatística .....	54
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	56
7 CONCLUSÕES .....	73
REFERÊNCIAS .....	74
APÊNDICE A (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO) .....	80
APÊNDICE B (ROTEIRO DE ENTREVISTA) .....	82
APÊNDICE C (LISTA DAS UBS) .....	84
ANEXO A (PARECER DO CEP) .....	86

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer no Brasil é um problema de saúde pública, encontra-se entre as duas primeiras causas de óbito na maioria das regiões do país. Seu perfil epidemiológico tem se alterado nos últimos anos projetando um aumento na taxa de mortalidade (SOARES, 2003).

Aproximadamente 10% dos tumores malignos que acometem os seres humanos estão localizados na boca, sendo o câncer bucal (CB) o sexto tipo de câncer mais incidente no mundo. Com exceção do câncer de pele, o CB pode ser considerado o mais comum na região de cabeça e pescoço (38%), predominando no sexo masculino, 75% dos casos diagnosticados atinge a faixa de 60 anos idade e cerca de 95% são carcinomas epidermóides (CEC) (OLIVEIRA, 2006).

A expectativa de novos casos de câncer estimados para 2008/2009, no Brasil, é de mais de 450 mil novos casos, envolvendo todos os tipos de cânceres. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para a Paraíba são esperados 190 novos casos de câncer bucal, sendo que cerca de 60% ocorrerão em homens (BRASIL, 2007b).

No Brasil, a incidência do CB é considerada uma das mais altas do mundo, estando entre os seis tipos de câncer mais comuns que acometem o sexo masculino, e entre os oito tipos mais incidentes no sexo feminino (DEDIVITIS et al., 2003).

Quando as neoplasias malignas não são detectadas precocemente acabam por elevar a taxa de morbimortalidade e diminuir as chances de cura. Muitos dos procedimentos utilizados nos tratamentos seriam desnecessários em uma situação de diagnóstico precoce, evitando mutilações, que apesar de todos os avanços nos procedimentos reabilitadores, atualmente envolvendo equipes interdisciplinares, infelizmente ainda deixam graves seqüelas nos pacientes (CARDOSO et al., 2005; PARAJARA, 1999).

Dados estatísticos são essenciais aos programas de vigilância em saúde pública, pois permitem estimar a magnitude relativa dos problemas de saúde na população, facilitando o estabelecimento de prioridades em ações preventivas e terapêuticas (BRENER et al., 2007).

Sabemos que a mudança de comportamento do paciente em relação aos fatores de risco depende de informação, orientação e aspectos preventivos adquiridos, portanto, o CD deve fazer parte dessa cultura preventiva. O objetivo desta pesquisa é investigar o nível de informação e comportamento preventivo relacionados ao câncer bucal em pacientes do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Patos-PB.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Câncer é uma palavra genérica que serve para designar tumor maligno, neoplasia maligna (SOARES, 2003). Define-se neoplasia como uma massa anormal de tecido cujo crescimento excede e, não está coordenado ao dos tecidos normais, persistindo mesmo cessada a causa que o provocou. Esta capacidade de se dividir de forma autônoma e se libertar dos controles de crescimento é a principal característica das células neoplásicas. Essas células, à medida que crescem, produzem massas que deformam, comprimem ou destroem o órgão do qual se originam (MONTENEGRO, 1992; ROBBINS et al., 1994).

O estudo dos tumores é de fato de suma importância para a odontologia e marca uma fase importante na ciência odontológica, devido ao papel que o cirurgião-dentista representa na diagnose e no tratamento de tais afecções (LEONEL et al., 2002; SHAFER et al., 1985). Esses tumores são considerados uma doença devastadora, tanto para o paciente, como para a família e a sociedade, não só pela doença em si, mas, em especial, pelo tratamento que frequentemente acarreta desfigurações em áreas expostas da face, gerando disfunções permanentes em atividades essenciais para a sobrevivência, como comer, beber e conviver socialmente (MORAIS, 2003).

### 2.1 HISTÓRIO DO CÂNCER NO BRASIL

A preocupação em conhecer a extensão da mortalidade e incidência de câncer no Brasil data de muitos anos. Já no ano de 1904, o trabalho “Frequência do câncer no Brasil”, assinado por Sodré, considerado a primeira manifestação a respeito do assunto no âmbito científico e acadêmico brasileiro, abrangendo o período de 1894 a 1898, procurou relacionar o clima com a maior presença de câncer no extremo sul do país. (BRASIL, 2005).

Nas duas primeiras décadas do século passado enquanto as endemias ocupavam a atenção das políticas de saúde pública no Brasil, o câncer começava a despontar nos países desenvolvidos entre as doenças de maior taxa de mortalidade. Isso determinou, em 1920, no governo Epitácio Pessoa, a inclusão de propostas para uma política anticâncer na legislação sanitária brasileira (BRASIL, 2007b).

Os dados referentes à população do então Distrito Federal subsidiaram o primeiro plano anticâncer brasileiro, apresentado pelo obstetra Fernando Magalhães no Primeiro Congresso Nacional dos Práticos, em setembro de 1922, no contexto das comemorações pelo centenário da independência. Além dos primeiros números, ainda precários, colhidos nas Casas de Misericórdia, Magalhães apontaria de maneira pioneira, a partir da constatação em operários, a relação entre câncer e substâncias como alcatrão, resinas, parafinas, anilinas (BRASIL, 2007b).

Desde então, o câncer começaria a migrar de encargo exclusivo da área médica para um problema de saúde pública. A partir dos anos 20, influenciados por políticas anticâncer positivas nos países desenvolvidos, principalmente França e Alemanha, pesquisadores brasileiros começariam a pensar o câncer como um processo sanitário gerenciado pelo estado. Somente no início da década de 30, vieram os investimentos na construção de um aparato hospitalar para tratamento e estudo do câncer, com a criação do Centro de Cancerologia, no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro, embrião do Instituto Nacional de Câncer (INCA) (BRASIL, 2007b).

Porém, o projeto anticâncer só ganharia caráter nacional com a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC), em setembro de 1941, ao qual caberia a coordenação das ações em estados e municípios. A partir de 1951, as políticas de câncer ganharam visibilidade entre a população, e conseqüentemente entre os legisladores, o que garantiria o suporte orçamentário para a expansão da campanha anticâncer no Brasil (BRASIL, 2007b).

A partir de 1940, publicações referentes a casuísticas hospitalares de câncer surgiram em Belém, Curitiba, João Pessoa, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Ribeirão Preto. As primeiras publicações oficiais de mortalidade por câncer, pelo então Ministério de Educação e Saúde, datam de 1944, contendo dados referentes ao período de 1929 a 1932, das capitais do estado, e constam do Anuário de Bioestatística (BRASIL, 2005).

Na década de 70, a interrupção autoritária das políticas anticâncer resultaria na decadência do INCA e extinção do SNC. Só em 1980, uma ação administrativa inédita, aprimoraria, com agilidade e flexibilidade, o controle de câncer no Brasil (BRASIL, 2007b).

A Constituição Federal de 1988, mudaria significativamente a estrutura sanitária brasileira, destacando-se a caracterização dos serviços e das ações de saúde como de relevância pública. Essa diretriz seria regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080) em 1990, nesse momento o INCA volta a ter papel diferenciado em relação ao câncer, funcionando como agente diretivo na política nacional no controle do câncer no Brasil (BRASIL, 2007b).

## 2.2 CÂNCER BUCAL

O câncer bucal é uma denominação que inclui várias localizações primárias do tumor. Portanto, o estudo da epidemiologia do CB deve englobar, de maneira conjunta, suas diferentes estruturas anatômicas, uma vez que os cânceres de lábio, cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho de boca) e orofaringe (úvula, palato mole e base de língua) apresentam os mesmos fatores de risco e, conseqüentemente, são sujeitos às mesmas ações preventivas, além da probabilidade de tumores múltiplos e a expansão tumoral entre as partes contíguas da boca (BRASIL, 2002).

Na cavidade oral, excetuando-se os lábios, com alta incidência de tumores malignos, a língua e o assoalho bucal são as localizações preferenciais de ocorrência do câncer bucal, sendo o carcinoma epidermóide o tipo histológico mais freqüente (OLIVEIRA, 2006, BRASIL, 2002).

Além desses aspectos, o conhecimento anatômico da boca é necessário para que se proceda adequadamente o seu exame e à busca de alterações, que por vezes, são de localização preferencial (BRASIL, 2002)

É de fundamental importância a diferenciação da região de orofaringe, que inclui palato mole, base da língua, região tonsilar, da faringe posterior, onde as características clínicas, o prognóstico da lesão e a sensibilidade à radioterapia são distintos (OLIVEIRA, 2006).

Parajara (1999) e Sartori (2006) consideram anatomicamente o CB como alteração maligna do lábio, da língua, da gengiva, da mucosa jugal, do assoalho da boca, do palato duro, do palato mole, da área retromolar ou de qualquer outra área não específica da boca ou dos maxilares.

### **2.2.1 Fatores de risco**

Os fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair ou desenvolver determinada doença são conhecidos como fatores de risco. Na epidemiologia, fator de risco se refere á probabilidade de que indivíduos sem uma determinada doença desenvolvam esta moléstia após a exposição a alguns fatores (BURT, 2005).

Segundo Soares (2003), o termo fator de risco refere-se ao perigo ou à probabilidade de perigo, e pode ser entendido como o fator que possibilita ou é responsável pelo dano.

O câncer bucal é estimulado pela interação de fatores ambientais (carcinogênicos) e fatores do indivíduo (idade, raça, sexo e herança genética). Segundo estudos epidemiológicos, 80 a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Estes incluem o meio ambiente em geral, o ambiente ocupacional, de consumo e o cultural. A união destes diversos fatores, associados ao tempo de exposição, podem representar a gênese dos tumores malignos que acometem a boca (ALQUATI, 2005).

A carcinogênese bucal envolve uma rede complexa de fatores, dependentes de variações individuais em resposta a um potencial conhecido ou desconhecido. Os dois principais fatores de risco relacionados ao CB são: o hábito de fumar e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (GIGLIOTTI et al., 2008).

A etiologia dessa patologia é multifatorial e, apesar de todo avanço tecnológico obtido até o momento, os agentes etiológicos para o câncer ainda são uma incógnita. Dentre os fatores de risco do CB, podem ser citados os extrínsecos – as substâncias químicas (tabaco, álcool), agentes físicos (traumas mecânicos) e biológicos – e os intrínsecos, que corresponde ao estado sistêmico ou geral do indivíduo (NEVILLE et al., 2004).

Os efeitos cumulativos de diferentes agentes seriam os responsáveis pelo início, promoção e desenvolvimento do crescimento tumoral. A carcinogênese seria determinada por esses agentes, em uma dada frequência, período de tempo e interação entre eles. Além disso devem ser consideradas as características individuais, que facilitam ou dificultam a instalação do dano celular, provocados por esses agentes carcinógenos (SOARES, 2003).

Existem consolidadas pela literatura científica, atualmente, cinco fatores de risco para o câncer de boca que são: tabagismo (fumar ou mascar tabaco); etilismo; exposição crônica ao sol; infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) e fatores dietéticos (baixo consumo de frutas e verduras).

### 2.2.1.1 *Tabagismo*

O tabaco é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a maior causa isolada e evitável de doenças e mortes no mundo (SOARES, 2003).

Uma das principais causas de morte prematuras e incapacidades, o tabagismo representa um problema de saúde pública, não somente nos países desenvolvidos, como também em países em desenvolvimento, como o Brasil. O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de morte prematura e limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Entre os tipos de câncer relacionado ao uso do tabaco inclui-se o câncer de boca (BRASIL, 2004b).

Toda forma de tabaco, como cigarro, cachimbo, charuto, rapé, cigarro de palha, fumo de rolo mascado e outras formas são nocivos à saúde. No Brasil a forma de tabaco mais utilizada é o cigarro, sua fumaça possui mais de cinco mil diferentes elementos químicos e alguns desses são comprovadamente carcinógenos (SOARES, 2003).

Em uma revisão de literatura, Prado e Taveira (2003) encontraram alguns estudos sugerindo que a nicotina, maior constituinte do tabaco e responsável por causar sua dependência, atua inibindo a apoptose, sendo considerada um promotor de tumor. Ela tem capacidade de modular os dois maiores responsáveis das cascatas enzimáticas intracelulares, essa modulação resulta na supressão do processo fisiológico da morte celular programada. Seu efeito inibidor da apoptose supostamente é receptor dependente, sendo que alguns antagonista inibem sua ação.

Batista et al. (2008) avaliaram o efeito do uso do cigarro industrializado sobre as células epiteliais da mucosa bucal de adultos jovens através de esfregaços da mucosa jugal saudável, obtidos pela técnica da citologia esfoliativa em meio líquido de 58 indivíduos, sendo 28 fumantes (grupo experimental) com média de idade de 20,8 anos e 30 não-fumantes

(grupo-controle) com idade média de 21 anos, demonstrando não haver diferença estatisticamente significativa para as variáveis estudadas, revelando que o consumo do cigarro industrializado não foi capaz de induzir alterações morfométricas significativas nas células da mucosa bucal de indivíduos jovens. Este fato reforça a hipótese de que há necessidade de um tempo de exposição prolongado para que as modificações celulares ocorram.

O Ministério da Saúde realizou no Brasil em 2002/2003 um inquérito domiciliar sobre o comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) em que foram incluídos 15 capitais e o Distrito Federal e, verificou uma grande disparidade na magnitude do problema em diferentes áreas do país, onde, de uma forma geral as cidades menos populosas e menos industrializadas apresentaram menores prevalências. Os homens apresentaram maiores prevalências em todas as cidades pesquisadas. Na capital paraibana, a prevalência do uso do cigarro foi de 16,7% (BRASIL, 2004b).

Em uma revisão de literatura, em que Brener et al. (2007) analisaram uma série de variáveis em pacientes com CB, encontraram que cerca de 90% dos pacientes com diagnóstico deste tipo de câncer consumiam tabaco sob a forma de cigarro, charuto, cachimbo ou mascado, e ainda, que o risco de desenvolvimento de câncer bucal em fumantes de cigarro industrializado é de 6,3 vezes maior do que em não-fumantes. Este risco aumentaria para sete vezes em consumidores de cigarro de palha e para 14 vezes em usuários de cachimbo. Entretanto, cerca de 4,3% dos portadores de câncer bucal, nunca haviam fumado. Verificaram também que a redução do risco de desenvolvimento do câncer bucal em um nível próximo aos dos que nunca fumaram é percebida dez anos após a interrupção do hábito de fumar.

Muitas evidências indiretas implicam o hábito do fumo do tabaco no desenvolvimento do CB. A proporção de fumantes (80%) entre os pacientes com câncer de boca é duas a três vezes maior que a da população em geral. Além disso, os estudos caso-controle tem mostrado que o fumo de cachimbo e charuto acarreta um risco de câncer bucal

muito maior que o fumo de cigarros, e que o risco relativo (risco de câncer em fumantes comparado ao risco de não-fumantes) para os fumantes de cigarro, depende da dose. É de pelo menos cinco para as pessoas que fumam 40 cigarros dia, e aumenta de acordo com o prolongamento do hábito (NEVILLE et al., 2004).

#### 2.2.1.2 *Etilismo*

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem o seu consumo admitido e incentivado pela sociedade. De acordo com a OMS, a mortalidade e limitação da condição funcional associada ao consumo de bebidas alcoólicas superam aquelas associadas ao tabagismo. Tendo em vista as conseqüências e os gastos públicos e privados decorrentes do uso/abuso ou dependência de álcool, com impacto em condições de saúde, de trabalho e na família, o estudo deste comportamento na população torna-se de extrema importância para a sociedade (BRASIL, 2004b).

O alcoolismo se destaca hoje como um dos mais graves problemas de saúde pública, devido às complicações associadas ao plano somático e psíquico, já que constitui uma síndrome multifatorial com comprometimento físico e mental, além, da profunda repercussão no meio social. Gigliotti et al. (2008) encontrou que mais de dois terços das pessoas em países ocidentais ingerem bebidas alcoólicas além do que apenas ocasionalmente. No Brasil a prevalência de alcoolismo varia entre 7,6 e 9,2%.

As bebidas alcoólicas, independente da quantidade de álcool que possuem, agem diretamente na mucosa bucal, irritando-a através de seus componentes químicos (substâncias aromáticas, alcalóides, hidrocarbonetos policíclicos, entre outros). Porém, quanto maior a concentração alcoólica na bebida, maior o risco de dano celular, portanto, bebedores de

cachaça possuem maior risco de desenvolver câncer que os bebedores de cerveja (SOARES, 2003).

Em uma revisão de literatura a respeito dos principais mecanismos do álcool no desenvolvimento do câncer bucal, Gigliotti et al., (2008) encontraram que o consumo crônico de álcool pode ser associado ao surgimento do câncer de boca em pacientes susceptíveis, seja este hábito, ligado ou não a outros agentes. Entretanto, em sua revisão de literatura, estudos suportam o conceito de que o álcool não atua como um carcinógeno direto, mas sim como um co-carcinógeno ou agente promotor de câncer.

No inquérito domiciliar sobre os comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) que enfatizam questões de frequência de consumo de bebidas alcoólicas e quantidade ingerida, verificando que os maiores percentuais de bebedores atuais (pelo menos uma dose de álcool nos últimos 30 dias) foram encontrados nas regiões Sul e Sudeste e os menores nas regiões Norte e Nordeste, variando de 32,4% em João Pessoa até 58,6% em Florianópolis. As cidades que apresentaram maiores prevalências do consumo de risco (consumo diário de bebidas alcoólicas acima do recomendado) foram Vitória, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte. Já as menores prevalências foram encontradas em Curitiba, Florianópolis e São Paulo (BRASIL, 2004b).

Brener et al. (2007) encontraram que 70% dos pacientes diagnosticados com câncer de boca eram alcoolistas e fazia uso de bebidas destiladas, mais especificamente a cachaça, sugerindo uma participação diferenciada deste tipo de bebida na carcinogênese bucal.

Embora estudos relatem associação entre o tipo de bebida e o risco de câncer, muitos deles não direcionam a atenção para a intensidade e duração do consumo. Isto é particularmente importante, pois as associações registradas podem se tornar confusas, pelo fato de bebidas destiladas provavelmente vir associada a uso mais longo e intenso (GIGLIOTTI et al., 2008).

Carrard et al. (2008) em uma ampla revisão de literatura sobre possíveis mecanismos das bebidas alcoólicas relacionados ao desenvolvimento do câncer bucal, verificaram, segundo vários artigos, uma modificação na permeabilidade da mucosa bucal pela ação direta do álcool, isso parece explicar o sinergismo entre o consumo de álcool e o fumo no surgimento do câncer bucal, uma vez que o consumo de bebidas com concentrações alcoólicas entre 15 e 25% facilitaria a penetração de substâncias, inclusive as carcinogênicas presentes no fumo. Por um mecanismo ainda desconhecido, o álcool impede que as células epiteliais organizem a barreira de permeabilidade, composta principalmente por lipídeos que tem a função de impedir a desidratação e a penetração de agentes externos. Além disso, é provável que o fumo e álcool sobre os outros sistemas tenham uma contribuição considerável.

Outra teoria proposta seria a da degradação enzimática do álcool. Em sua rota de degradação principal, o álcool sofre conversão em acetaldeído pela enzima álcool-desidrogenase (ADH) e, sequencialmente em acetato pela enzima aldeído-desidrogenase (ALDH), este último composto pode ser utilizado em diferentes partes do organismo como fonte de energia. Apesar da mucosa bucal não ser local preferencial para a degradação do álcool, alguma quantidade é absorvida e metabolizada em nível tecidual durante a deglutição, porém, a atividade da enzimática da ALDH é baixa na boca podendo haver acúmulo de acetaldeído, sendo que o acúmulo deste metabólito tóxico pode provocar alterações em diferentes moléculas comprometendo o metabolismo celular (CARRARD et al., 2008).

Gigliotti et al. (2008) encontraram que o acetaldeído, considerado mutagênico e carcinogênico, exerce efeitos diretos sobre a mucosa gastrointestinal e respiratória alta aumentando a permeabilidade, permitindo a passagem de outros carcinógenos ou então penetrando nas células epiteliais e causando alterações do DNA.

O fígado é o principal órgão de metabolismo do álcool, sendo ele um dos mais prejudicados pelo seu consumo. Nos casos em que o fígado está incapacitado de metabolizar

adequadamente o álcool e depurar as toxinas, estas se estabelecem no sangue, podendo afetar tecidos à distância, inclusive a mucosa bucal (CARRARD et al., 2008).

O álcool também causa diminuição no número e na função das células T e “*natural killer*”, e segundo os trabalhos encontrados por Carrard et al (2008), essa alteração nas células de defesa poderiam explicar o pobre prognóstico observado em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço que consomem habitualmente álcool, somando-se a isto, o alto valor calórico do álcool faz com que o alcoolista se alimente mal, potencializando ainda mais o estado de imunossupressão. A deficiência nutricional também estaria associada a alterações na mucosa do trato intestinal, resultando na diminuição da absorção de nutrientes.

Inúmeras outras teorias, de acordo com o levantamento de Carrard et al. (2008), são utilizadas na tentativa de explicar a associação do álcool com mecanismos de desenvolvimento do câncer bucal, tais como: metabolismo da vitamina A; acúmulo de radicais livres que poderiam reagir com proteínas, lipídeos ou mesmo com o DNA, provocando alterações celulares e, alterações das glândulas salivares, com efeitos indiretos na mucosa bucal.

O álcool é um dos principais fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do câncer bucal, entretanto, apesar de o consumo de álcool poder influenciar a mucosa bucal por meio de diferentes mecanismos, ainda não está claro na literatura até que ponto o álcool isoladamente pode ser responsável pelo desenvolvimento do CB (CARRARD et al., 2008).

Gigliotti et al., (2008) verificaram em sua revisão que existe uma forte associação do tabaco e do álcool como causas bem conhecidas para o desenvolvimento do câncer bucal, além disso, o risco de câncer de boca cresce muito com o consumo de mais de 20 cigarros por dia e um consumo de álcool maior que 50g por dia.

Mesmo que uma possível explicação para o aumento do risco de desenvolvimento de carcinomas espinocelulares de boca em indivíduos expostos ao álcool e ao tabaco seja dada

pelos estudos de permeabilidade, ainda há dúvidas sobre quanto cada um dos possíveis mecanismos envolvidos pode contribuir (CARRARD et al., 2008).

Quando pesquisou em sua revisão de literatura a associação do tabaco e álcool no desenvolvimento do câncer bucal, Brener et al. (2007) verificaram que 92,2% eram fumantes e 81,2% alcoolistas, e que o efeito simultâneo desses agentes, segundo um dos estudos, pode aumentar em até 100 vezes o risco de desenvolver o CB.

Santos et al. (2008) relataram um caso clínico incomum de câncer bucal em pacientes jovens, neste caso um paciente de 34 anos de idade diagnosticado com CEC em língua, que fazia uso contínuo de álcool e fumo durante 20 anos, enfatizando a relação entre o consumo concomitante de fumo e álcool por longo período, no desenvolvimento do CB.

De acordo com Soares (2003) o aumento do risco de desenvolvimento do câncer bucal depende principalmente da intensidade, quantidade, qualidade e duração do vício do tabagismo e/ou do etilismo, portanto maior é o risco quanto maior for o número de doses de bebidas e cigarros consumidos.

#### 2.2.1.3 *Vírus*

O Papilomavírus Humano (HPV) é um vírus epiteliotrófico, capaz de infectar a pele e mucosa em vários sítios corporais e, até o momento, já foram identificados 85 tipos totalmente seqüenciados. No epitélio do trato genital masculino e feminino, a associação entre o câncer e infecção pelo HPV já é bem conhecida. Na mucosa bucal, entretanto, é ainda controversa com alguns estudos demonstrando a correlação da carcinogênese com a presença viral (MILLER, JOHNSTONE, 2001).

Soares et al. (2002) investigaram a prevalência do Papilomavírus Humano (HPV 6/11 e 16/18) em 30 biópsias de mucosa bucal de pacientes de ambos os sexos, com idades

entre 35 e 80 anos, que apresentaram clinicamente lesões bucais diagnosticadas como leucoplasias. Os resultados permitiram concluir que a presença dos tipos anogenitais de alto risco (HPV 16/18) encontrados em lesões malignas da mucosa bucal sugere o envolvimento do HPV na transformação maligna celular da mucosa da cavidade bucal.

Estudos recentes permitem considerar o HPV como agente causal do câncer de colo de útero. No entanto, em sua revisão de literatura, Simonato e Miyahara (2007) evidenciaram que ainda se está longe de se estabelecer com precisão o real papel desse vírus no CB. A presença de diversos carcinógenos, atuando simultaneamente, impede conclusões mais precisas e apontam mesmo para uma atuação sinérgica do HPV com outros carcinógenos químicos e físicos, o que de fato potencializaria o desenvolvimento de uma neoplasia maligna.

Rivero e Nunes (2006) investigaram a incidência de infecção pelo HPV em 40 casos de CEC bucal, e encontraram que nenhum dos casos estudados mostrou amplificação viral para HPV, sugerindo, baseado nos resultados encontrados, que esse vírus nem sempre participa do processo de carcinogênese e, que a discrepância dos resultados encontrados na literatura pode ser explicada por diferenças técnicas e metodológicas, ou mesmo, por diferenças étnicas e geográficas que certamente influenciam no processo de carcinogênese.

Souza e Gonçalves (2009) em uma revisão de literatura, concluíram que: 1 – estudos epidemiológicos não demonstram clara relação entre o HPV e o câncer bucal, diante da grande divergência de resultados apresentados; 2 – estudos experimentais “*in vitro*” comprovam a forte relação entre a infecção pelo HPV e a “imortalização” celular e, conseqüentemente, a possível associação com a carcinogênese bucal; 3 – os métodos de detecção do DNA viral em tecido de cavidade bucal devem ser aperfeiçoados, objetivando resultados menos conflitantes.

Segundo Soares (2003) outros tipos de vírus, além do HPV, são associados ao câncer bucal, como o vírus Epstein-Barr, o vírus do herpes tipo 6, o vírus do herpes simples I

e II, o citomegalovírus, o vírus tipo C da hepatite, e linfoma T. Esses agentes biológicos tem sinergismo com o tabagismo, etilismo, radiação solar, dieta, aumentando o risco da neoplasia maligna na região.

#### *2.2.1.4 Radiação Solar*

A exposição contínua ao sol está associada ao câncer do vermelhão do lábio que se desenvolve a partir de uma lesão cancerizável, denominada queilite actínica (BRENER et al., 2007).

O câncer de lábio é mais comum no sexo masculino, na pele branca e no lábio inferior. Abreu et al. (2006) verificaram que a irradiação solar deve ser um fator importante para a etiologia do CEC de lábio, pois além de 22 pacientes, dentre os 31 selecionados em seu trabalho, terem relatado exposição solar, no exame histopatológico do tecido adjacente ao tumor dos pacientes em que não se verificou tal informação, sete apresentaram elastose solar e/ou queilite actínica, alterações estas comprovadamente relacionadas à exposição prolongada ao sol.

Muitos fatores concorrem para a potencialização dos raios solares como agentes causais (cancerígenos) do câncer de pele e na semimucosa (vermelhão) do lábio inferior, devendo ser considerados entre eles: quantidade de pigmentação melânica, sensibilidade da pele e semimucosa, tempo de exposição à luz solar, tipo de radiação, ocupação do indivíduo, localização geográfica (latitude), associação com outros elementos naturais (vento, temperatura, estação do ano), horários de exposição ao sol, comprimento de onda dessas radiações, seu ângulo de incidência e susceptibilidade individual (SOARES, 2003).

### 2.2.1.5 Dieta

O papel da dieta como determinante de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) já está bem estabelecido. A alimentação é considerada como um dos fatores modificáveis mais importantes para o risco de DANT, devendo ser incluídas entre as ações prioritárias de saúde pública (BRASIL, 2004b).

Estudos sobre o papel da dieta alimentar como fator de risco para o câncer bucal são ainda recentes, constituindo um tópico em evolução na oncologia. É importante salientar que existem poucos estudos conclusivos da associação da dieta alimentar com o CB. Muitos componentes da dieta alimentar tem sido relacionados com o processo de desenvolvimento do câncer (SOARES, 2003).

As dietas ricas em saladas contendo legumes e vegetais, tais como, certos vegetais crucíferos como, repolho, brócolis, couve, além de tomates frescos e frutas cítricas, bem como, sucos destas frutas, foram apontados neste estudo como fator protetor contra o câncer de boca e orofaringe. Frutas e vegetais quando consumidos crus, tem um alto teor de micronutrientes, incluindo carotenóides ( $\alpha$  e  $\beta$ -caroteno), vitamina C (agente anti-câncer que inibe a formação de nitrosaminas, aminas e nitratos) e vitamina E (anti-oxidante), selênio, fibras, flavonóides, fenóis e inibidores de proteinase com ação protetora contra o câncer (OLIVEIRA et al.,2008).

Marchioni et al. (2007) em um estudo tipo caso-controle que investigou fatores dietéticos associados ao câncer bucal, no qual participaram 835 indivíduos, verificaram associações inversas para o câncer bucal e o consumo mais elevado de feijão e vegetais crus, além de apresentar tendência significativa para maior proteção quanto maior o consumo. No entanto, associações diretas foram observadas para ovos e batata, apresentando tendência significativa para aumento do risco de acordo com o aumento do consumo e, o consumo do

leite associou-se a maior probabilidade de câncer bucal quando este excedia mais que sete porções semanais.

De acordo com o inquérito domiciliar do Ministério da Saúde que avaliou indicadores como o consumo de alimentos protetores (frutas, verduras e legumes) e alimentos ricos em gordura saturada e colesterol (leite integral, gordura visível na carne e pele de frango), as capitais estudadas na região Nordeste destacaram-se como os maiores percentuais de consumo de alimentos protetores, já na região Sudeste, São Paulo foi a capital com menor prevalência. Quando se avaliou o consumo global de alimentos protetores, cinco vezes ou mais por semana, encontrou-se uma variação de consumo entre 50,9% (em Manaus) e 81,4% (em Natal) (BRASIL, 2004b).

La Vecchia et al. (1991) mostraram que o consumo de peixe oferece proteção contra o câncer bucal e orofaringe. Essa proteção pode ser atribuída à presença de gordura poliinsaturada que promove o crescimento, integridade e regeneração do epitélio, reduzindo a ocorrência de lesões precursoras de câncer. Afirmou ainda, que o consumo de produtos derivados do leite foi fator protetor contra o câncer bucal e de orofaringe devido à presença de cálcio e vitamina A nestes produtos.

Análises sugerem que o consumo regular, praticamente diário, do prato brasileiro de ricos e pobres: arroz e feijão, pode diminuir os riscos associados com o câncer bucal, independente do consumo de álcool, tabaco, do grau de instrução e do local de nascimento. Essa mistura tradicional fornece proteína de bom valor biológico, com a vantagem de aportar fibras dietéticas, carboidratos complexos, terem baixo percentual de gorduras saturadas e não possuir colesterol (MACHIONI et al., 2007).

### 2.2.1.6 *Outros Fatores*

Outros fatores ainda são associados ao desenvolvimento do câncer bucal, porém, ainda não existem evidências científicas suficientes para considerar traumatismos crônicos e hereditariedade como reais fatores de risco. O isolamento de fatores comprovadamente de risco, como o tabagismo e etilismo, tem sido a principal dificuldade dos pesquisadores, além disso, estudos do tipo caso-controle ou longitudinais são escassos e discordantes na maioria dos casos (GOLDENBERG, 2002).

A ação constante e prolongada sobre a mucosa bucal de próteses dentária mal-adaptadas e de dentes fraturados ou restos dentários constituem, ao longo dos anos, causas de lesões hiperplásicas. Esta ação contínua pode funcionar como um co-fator no desenvolvimento do câncer bucal, por favorecer a ação de outros carcinógenos, particularmente, o tabaco e o álcool (BRASIL, 2002).

A produção e desenvolvimento das neoplasias malignas tem início por inúmeros fatores (multifatorial), que coexistem, apresentam associações e se potencializam (sinergismo). Para Soares (2003) é importante salientar que a exposição a determinados fatores de risco e a ocorrência de câncer não são claras, devendo haver maior investigação entre causa e efeito. Entre outros fatores que podem estar associados ao desenvolvimento de câncer estão: fatores ocupacionais, medicamentos, radiações, susceptibilidade genética, doenças sistêmicas e irritação mecânica crônica.

Dentre outros fatores associados à gênese do CB, a sensibilidade genética, é sem dúvida, um dos mais importantes. A sensibilidade a diversos agentes mutagênicos aos quais a mucosa bucal é exposta, reflexo da deficiência do hospedeiro em reparar o seu DNA danificado, é o mecanismo de indução-promoção da carcinogênese mais freqüente. Outros mecanismos citados são: alterações da capacidade de metabolizar carcinógenos; alterações na

estabilidade do genoma; ativação somática de proto-oncogenes; e os processos de inativação de genes supressores (BRASIL, 2002).

Segundo Soares (2003) a utilização prolongada de bebidas de temperatura muito alta ou muito baixa, ácidas, condimentadas, salgadas, com conservantes, ricas em corantes, com alto teor de gorduras saturadas, de composição química irritativa, tem maior propensão a desenvolver alterações na mucosa bucal e trato digestivo, sendo relacionadas ao aumento do risco de câncer.

### **2.2.2 Fatores Sócio-econômico-culturais**

Borges et al. (2009) realizaram uma pesquisa com o objetivo de correlacionar os índices de mortalidade por câncer bucal nas capitais brasileiras com indicadores sócio-econômicos por meio de um estudo do tipo ecológico, encontraram correlações estatisticamente significantes entre os indicadores sócio-econômicos selecionados e o índice de mortalidade por CB. Concluíram que um maior desenvolvimento sócio-econômico e o conseqüente aumento da esperança de vida parecem justificar a correlação entre a mortalidade por câncer e altos indicadores sociais. Devendo-se, no entanto, considerar as limitações próprias de um estudo ecológico, além dos sub-registros verificados nas capitais menos desenvolvidas.

Foi realizada na cidade de São Paulo entre 1980 e 1998 uma análise espacial da mortalidade por câncer de boca, através da qual Antunes et al. (2001) verificaram que as maiores taxas de mortalidade estavam presentes nas regiões mais pobres, onde as taxas de analfabetismo, desemprego e moradores por residência eram mais altas, relacionando, portanto, um maior índice de mortalidade por CB nas regiões menos privilegiadas da cidade, reforçando a ligação da doença com a pobreza.

Almeida-Filho et al. (2004) analisaram os padrões de consumo de álcool e a prevalência do consumo de alto risco, e sugeriram que elementos sociais e culturais determinam padrões locais de consumo de bebidas alcoólicas, sendo assim, o alcoolismo foi associado à padrões mais altos de educação, ocupação, renda e sócio-econômico.

Em inquérito domiciliar sobre o comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis feito pelo Ministério da Saúde em 2002/2003, foi observado que o tabagismo foi maior entre o grupo de menor escolaridade (ensino fundamental incompleto), quando comparado com os de maior escolaridade (ensino fundamental completo e mais) em todas as cidades pesquisadas. A associação entre tabaco e pobreza tem sido foco especial de atenção e mobilização da OMS (BRASIL, 2004b).

Em um estudo caso-controle, onde foram analisadas condições sócio-demográficas e dieta como fatores de risco para o câncer de boca e orofaringe, Oliveira et al. (2008) não encontraram diferença estatisticamente significantes quando relacionaram aspectos como sexo, idade ou poder aquisitivo. Entretanto, quando compararam a origem – urbana ou rural – encontraram que pacientes provenientes das áreas urbanas tem maior risco de desenvolver câncer.

Em um estudo realizado no INCA (RJ) em que foram avaliados 1.308 prontuários de pacientes com CB e a relação entre o tamanho do tumor (TU) e características sociais do paciente, Noce e Rabelo (2008) verificaram que 78,7% dos casos ocorreram em homens, a média de idade de acometimento foi de 58,18 anos, quando relacionado ao grau de escolaridade, a maior ocorrência foi o primeiro grau incompleto (61%), seguido por analfabetos (15,2%). Quanto ao tamanho do TU, aqueles classificados como T4 foram os mais frequentes (34,9%), seguidos de T2 (27,4%) e T3 (25,7%). A escolaridade mostrou-se estatisticamente significativa em relação ao tamanho do TU, ou seja, indivíduos com baixa escolaridade apresentaram TU maiores.

Brener et al. (2007) analisaram uma série de variáveis a respeito de pacientes com câncer bucal, encontraram que a lesão foi predominantemente encontrada em feodermas entre 5<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> décadas de vida, estudos revelaram relação positiva entre o câncer bucal e o baixo nível sócio-econômico, já esta mesma relação não pode ser confirmada quando se envolveu o grau de escolaridade e o estadiamento clínico no momento do exame inicial.

O envelhecimento da população brasileira é alvo de preocupação, na última década os pacientes com mais de 60 anos de idade duplicaram com relação à década anterior. Essa mudança mostra o aumento da expectativa de vida, e há uma série de problemas comuns ao idoso, como as doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer (SOARES, 2003).

### **2.2.3 Epidemiologia**

Em 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas em todo o mundo, o câncer foi responsável por cerca de 7,6 milhões, o que representou 13% de todas as mortes. Deste total mais de 70% ocorreram em países de média ou baixa renda (World Health Organization (WHO), 2006). Estima-se que em 2020 o número de casos novos anuais seja da ordem de 15 milhões, sendo que cerca de 60% desses novos casos ocorrerão em países em desenvolvimento. É também conhecido que pelo menos um terço dos novos casos de câncer que ocorrem anualmente no mundo poderia ser prevenido (BRASIL, 2007b).

No Brasil, as estimativas para o biênio 2008/2009, apontam que ocorrerão 466.730 novos casos de câncer, destes são esperados 231.860 novos casos para o sexo masculino, e 234.870 novos casos para o sexo feminino, distribuídos entre os mais variados tipos de cânceres (BRASIL, 2007b).

A estimativa para 2008/2009 é de 14.160 novos casos de câncer bucal, sendo de 10.380 novos casos para o sexo masculino e 3.780 para o sexo feminino. Para o estado da

Paraíba, a estimativa para o mesmo período é de 190 novos casos de câncer, destes, 50 são previstos para a capital paraibana. Na distribuição por sexo, 110 novos casos para os homens e 80 novos casos em mulheres (BRASIL, 2007b).

Nos últimos 20 anos, a incidência do CB teve aumento perceptível estatisticamente no sexo feminino em relação ao sexo masculino. Na década de 60 a incidência do câncer bucal no sexo masculino em relação ao sexo feminino mostrava proporções que variavam de 13:1 a 8:1, na década de setenta a proporção foi de 6:1, porém na década de 90 esta proporção diminuiu para 4:1. Atualmente esta proporção está entre 3:1 a 2,3:1. Isto se deve as alterações sociais, culturais, dieta, vícios e costumes adquiridos pelas mulheres, e também a influencia dos hormônios na saúde bucal, agindo diretamente nos tecidos ou afetando outros órgãos e sistemas com repercussão na mucosa bucal (SOARES, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o câncer bucal e de orofaringe, são as neoplasias de cabeça e pescoço mais freqüentes com cerca de 390 mil novos casos por ano. No Brasil, excluindo-se o câncer de pele, o câncer bucal e de orofaringe representam a quinta incidência entre homens (9,2% dos casos de câncer) e a sétima entre as mulheres (3,6% dos casos), o que corresponde, no total, a 6,7% de todos os casos de câncer, sendo as regiões Sul e Sudeste, as de maior incidência. As taxas de mortalidade, de 1979 a 1998, variaram entre 2,16 a 2,96 para cada 100.000 homens e entre 0,48 a 0,70 para cada 100.000 mulheres e o incremento percentual tende a aumentar em uma taxa anual de 0,72% (MONTORO, et al. 2008).

Losi-Guembarovski et al. (2009) em um estudo em que realizaram uma comparação entre a características clínicas, histológicas e epidemiológicas de 91 pacientes com CB, observaram que a média de idade foi de 58,62 anos, a proporção homem/mulher foi de 6.6:1, a vasta maioria dos pacientes eram tabagistas (93,4%) e 76,9% tinham história de uso abusivo de álcool.

Meireles e Costa (2006) em um trabalho retrospectivo em que foram levantados 903 prontuários de pacientes com CB, verificaram que 64,5% eram do gênero masculino e 34,5% do gênero feminino, numa proporção de 1,8:1, com uma tendência atual ao equilíbrio desta proporção, principalmente quando se constata a mudança de hábitos e costumes das mulheres, as quais estão se expondo com maior frequência aos fatores considerados de risco, como o uso do álcool e fumo e exposição à radiação solar. A faixa etária mais acometida foi dos 61 aos 80 anos de idade (48,3%).

Após a quarta década de vida o risco de câncer bucal aumenta gradativamente, alcançando após a 5ª década de vida o maior risco. De acordo com Soares (2003) foi observado que as neoplasias, assim como outras doenças crônico-degenerativas, estão assumindo importância já na faixa etária do adulto jovem (entre 25 e 35 anos de idade), e que as taxas de CB vem aumentando, nesta faixa etária, em vários países do mundo, inclusive no Brasil.

Pacientes brancos possuem maior incidência de CB quando comparados aos pacientes não brancos. Essa predominância pode chegar a 80% dos casos, com referência ao CEC (SOARES, 2003).

Brenner et al. (2006) em uma revisão de literatura em que estudaram uma série de variáveis com dados epidemiológicos relacionados ao CB, verificaram entre outro dados, que em dados coletados em São Paulo, Curitiba e Goiânia, a raça branca foi a mais acometida pelo CB com 83,2% dos casos, 11,2 em mulatos e 4,2 em negros. Já em pacientes examinados em Belo Horizonte a percentagem foi de 33,5% em negros, 23,7% em brancos e 42,8% em mulatos. Em estudo nos EUA verificou-se que 80,6% eram leucodermas, 18,1% afro-americanos e, 1,3% asiáticos ou hispânicos.

#### **2.2.4 Diagnóstico, tratamento e prognóstico**

Apesar de todos os avanços no diagnóstico e, principalmente na terapêutica, com técnicas cirúrgicas radicais, novas drogas quimioterápicas e radioterapia hiperfracionada e conformacional, o câncer bucal continua com um prognóstico desfavorável, com altas taxas de mortalidade (MONTORO, et al. 2008).

Os registros hospitalares mostram que grande parte dos pacientes chega aos hospitais em fase avançada da doença, necessitando de tratamentos que influam no tempo e na qualidade de vida destes pacientes, caracterizando o câncer bucal como uma doença que causa morte, invalidez e deformidade (MARTINS et al. 2008). Em pesquisa realizada com 340 casos de CB, Oliveira et al. (2006) encontraram, entre outros dados, que embora a maioria dos pacientes tenham procurado cuidados médicos em até seis meses após a suspeita da doença, o tempo médio encontrado foi de até 13 meses, e a taxa de sobrevida global em 5 anos foi de apenas 24%.

O comportamento biológico do carcinoma espinocelular (CEC) de cavidade bucal é incerto, pois há um grande número de tumores que em estágio inicial mostram um comportamento biológico agressivo com metástase regional precoce e morte. Ao contrário, tumores em estágio avançado podem lentamente metastatizar-se, e esses pacientes, depois do tratamento, obtêm longos períodos livres da doença (MONTORO et al. 2008).

De acordo com Soares (2003) embora a cavidade bucal seja facilmente acessível ao exame visual, os cânceres diagnosticados são geralmente com mais de 2cm e mostrando envolvimento de linfonodo regional na maioria dos casos.

Vários fatores devem ser considerados para o tratamento do câncer bucal, como sexo, idade, situação familiar, antecedentes mórbidos, controle dos hábitos e vícios e a saúde geral do paciente, além do tipo histológico da neoplasia, o estadiamento, localização

anatômica, perspectivas de danos anatômicos e funcionais e efetividade dos recursos terapêuticos disponíveis. As modalidades terapêuticas mais utilizadas nas neoplasias malignas de boca são a cirurgia e a radioterapia, utilizadas isoladamente ou em associação (SOARES, 2003).

Existem inúmeros fatores que podem influenciar o prognóstico do câncer, esses fatores podem estar relacionados ao paciente (idade, sexo, raça, condições sócio-econômicas e hábitos, como tabagismo e etilismo), ao tumor (sítio, estágio, espessura do tumor, histopatologia e expressão de certos marcadores moleculares) e ao tratamento (tipo de tratamento, terapia adjuvante) (MONTORO et al. 2008).

Sabe-se que a metástase cervical é o fator mais importante em CEC da cavidade oral, provocando uma redução de até 50% na sobrevida dos pacientes. O grau histológico, as margens de segurança, entre outros fatores, tem papel incerto para o prognóstico. Até o estadiamento TNM (ferramenta usada para indicar o prognóstico), de acordo com alguns estudos, não é capaz de prever o comportamento biológico individual. O grau histológico tem valor prognóstico controverso, existindo, no entanto, alguns trabalhos que mostram que o carcinoma pouco diferenciado é mais propenso a gerar metástase cervical, a ter maior probabilidade de gerar margens comprometidas e associar-se a diminuição da sobrevida (MONTORO et al. 2008).

Em seu estudo, Oliveira et al. (2006) avaliaram o perfil, fatores de risco e a sobrevida de pacientes diagnosticados com CEC e constataram que a taxa de sobrevida global de 5 anos foi de apenas 24%, com menor taxa de sobrevida após a sexta década de vida. Os baixos índices de sobrevida encontrados refletem a necessidade de maior atenção ao câncer nessa população.

Montoro et al. (2008) avaliaram as variáveis relacionadas ao paciente, ao tumor e ao tratamento, que influenciaram no tempo de sobrevida em 45 pacientes com CEC de cavidade

oral e, encontraram que fatores relacionados ao paciente como idade, sexo, tabagismo e etilismo, não foram estatisticamente relevantes quanto à sobrevida destes, já a metástase e as margens, apresentaram significância estatística na sobrevida. Eles ainda encontraram na amostra da pesquisa 39% de sobrevida em 5 anos, índice abaixo dos valores citados na literatura, provavelmente, pelo elevado número de pacientes com linfonodos metastáticos (52,2%) e pela composição da amostra ser basicamente de cânceres de língua e assoalho (82%), reconhecidos como os de maior dificuldade para serem controlados. (MONTORO et al. 2008).

A ação direta do cirurgião-dentista está no acompanhamento do paciente no pré, trans e pós-tratamento oncológico. Qualquer das armas terapêuticas utilizadas para o câncer bucal modifica as estruturas da boca de forma reversível ou irreversível, portanto, quanto mais rápido o CD fizer parte da equipe multiprofissional no atendimento desses pacientes, melhores são as condições de controle dessas (SOARES, 2003).

### **2.2.5 Prevenção e diagnóstico precoce**

O CB continua sendo um câncer com altas taxas de mortalidade e morbidade, entretanto, estas taxas podem ser reduzidas pelo diagnóstico precoce desta doença, nestes casos, existe uma maior chance de sucesso no tratamento. Considerando que o câncer bucal ocorre em uma localização que é de fácil acesso ao exame visual e detecção e, que a sobrevida é estágio-dependente, é difícil compreender porque muitos casos ainda são diagnosticados em estágios tão avançados (ALONG; NARENDRAN, 2003).

Devido ao panorama formado envolvendo toda a problemática do câncer, foi reforçada a necessidade de criação uma política nacional para prevenção e controle do câncer no Brasil, sendo instituída a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)

refere-se, simultaneamente, às questões relativas à incidência e a mortalidade por câncer. Em que a redução na incidência está diretamente associada às medidas de prevenção e de conscientização da população com relação aos fatores de risco do câncer, já a redução da mortalidade depende da capacidade nacional em detectar o câncer, o mais precocemente possível, e tratá-lo adequadamente (KLIGERMAN, 2002).

A prevenção primária dos fatores carcinogênicos (evitar o fumo, por exemplo) deve ser a primeira opção das ações no alvo da saúde pública. No entanto, qualquer programa relacionado ao câncer bucal deve contemplar também a prevenção secundária e o tratamento de quadros clínicos, tanto em estágios iniciais quanto naqueles mais avançados (SARTORI, 2004).

No Brasil a prevenção primária do CB consiste fundamentalmente em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e álcool, num esforço integrado de promoção da saúde que visa à redução de vários outros agravos. O exame visual da boca para a detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos é uma estratégia de prevenção secundária intuitiva e atraente, a partir da qual se espera viabilizar o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e, assim, possibilitar um melhor prognóstico por meio da pronta e efetiva intervenção terapêutica. A lógica do rastreamento em câncer é identificar casos ainda em fase inicial, para os quais, supostamente, as intervenções terapêuticas podem ser benéficas, tanto em termos de sobrevida quanto em qualidade de vida (ANTUNES et al., 2007).

O diagnóstico do câncer bucal é simples e deve ser precoce, pois sua evolução natural é rápida e num estágio avançado não é possível um tratamento, evoluindo para a morte do indivíduo. Além disso, os pacientes apresentam seqüelas estéticas ou funcionais do aparelho estomatognático. Por outro lado, o diagnóstico tardio resulta no aumento dos custos

com o tratamento e prolongado tempo de internação hospitalar do paciente, ocasionando severo impacto no sistema de saúde (KOWALSKI; CARVALHO, 2001).

A abordagem do câncer bucal torna-se complexa, pois, muitas vezes, enfrenta-se o desconhecimento e a falta de recursos dos profissionais de saúde, além de envolver o medo e o preconceito dos pacientes. Essas intercorrências são prejudiciais, atrasando o diagnóstico o tratamento, e piorando o prognóstico (BRENER et al., 2007).

Pesquisando a opinião de cirurgiões-dentistas a respeito da prevenção e detecção precoce do CB através de um questionário contendo 38 itens, envolvendo 158 participantes, Along e Narendran (2003) concluíram, diante das opiniões diversas expressadas a respeito do tema, que os resultados indicam a necessidade de um programa de educação continuada relacionado ao câncer bucal, bem como, aumentar a ênfase em câncer bucal no currículo das escolas de Odontologia.

Os pilares básicos da prevenção do câncer bucal estão: formação adequada sobre oncologia ao aluno de odontologia; manutenção do conhecimento de oncologia bucal ao profissional formado; informação aos pacientes sobre os efeitos perniciosos do tabaco, álcool e outros fatores de risco; educar e estimular o paciente ao auto-exame de boca para a detecção de lesões bucais, principalmente as precursoras das neoplasias malignas e, instruir o paciente a consultar periodicamente o CD para avaliação da saúde bucal (SOARES, 2003).

A mudança de atitude do paciente em relação aos fatores de risco depende da informação orientação e aspectos preventivos adquiridos, portanto, o cirurgião-dentista deve fazer parte dessa cultura preventiva, sendo assim, o CD deve estar atento ao seu papel frente ao câncer bucal, tanto no complexo processo de prevenção como no diagnóstico precoce (SOARES, 2003).

Neste contexto pode-se avaliar o grau de importância da criação e implantação do PSF que desde 1994, quando foi criado, vem trabalhando dentro de uma nova lógica, com

maior capacidade de ação para englobar as necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. No entanto, a ESB só veio fazer parte do PSF em março de 2001, no sentido de promover a ampliação do acesso da população brasileira às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal. A função do PSF é prestar assistência continuada à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território de sua responsabilidade. Na visão deste programa (PSF), um caminho seguro para buscar esse objetivo é garantir que as pessoas tenham acesso aos serviços de atenção básica: pela promoção de saúde, assistência básica e prevenção (BRASIL, 2001).

Atualmente tem se discutido bastante a respeito da ausência dos indivíduos do sexo masculino nas UBS, não devendo se pensar apenas como a falta de responsabilidade dos homens com a sua saúde nem especificamente como uma falha na organização dos modelos de atenção primária à saúde. Em vez disso, a idéia é compreender o problema no contexto de uma complexa teia de relações que envolvem três dimensões que interagem entre si: 1) os homens na qualidade de sujeito com suas peculiaridades; 2) os serviços na maneira como eles se organizam para atender os usuários considerando suas particularidades; e 3) os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e vice-versa. Tal objetivo implica a discussão de estratégias que podem ser consideradas pelos serviços para um melhor acolhimento das necessidades em saúde dos homens (FIGUEIREDO, 2005).

Meireles e Costa (2006) em pesquisa realizada no estado da Paraíba com 903 prontuários de pacientes com CB e campanhas de prevenção ao câncer bucal, comprovaram, entre outros pontos, a falha dos serviços odontológicos nos municípios e a necessidade de inclusão do CD em programas de promoção de saúde, visando à prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal.

Sabe-se que há diversas medidas que podem ser adotadas na prevenção da ocorrência de muitos casos de câncer, que infelizmente não têm sido aplicadas. As estratégias de prevenção do CB devem ser revistas e praticadas através de políticas públicas conscientes, envolvendo não apenas os profissionais de saúde sensibilizados, mas também toda a população, que deve ser estimulada a participar ativamente (DIB, 2002).

Diante de tal cenário, fica clara a necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer nos diferentes níveis de atuação como: na promoção de saúde, na detecção precoce, na assistência aos pacientes, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do SUS (BRASIL, 2007b).

## 2.3 NÍVEL DE INFORMAÇÃO E COMPORTAMENTO PREVENTIVO SOBRE O CÂNCER BUCAL

### 2.3.1 Informação

Em um estudo com questionário, contendo cinco questões, direcionado a população adulta norte americana, composto por uma amostra de 41.104 participantes, sobre conhecimento de fatores de risco e sinais precoces do câncer bucal, realizada em 1990, vinculada a Pesquisa Nacional de Entrevistas de Saúde, Horowitz et al. (1995) constataram que apenas 25% dos entrevistados souberam identificar um sinal precoce do CB e 44% responderam que não conheciam qualquer sinal. Quanto aos fatores de risco para o câncer bucal ou de lábio, 67% apontaram o tabagismo, 36% exposição solar e 16% etilismo. Sobre os fatores que não são considerados de risco, 16% consideraram frequentemente morder o lábio ou a bochecha e 32% a ingestão de alimentos quentes ou apimentados, como possíveis fatores

para o desenvolvimento do câncer de boca. Com base nos achados os autores concluíram que os adultos norte-americanos estão mal-informados sobre os fatores de risco e sinais do câncer bucal.

Horowitz et al. (1998) no estudo em que tentam determinar, em 916 adultos com idades acima de 18 anos entrevistados por telefone, o conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas relacionados ao câncer bucal. Dos entrevistados, 65% eram do gênero feminino, 23% tabagistas e 52,5% etilistas. A maior parte (85%) já havia escutado sobre câncer bucal e, há menos de um ano tinham visitado um profissional de saúde (um médico 85% e 77% um CD), porém, apenas 28% foram, em algum momento, examinados para detecção do CB, destes, 20% foram examinados no último ano, sendo aqueles com faixa etária entre 40 e 64 anos, mais bem informados sobre os fatores de risco e mais escolarizados, apresentaram maior probabilidade de terem sido submetidos a tal exame, estas características se repetiram para aqueles entrevistados que responderam corretamente sobre algum sinal precoce do CB. Quando se perguntou sobre os fatores de risco, 36% identificaram exposição solar e 13% apontaram ingestão regular de bebidas alcoólicas.

Em 1999, Gomes e Carvalho visando à importância de se transmitir o conhecimento a respeito do câncer bucal à população, conduziu uma pesquisa em que se avaliou o nível de informação da população da área rural de quatro cidades do norte paulista, sob forma de entrevista domiciliar, onde foram entrevistados 1028 indivíduos. Verificaram que o nível de conhecimento sobre a associação entre câncer e fatores de risco foi baixo (60% para o tabaco, 45% para o álcool, 39% para certos tipos de alimentos e 67% para radiação solar). Este nível aumentou conforme o nível educacional e sócio-econômico, e reduziu com a idade, para indivíduos acima de 60 anos. Isto não ocorreu quanto ao álcool, para o qual a tendência foi na direção oposta quanto ao nível educacional e de classe social. O nível de conhecimento sobre essas associações foi maior em mulheres.

No estudo realizado em um município do interior paraibano em que foram avaliados, através de questionários, o grau de conhecimento de 50 usuários atendidos no PSF (SUS) quanto aos fatores de risco, formas de prevenção, tratamento e conseqüências para o paciente acometido pelo câncer bucal, Maurício et al. (2009) concluíram que este grupo populacional não possui um grau de conhecimento que possibilite a tomada de atitudes e práticas preventivas, no entanto, encontra-se interessado neste aprendizado.

No estado de Nova Iork (EUA), no ano de 1999, Cruz et al. (2002) avaliando o conhecimento sobre o câncer bucal, em 803 indivíduos, através de um roteiro de entrevista em que tópicos como fatores de risco, outras condições associadas ao álcool e o tabaco e a percepção para o risco de câncer, foram correlacionados com características sócio-demográficas. Encontraram que 66% dos indivíduos tinham 40 anos ou mais de idade, 63% eram do sexo feminino, 43% tinham histórico de tabagismo, 9% tiveram uma história de provável abuso de álcool. Dos entrevistados, 66% demonstraram conhecimento sobre o CB, porém, apenas 39% conheciam o auto-exame de boca e 12% relataram nunca ter se submetido a um exame para detecção desta neoplasia. O conhecimento a respeito dos fatores de risco variou muito; 76% reconheciam o tabaco como fator de risco, no entanto, apenas 25% consideravam o álcool e, 25% a luz solar como fatores de risco para o CB. Apenas 24% reconheceram que, morder frequentemente o lábio ou bochecha não era fator de risco e 40% consideraram que comer alimentos quentes e/ou apimentados, também não é. No presente estudo, o conhecimento do exame de detecção para o CB, mostrou relação direta nível educacional e informação sobre fatores de risco.

Nations et al. (2008) em pesquisa realizada por meio de entrevista com 25 pacientes de baixa renda, com diagnóstico de CEC, atendidos em serviços da rede pública da periferia de Fortaleza/CE, com idades variando entre 17 e 82 anos, puderam verificar que 90% dos entrevistados identificaram uma causa específica para o seu câncer, a etiologia mais

habitualmente citada foi o hábito de fumar, sendo que 84% dos informantes são fumantes ou ex-fumantes, no entanto, ironicamente apenas 29,4% associaram o seu câncer com o tabagismo. O segundo fator mais citado como etiologia foi o uso de próteses mal-adaptadas ou dentes com arestas cortantes, o terceiro foram os alimentos contaminados com agrotóxicos ou “venenos” e o quarto fator, a exposição solar. Em sua conclusão, entre outros aspectos, os autores associaram a falta de conhecimento relacionado ao CB à condição de pobreza e baixa escolaridade dos entrevistados, além de fatores culturais e regionais que aumentam a exposição a substâncias carcinogênicas.

Como afirmou Soares (2003), os pilares básicos da prevenção do câncer bucal estão na formação adequada sobre oncologia, tanto para alunos de odontologia, profissionais formados, como para pacientes. Sendo assim, alguns estudos relacionados aos profissionais de saúde, também foram relatados.

Kujan et al. (2006) pesquisando a opiniões e atitudes de cirurgiões-dentistas, envolvendo 200 clínicos gerais e 305 especialistas do Reino Unido, a respeito do câncer bucal, através da aplicação de um questionário com 44 itens. Os resultados mostraram que os clínicos gerais tinham deficiências relacionadas ao conhecimento dos fatores de risco para o câncer de boca e aplicação de medidas preventivas, sendo que 41% descreveram treinamento insuficiente durante a graduação para o reconhecimento do câncer bucal. Esses achados sugerem que mudanças podem ser necessárias nas práticas educacionais quanto aos planos de treinamento e atualização dos cursos de formação no Reino Unido.

Melo et al. (2007) estudando o nível de informação de 47 cirurgiões-dentistas do PSF da capital sergipana, através da aplicação de um roteiro de entrevista. Quando perguntados sobre as localizações anatômicas mais frequentes para o CB, 33% dos entrevistados não sabiam ou responderam incorretamente, entre os que acertaram apenas 44,7% responderam duas localizações corretas. Quando questionados sobre as lesões

cancerizáveis mais comumente encontradas na cavidade bucal, quase 63% responderam incorretamente ou não sabiam, já com relação às formas de apresentação clínica, apenas 36,2% citaram duas formas e 39% não sabiam ou responderam incorretamente, ao citar sobre os fatores de risco para o câncer bucal quase 1/3 das respostas foram incorretas.

Martins et al. (2008) avaliando o conhecimento de universitários do curso de odontologia do 1º ao 4º ano, a respeito do câncer bucal, observaram que somente os alunos de 3º e 4º anos, ou seja, aqueles que já haviam cursado a disciplina de estomatologia possuíam um nível de autoconfiança maior que os alunos do 1º e 2º anos, estes mostram-se mais inseguros, realizando menos o exame de detecção de câncer e na sua maioria, afirmaram que não realizam o exame por falta de conhecimento. Esses dados refletem a necessidade de orientação sobre o câncer bucal desde os primeiros anos e que a segurança e o conhecimento sobre assuntos importantes da vida profissional estão diretamente relacionados com o estudo, a atualização constante e dedicação profissional.

### **2.3.2 Comportamento**

Durante seis meses Nations et al. (2008) realizaram uma pesquisa por meio de entrevista com 25 pacientes de baixa renda, diagnosticados com CEC, atendidos em centros médicos da periferia de Fortaleza/CE, com idades variando entre 17 e 82 anos, 68% eram homens, 32% mulheres, a média de formação escolar de 3.4 anos, sendo 48% analfabetos. Onde pode ser verificado que apesar da baixa escolaridade 64% perceberam o aparecimento súbito de alterações na mucosa bucal, no entanto, da percepção da alteração até a primeira consulta com o profissional de saúde a demora foi em média de 9.5 meses. As alterações percebidas pelos pacientes foram sempre pouco valorizadas e quando descritas, as alterações na mucosa bucal, eram gramaticalmente no diminutivo (“inho, zinho”). Sinais e sintomas

sutis passaram despercebidos em todos os casos. Nenhum dos entrevistados (0%) referiu ter realizado em algum momento o auto-exame de boca como prática preventiva, de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde.

Em uma pesquisa com questionário na qual participaram 204 idosos de instituições americanas, Yellowits et al. (1997) observaram que o aproveitamento de serviços médicos foi em média de 88% e odontológicos de 47% no último ano. Apenas 15% dos entrevistados consideraram a faixa etária de 65 anos ou mais como grupo de risco.

Em pesquisa realizada por telefone em que foram entrevistados 916 adultos nos EUA (Maryland), Horowitz et al. (1998) encontraram que no último ano as visitas a profissionais de saúde foram em média cerca de 85% ao médico e 77% ao CD. Entre os entrevistados, 28% relataram terem passado por um exame para detecção do câncer bucal, deste grupo, aqueles com idades entre 40 e 64 anos, com mais de 12 anos de educação escolar e com maior nível de conhecimento sobre os fatores de risco, mostraram maior probabilidade de já terem sido submetidos a este exame.

Canto et al. (2003) avaliaram a realização de exames clínicos para a detecção de câncer de boca e de pele em adultos que haviam participado de uma pesquisa nacional de entrevistas relacionada à saúde nos EUA em 1998. Concluíram que 15% da população americana passaram por algum destes exames durante o ano anterior a pesquisa, sendo observado que a porcentagem mais alta de indivíduos examinados era maior entre aqueles com maior renda e nível educacional.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde nos anos de 2002 e 2003 envolvendo as condições de saúde bucal da população brasileira, onde mais de 100 mil pessoas foram examinadas em espaços escolares e domicílios, mais da metade mulheres, pode-se notar que 74% dos adolescentes (de 15 a 19 anos) examinados freqüentavam a escola, destes, 93% estudavam em escolas públicas, desigualdades regionais marcantes foram

evidenciadas naqueles adolescentes que relataram nunca ter ido ao dentista, onde menos de 6% dos adolescentes da região Sul relatou nunca ter ido ao dentista enquanto que essa percentagem chega a quase 22% na região nordeste. Um dos principais motivos da ida ao dentista é a experiência de dor dentária com mais de 30% dos relatos entre os adolescentes e cerca de 46% entre os adultos e idosos. Os atendimentos de rotina/manutenção foram relatados por cerca de 36% das pessoas, já os atendimentos por “caroços, feridas e manchas na boca” foram referidos por menos de 0,5% dos examinados. Em média mais de 50% dos atendimentos odontológicos foram realizados no serviço público. Com relação à percepção de saúde bucal dos entrevistados, a percentagem de pessoas relatando uma situação de saúde bucal péssima, ruim ou regular foi de 44,7%, 59,2% e 43,6% para as faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade respectivamente. A dificuldade mastigatória (regular/ruim/péssima) naquelas faixas etárias foi, respectivamente, 22,8%, 43,8% e 47,8% (BRASIL, 2004a).

Em um levantamento realizado por Carvalho et al. (1994) em três serviços de atendimento ambulatorial da rede pública do município do Rio de Janeiro, em que mais de duas mil fichas e prontuários de atendimento foram utilizados, verificaram que nos serviços onde não funciona o regime de plantão, predominou o atendimento a menores de 10 anos e mulheres na faixa etária de 15 a 64 anos, nestes serviços o atendimento a pessoas do gênero masculino foi mais freqüente em menores de 1 ano e idosos. No serviço onde o atendimento era feito em regime de plantão, sem marcação prévia, a procura de homens foi maior, aproximadamente 50% da demanda. Sendo assim, o horário de funcionamento da maioria dos serviços, associado a questões de caráter cultural, não facilitam o acesso da população masculina adulta a consultas ambulatoriais.

Estudando o nível de comportamento preventivo de 47 cirurgiões-dentistas do PSF da capital sergipana, através da aplicação de um roteiro de entrevista, Melo et al. (2007)

verificaram que 61,7% dos cirurgiões-dentistas perguntavam para mãos da metade dos seus usuários durante a anamnese sobre os fatores de risco para o CB, cerca de 53,2% afirmaram que realizavam em até 50% dos seus usuários um exame clínico acurado para identificação de lesões bucais. Verificou-se um baixo nível de comportamento preventivo para os cirurgiões-dentistas avaliados.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

1 – Avaliar o nível de informação e de comportamento preventivo a respeito do câncer bucal em usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do PSF do município de Patos-PB.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

1 - Identificar o nível de informação dos usuários do PSF do município de Patos-PB a respeito dos fatores de risco e aspecto clínico do câncer de boca e sobre o auto-exame de boca.

2 - Investigar o nível de comportamento preventivo dos usuários do PSF do município de Patos-PB com relação à consulta com o dentista ou profissional de saúde, fatores de risco do CB e realização do auto-exame.

3 - Verificar a experiência dos usuários PSF do município de Patos-PB com profissionais de saúde.

4 - Identificar o perfil sócio-econômico e demográfico dos usuários do PSF do município de Patos-PB.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo de abordagem quantitativa e transversal (SUSIN; RÖSING, 1999).

### 4.2 LOCAL DE PESQUISA

O município de Patos, no estado da Paraíba, fundado a mais de 100 anos, apresenta segundo dados do IBGE (2009), uma população de mais de 100 mil habitantes. Está localizado no sertão nordestino, no centro do estado, distante 301Km da capital (João Pessoa), apresenta uma ampla malha viária permitindo a interligação com toda a Paraíba e viabilizando acesso a estados vizinhos como, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará. O comércio sempre foi considerado o ponto forte deste município chegando a circular na cidade mais de 100 mil habitantes de população flutuante. Atualmente vem se destacando também como pólo de atendimento em saúde e educação. Existem hoje em no município três grandes escolas que se destacam na rede de ensino superior: UFPB (Universidade Federal da Paraíba), UEPB (Universidade Estadual da Paraíba) e FIP (Faculdades Integradas de Patos), sendo que as duas últimas oferecem o curso de Bacharelado em Odontologia, com mais de 180 vagas anualmente (IBGE) (BRASIL, 2009a).

O município conta atualmente com 33 UBS em todas funciona pelo menos uma ESB, as UBS estão distribuídas em quatro distritos conhecidos como “regiões de saúde”, cada um deles com diferentes quantidades de unidades de saúde.

Escolheu-se trabalhar com os usuários vinculados ao SUS, mais especificamente ao PSF, pelas seguintes razões: 1 – cerca de 60% das pessoas que necessitam de atendimento ambulatorial no Brasil utilizam o SUS; 2 – o PSF é a principal estratégia de atenção básica do SUS; 3 – há uma padronização das ações assistenciais e preventivas e 5 – a assistência não é feita somente através de livre demanda, desta forma, todas as UBS do PSF foram visitadas. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004a).

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para a definição da amostra de pacientes utilizaram-se fórmulas de cálculos para populações finitas. Foram consideradas uma margem de erro de 5%, confiabilidade de 95% e proporção esperada de 50% para cada item da entrevista. A forma de cálculo utilizada para o tamanho do tamanho amostral para cada item foi:

$$n = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

onde  $n$  = Tamanho amostral;  $z$  = valor da curva normal relativa á confiabilidade (1,96);

$p_e$  = Proporção esperada igual a 0,5 (50,0%);  $e$  = erro de 5,0% (0,05).

Com esta fórmula foi possível determinar a amostra populacional de inferência para toda a população patoense, sendo de 383 usuários.

Foram selecionados os usuários que aguardavam na sala de espera o atendimento para consultas com o CD, o médico ou de enfermagem.

#### 4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Projeto de Pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Estado de Saúde da Paraíba, conforme recomendação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e aprovado (CAAE – 1513.0.000.349-09). Somente após aprovação da pesquisa deu-se início à coleta de dados (ANEXO A).

Os usuários foram informados sobre o teor da pesquisa e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de ser-lhes assegurado o anonimato e a possibilidade de desistência em qualquer momento durante a coleta de dados.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A pesquisa contou com 383 usuários do Programa de Saúde da Família do município de Patos-PB, maiores de 18 anos de idade, que aceitaram participar da pesquisa.

#### 4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa, usuários menores de 18 anos, os que não aceitaram assinar o TCLE e aqueles considerados relativamente ou absolutamente incapazes (arts. 3º e 4º - Código civil Brasileiro) (VIANA, 2009).

#### 4.7 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

O roteiro de entrevista a ser aplicado foi extraído de Melo (2007), em que avaliou o nível de conhecimento e comportamento preventivo dos usuários e CDs do PSF da capital sergipana, Aracajú. O roteiro por nós empregado é o mesmo que o autor supracitado utilizou nas entrevistas para os usuários do PSF de Aracajú-SE (APÊNDICE B).

O roteiro de entrevista é formado por 29 questões, divididas em quatro grupos temáticos: 1) comportamento preventivo; 2) nível de informação; 3) experiência dos pacientes com profissionais de saúde; 4) aspectos sócio-econômicos.

A aplicação dos roteiros de entrevista foi realizada por dois entrevistadores, sendo um deles um dos autores da pesquisa e uma psicopedagoga com experiência em entrevistas. Para assegurar uma interpretação uniforme e consistente dos critérios padronizados para a coleta dos dados os entrevistadores foram previamente calibrados, minimizando as variações entre os mesmos.

#### 4.8 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

No período entre maio e setembro de 2009 foi feito o trabalho de campo. Os dados foram coletados a partir da aplicação de roteiro de entrevista individual (APÊNDICE B). Os usuários foram abordados na sala de espera e informados do propósito da pesquisa. Em seguida, foram entrevistados individualmente em sala separada dentro da UBS, sem limite de tempo para as entrevistas.

Os dados coletados foram digitados em planilha Excel (*Microsoft®*). Posteriormente, foram atribuídas pontuações a cada questão do roteiro de entrevista, sendo 1 (um) para as

respostas esperadas (mostravam que o paciente possuía uma correta informação) a respeito da informação sobre o que foi perguntado, e 0 (zero) para as respostas inadequadas (Quadro 1).

Baseado na soma das pontuações de cada questionamento de acordo com a resposta fornecida (0 – para inadequadas e 1 – para corretas) o escore total variou de zero a cinco (0-5), para o nível de informação, e de zero a seis (0-6), para o comportamento preventivo. Realizando-se a correspondência da soma das pontuações com o escore total, os entrevistados foram classificados em: baixo, médio ou alto nível de informação e de comportamento preventivo (Quadro 2).

Em algumas questões do roteiro de entrevista (nº 1, 2, 3, 8 e 27) (APÊNDICE B), foi acrescida a observação “NÃO FORNECER AO USUÁRIO AS ALTERNATIVAS”, na intenção de não induzir o mesmo a resposta, tentando tornar a entrevista o mais isenta possível.

Foram abordados ainda, baseando-se no escore total dos entrevistados, os conceitos de satisfatório e insatisfatório, considerando-se o conhecimento demonstrado pelos entrevistados com relação ao nível de informação e ao comportamento preventivo. Sendo assim, quando se classificou em baixo e médio (0 a 3 ou 0 a 4) como mostrado no quadro 2, foi considerado insatisfatório (o conhecimento relacionado ao nível de informação e/ou comportamento preventivo) e, quando classificado como alto (4 a 5 ou 5 a 6), foi considerado como satisfatório (o conhecimento relacionado ao nível de informação e/ou comportamento preventivo).

Como demonstrado no quadro 1 as perguntas de número 6, 7, 8, 10, 11, 12 e 13, identificavam hábitos nocivos passados, bem como tipificavam ou quantificavam os mesmos. Sendo assim, não permitiriam verificar o comportamento preventivo atual e por isso não foram atribuídas notas a estas questões.

COMPORTAMENTO PREVENTIVO		NÍVEL DE INFORMAÇÃO	
Pergunta	Varição da Pontuação	Pergunta	Varição da Pontuação
1	0-1	14	0-1
2	0-1	15	Sem pontuação
3	0-1	16	0-1
4	0-1	17	0-1
5	0-1	18	0-1
6	Sem pontuação	19	0-1
7	Sem pontuação		
8	Sem pontuação		
9	0-1		
10	Sem pontuação		
11	Sem pontuação		
12	Sem pontuação		
13	Sem pontuação		
<b>TOTAL</b>	<b>0-6</b>	<b>TOTAL</b>	<b>0-5</b>

**Quadro 1**– Escore de variação da pontuação para cada pergunta sobre o nível de informação e comportamento preventivo

CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES	ESCORE
<b>Nível de informação sobre o câncer bucal</b>	<b>Varição de pontuação (0-5)</b>
Baixo	0-1
Médio	2-3
Alto	4-5
<b>Comportamento preventivo para câncer bucal</b>	<b>Varição de pontuação (0-6)</b>
Baixo	0-2
Médio	3-4
Alto	5-6

**Quadro 2** – Classificação dos pacientes quanto ao nível de informação e comportamento preventivo

Na pergunta 15, as alternativas de respostas eram fornecidas, sendo assim, ela identificava a opinião, a crença dos usuários e não media seus níveis de informação. Por essa razão não foram consideradas na pontuação. Mesmo assim, esses dados eram importantes e propiciaram conhecer quais crenças e mitos os usuários possuíam a respeito de fatores de risco para o câncer bucal.

#### **4.8.1 Análise estatística**

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas, percentuais uni e bivariadas e as medidas estatísticas: média, mediana, desvio padrão e coeficiente de variação (Técnicas de estatística descritiva) e foi utilizada a técnica de estatística inferencial através do teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas e os intervalos de confiança para os valores do Odds ratio (OR ou razão das chances).

Valores do OR e intervalos de confiança para a referida medida foram obtidos no estudo da associação entre as variáveis independentes com a variável dependente (Nível do comportamento preventivo) no estudo bivariado considerando-se sempre a primeira ou a última categoria como valor de referência.

Para determinar a influência das variáveis independentes sobre cada variável dependente foi ajustado um modelo de regressão logística com as variáveis selecionadas no estudo bivariado entre as significantes com a variável dependente através do procedimento de seleção passo para trás (“Backward”), mantendo-se no modelo as variáveis com significância até o nível de (10,0% ou  $p < 0,10$ ). Através do modelo foi obtida a significância dos parâmetros em relação à base, o Odds Ratio ajustado (pelo modelo) e intervalo de confiança para esta medida.

O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%. Os dados foram digitados na planilha Excel e o “software” estatístico utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 13.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A incidência do câncer cresce no Brasil, como em todo o mundo, num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida. É um resultado direto das grandes transformações globais das últimas décadas que alteram a situação de saúde dos povos pela urbanização acelerada, novos modos de vida e novos padrões de consumo.

O controle do câncer em nosso país representa, atualmente, um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta, pois sendo a segunda causa de morte por doença, demanda a realização de ações com variados graus de complexidade (BRASIL, 2002).

O INCA entende o câncer bucal como uma prioridade dentro da PNPCC (Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer), segundo Klingerman (2002). Dentro dessa política existem quatro diretrizes resultantes das considerações feitas a respeito do câncer no Brasil, que são: 1) estabelecer, em âmbito nacional, ações de prevenção do câncer, visando à promoção de saúde do povo brasileiro; 2) detectar precocemente os cânceres passíveis de detecção, para aumentar a probabilidade de cura e melhorar a qualidade de vida dos doentes; 3) consolidar e expandir serviços de assistência oncológica, equitativamente, em todo o país de forma integrada; e 4) promover o desenvolvimento de recursos humanos, de estudos, pesquisas, e outras ações indispensáveis à qualidade desejada de serviços e ações de prevenção e controle do câncer.

Não há ainda na literatura um questionário ou roteiro de entrevistas, cientificamente validado, para medir o nível de informação e comportamento preventivo das pessoas ou dos profissionais de saúde a respeito de câncer bucal. Além disso, a maior parte dos estudos publicados cujos objetivos e instrumentos eram similares ao da presente pesquisa, foram efetuadas com profissionais de saúde e cidadãos americanos (MELO et al. 2008).

## 5.1 Dados gerais dos usuários

A idade dos pesquisados variou de 18 a 78 anos, teve média de 33,36 anos, mediana de 31 anos, desvio padrão de 12,40 anos e coeficiente de variação de 37,17%. Quanto ao gênero, 116 (30,3%) eram homens e 267 (69,7%) eram do gênero feminino (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos pesquisados segundo a faixa etária, gênero, escolaridade, renda familiar e uso de prótese

Variável	n	%
<b>Faixa etária (anos)</b>		
18 a 39	287	74,9
40 a 59	79	20,6
60 ou mais	17	4,4
<b>Gênero</b>		
Masculino	116	30,3
Feminino	267	69,7
<b>Escolaridade</b>		
Sem-instrução	24	6,3
Fundamental	214	55,9
Médio	118	30,8
Superior	23	6,0
Não informou	4	1,0
<b>Renda familiar (em salários mínimos)</b>		
< 01 salário	55	14,4
01 salário	203	53,0
> 01 salário	53	13,8
Não sabe/não quis informar	72	18,8
<b>Uso de prótese</b>		
Sim	117	30,5
Não	260	67,9
Não informou	6	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela 1 apresenta-se a distribuição dos pesquisados segundo as variáveis: faixa etária, gênero, escolaridade, renda familiar e uso de prótese. Desta tabela destaca-se que: aproximadamente metade (74,9%) da amostra tem até 39 anos; a maioria dos pesquisados são do sexo feminino (69,7%); mais da metade (55,9%) tem ensino fundamental, seguido de 30,8%

com ensino médio; um pouco mais da metade (53,0%) tem renda familiar de um salário mínimo, e 30,5% faz uso de prótese.

Nos estudos de Horowitz et al. (1998) e Cruz et al. (2002), corroborando com a nossa pesquisa, a maioria dos entrevistados era mulheres, no entanto, com faixa etária ligeiramente mais alta. Segundo Maurício et al. (2009), além de 72% dos entrevistados serem do gênero feminino, 60% tinham apenas o ensino fundamental completo ou incompleto, e quanto a renda familiar, 46% sobrevivem regularmente com menos de um SM. Em nossa pesquisa 69,7% (n=267) dos usuários são mulheres, a faixa etária predominante é de 18 a 39 anos com quase 74,9% dos pesquisados, quando verificamos a escolaridade e renda, mais de 50% tem apenas o ensino fundamental completo ou incompleto e, 67,4% tem renda familiar de até um salário mínimo.

Sendo assim, como mostrado em outros estudos, a maior parte dos usuários de atendimento ambulatorial da rede pública é formada de mulheres na faixa etária produtiva e indivíduos de baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo (MAURÍCIO et al., 2009). Esta disparidade entre os gêneros são comuns nos resultados de outros estudos (CARVALHO et al. 1994; HOROWITZ et al. 1998), provavelmente condicionados pela prioridade dada à atenção à infância, devido ao fato de levarem seus filhos ao médico, as mulheres estão mais em contato com o serviço de saúde; pela menor inserção da mulher no mercado formal de trabalho, com maior disponibilidade de tempo, além de uma possível percepção diferenciada do seu processo de saúde-doença, por outro lado, o horário de funcionamento das UBS (diurno) dificulta o acesso dos trabalhadores do gênero masculino (CARVALHO et al. 1994). Além disso, a cultura de gênero propicia a valorização da masculinidade, em que o “vigor” físico dos homens não permite que este adoença facilmente, predominando o acesso a serviços de pronto-atendimento, sem marcação prévia, em que a procura se dá predominantemente em quadros agudos. O uso de próteses também pode influenciar, já que, usuários que utilizam prótese,

podem acabar diminuindo a frequência das visitas ao dentista e se tornarem relapsos com a saúde bucal devido ao menor número de unidades dentárias ainda presentes (MELO, 2007).

## **5.2 Comportamento preventivo dos usuários**

Dos entrevistados, 293 (76,5%) foram consultados por um profissional de saúde há menos de um ano. Percentagem muito próxima das encontradas nos estudos de Yellowitz et al. 1997 e Horowitz et al. 1998, com faixas etárias ligeiramente mais elevadas.

Horowitz et al. (1998) constataram que a maioria dos entrevistados tinha visitado um profissional de saúde (um médico 85% e 77% um CD) há menos de um ano, porém, apenas 28% foram, em algum momento, examinados para detecção do CB, destes, 20% foram examinados no último ano. Na pesquisa de Cruz et al. (2002) 12% relataram nunca ter se submetido a um exame para detecção desta neoplasia.

Quando perguntados “O que você faria se tivesse na boca uma ferida que não sara, mas também não dói e não sangra?”, 78,1% (n=299) responderam que procuraria um profissional de saúde (médico ou CD), e entre estes 69,2% (n=265) procuraria em 15 dias ou menos, apenas 21,9% (n=84) responderam que não procuraria um profissional de saúde.

No estudo de Nations et al. (2008) foi verificado que da primeira consulta com um profissional de saúde até o diagnóstico de CB, houve um atraso de 9,5 meses em média, nestes casos os pacientes costumavam minimizar a severidade dos sinais e sintomas da doença, se tornando os principais responsáveis pelo retardo no diagnóstico e tratamento dos TU. Oliveira et al. (2006) encontraram, entre outros dados, que embora a maioria dos pacientes tenha procurado cuidados médicos, em média, em até seis meses após a suspeita da doença, o tempo encontrado foi de até 13 meses. Noce e Rabelo (2007) verificaram que no momento do

diagnóstico dos TU, a maioria deles (34,9%) apresentava mais de quatro centímetros (T4) e que apenas 0,2% foram diagnosticados em fase inicial.

Dessa forma é importante ressaltar que o fato de uma grande porcentagem de usuários ter respondido que procuraria um profissional de saúde pode estar associado ao efeito *Hawthorne* sendo, portanto, irreal. De acordo com Lee (2003), esse efeito é uma tendência dos questionados por inquiridos para declararem exageradamente comportamentos socialmente desejáveis ao serem entrevistados através de métodos não anônimos.

Outro fato que deve ser levantado é o de que os usuários frequentemente se referiram ao médico (67,3%), ao informar que procuraria um profissional de saúde, e apenas 28,7% ao CD. Pode-se considerar por questões culturais e de escolaridade, que os usuários utilizem a palavra “médico” referindo-se ao profissional da saúde, no entanto, eles podem estar querendo se reportar ao CD, pois como pode ser percebido em vários momentos diante de cirurgiões-dentistas os usuários se referiam a estes como “médicos”. Entretanto, muitos usuários ainda vêem a figura do CD como o profissional que trata de dentes apenas, nestes casos, também se pode acreditar que os usuários estivessem mencionando realmente o “médico” como profissional formado em Medicina. Esta tendência também foi verificada no estudo de Melo (2007).

Quase metade dos usuários nunca examinou a própria boca à procura de alterações, ou seja, 49,1% nunca realizaram o auto-exame de boca (Tabela 2). Somado a este dado, o que se torna realmente preocupante, visto que, como orientado pelo Ministério da Saúde, o auto-exame de boca é uma das principais ações preventivas e de diagnóstico precoce para o CB, é que 278 usuários (72,6%) nunca ouviram falar neste exame (Tabela 5).

O exame visual da boca para a detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores assintomáticos é uma estratégia de prevenção simples, rápida, barata e eficaz, a partir da qual se espera viabilizar o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e, assim, possibilitar um

melhor prognóstico por meio da pronta e efetiva intervenção terapêutica (ANTUNES et al., 2007).

O diagnóstico do câncer bucal num estágio avançado, quando passível de tratamento, evolui para a morte do indivíduo. Além disso, os pacientes apresentam seqüelas estéticas ou funcionais do aparelho estomatognático. Por outro lado, o diagnóstico tardio resulta no aumento dos custos com o tratamento e prolongado tempo de internação hospitalar do paciente, ocasionando severo impacto no sistema de saúde (KOWALSKI e CARVALHO, 2001).

Mesmo diante de todos estes aspectos o diagnóstico tardio do CB é uma realidade no Brasil, muitas vezes por negligência e falta de conhecimento dos próprios pacientes, que procuram por tratamento já em estágios avançados da doença. Estudos como os de Nations et al. (2008), Noce e Rabelo (2007) e Brenner et al. (2006) comprovam este fato, mostrando a falta de conhecimento dos cidadãos com relação ao auto-exame de boca.

No tocante aos hábitos de risco para o CB, verificou-se que 64,2% (n=246) dos entrevistados nunca fumaram, 15,2% (n=58) são tabagistas e 20,6% (n=79) ex-tabagistas. Entre os fumantes e os que já fumaram 87,5% utilizam cigarro industrial.

Quase metade da amostra (48,8%) nunca ingeriu bebida alcoólica, 32,4% (n=124) tinham o hábito de consumir regularmente bebidas alcoólicas e 18,8% (n=72) afirmaram já terem ingerido bebida alcoólica.

No inquérito domiciliar sobre os comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) que enfatizam questões de frequência de consumo de bebidas alcoólicas e prevalência do uso do cigarro, verificando que os maiores percentuais de bebedores atuais (pelo menos uma dose de álcool nos últimos 30 dias) foram encontrados nas regiões Sul e Sudeste e os menores nas regiões Norte e Nordeste, variando de 32,4% em João Pessoa até 58,6% em Florianópolis. Com relação ao tabagismo, de uma forma geral as cidades menos populosas e menos industrializadas apresentaram menores prevalências.

Os homens apresentaram maiores prevalências em todas as cidades pesquisadas. Na capital paraibana, a prevalência do uso do cigarro foi de 16,7% (BRASIL, 2004b).

O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de morte prematura e limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Entre os tipos de câncer relacionado ao uso do tabaco inclui-se o câncer bucal (BRASIL, 2004b; SOARES, 2003; NEVILLE et al. 2004).

Tabela 2 – Avaliação das questões sobre comportamento preventivo

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Última vez que se consultou com um profissional da área de saúde</b>		
< 1 ano	293	76,5
> 1 ano	90	23,5
<b>O que faria se tivesse na boca uma ferida que não dói, não sangra, mas não sara?</b>		
Procuraria um profissional de saúde	299	78,1
Não procuraria um profissional de saúde	84	21,9
<b>Tempo para buscar a um profissional de saúde após perceber uma ferida na sua boca</b>		
≤ 15 dias	265	69,2
> 15 dias	35	8,9
Não procurou por um profissional	84	21,9
<b>Já examinou a própria boca á procura de alterações</b>		
Sim	188	49,1
Não	195	50,9
<b>Hábito do tabagismo</b>		
Fumante	58	15,2
Ex-fumante	79	20,6
Nunca fumou	246	64,2
<b>Habito do etilismo</b>		
Bebe	124	32,4
Já bebeu	72	18,8
Nunca bebeu	187	48,8
Não informou	1	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>

Muitos dos pacientes com diagnóstico câncer bucal fazem uso do tabaco sob a forma de cigarro, charuto, cachimbo ou mascado, chagando a mais 90% dos casos em alguns estudos (BRENER et al. 2007; NATIONS et al. 2008; LOSI-GUEMBAROVSKI et al. 2009). Da

mesma forma o consumo regular do álcool também é prática comum entre os pacientes com CB (NOCE E RABELO, 2007; NATIONS et al. 2008; LOSI-GUEMBAROVSKI et al. 2009). Além disso, existe uma grande tendência na associação das duas substâncias de forma concomitante (OLIVEIRA et al. 2006). Segundo Brener et al. (2007), a associação desses agentes pode aumentar em até 100 vezes o risco de desenvolver o CB.

Tabela 3 – Pontuação do nível de comportamento preventivo dos usuários sobre câncer bucal

<b>Pontuação/ Nível de comportamento preventivo dos usuários</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Classificação 1</b>		
0/Baixo	9	2,3
1/Baixo	12	3,1
2/Baixo	43	11,2
3/Médio	82	21,4
4/Médio	108	28,2
5/Alto	77	20,1
6/Alto	52	13,6
<b>Classificação 2</b>		
Baixo (0 a 2)	64	16,7
Médio (3 e 4)	190	49,6
Alto (5 e 6)	129	33,7
<b>Classificação 3</b>		
Insatisfatório (0 a 4)	254	66,3
Satisfatório (5 e 6)	129	33,7
<b>TOTAL</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao nível do comportamento preventivo (Tabela 3) os maiores percentuais corresponderam aos valores 4 (28,2%, médio), 3 (21,4%, médio) e 5 (20,1%, alto). Quando se analisa por categoria, observa-se que aproximadamente a metade (49,6%) tinha nível médio, ou seja, a maioria 66,3% foi considerada como nível de comportamento preventivo insatisfatório, correspondendo a soma dos níveis baixo (0-2) e médio (3 a 4).

### 5.3 Nível de informação dos usuários

Quando se avaliou o conhecimento dos usuários relacionado aos fatores de risco para o câncer bucal, observou-se que dentre aqueles que não souberam informar espontaneamente, 52,1% (n=202) não conheciam qualquer fator de risco (Tabela 4). Nas questões em que foram oferecidas alternativas (Tabela 5), foi extremamente elevado o conhecimento dos usuários a respeito dos fatores de risco, sendo o tabagismo considerado pela maioria (97,4%), seguido de contato com algum tipo de vírus (88,7%), exposição ao sol (76,7%) e uso de bebidas alcoólicas (59,7%). No entanto, também foi alto o índice daqueles que consideraram, incorretamente, outros fatores como de risco, como ter dentes cariados (83,8%), morder frequentemente bochecha ou lábios (72,0%), usar prótese dentária folgada (66,0%). Os outros três fatores constantes na tabela e não citados tiveram percentuais que variaram de 32,5% a 43,7%.

Horowitz et al. (1995), encontraram que 67% dos entrevistados apontaram o tabagismo, 36% exposição solar e 16% etilismo como principais fatores de risco para o CB. Sobre os fatores que não são considerados de risco, 16% consideraram frequentemente morder o lábio ou a bochecha e 32% a ingestão de alimentos quentes ou apimentados, como possíveis fatores para o desenvolvimento do câncer de boca. Índices semelhantes foram demonstrados no estudo de Cruz et al. (2002) e Gomes e Carvalho (1999), que observaram um aumento do nível de conhecimento conforme o aumento do nível educacional e sócio-econômico, além de ser maior entre as mulheres.

Os percentuais encontrados para tabagismo e etilismo como fatores de risco para o CB nesta pesquisa, foram maiores que os obtidos por Horowitz et al. (1995) e Cruz et al. (2002), o que pode ser fruto do impacto das campanhas públicas que alertam contra os malefícios, especialmente para o risco de surgimento de diversos tipos de cânceres, inclusive o CB, envolvendo especialmente o tabagismo.

Índices de resposta quase tão altos quanto os observados para os verdadeiros fatores de risco para o CB, foram verificados para as questões: ter dentes cariados e infectados (83,8%), morder frequentemente bochecha ou lábios (72,0%), usar prótese dentária folgada (66,0%). Estes percentuais apesar de menores que os encontrados por Horowitz et al. (1998) e Cruz et al. (2002), foram muito semelhantes aos obtidos por Nations et al. (2009) quando entrevistou pacientes com CB e referiram estas como possíveis causas para o surgimento de seus cânceres, sendo sugerida a atribuição desta tendência à fatores relacionados a cultura regional, crenças e mitos, bem como, falta de informação devido à baixos índices sócio-econômicos e baixa escolaridade.

Estes dados mostram a falta de resolutividade e efetividade das ações preventivas (medidas educativas e de orientação) do PSF de Patos quando relacionadas à prevenção e diagnóstico precoce do CB. Sendo assim, estas ações deveriam adotar medidas de combate aos fatores de risco e identificação precoce de lesões assintomáticas e, desmistificar fatores atrelados às crendices populares.

Um pouco mais da metade considerou que o câncer bucal é contagioso (53,0%). Mais uma vez podemos perceber que dados relacionados à doença, como etiologia, o curso clínico e a natureza não-transmissível, ainda não são bem conhecidos pelos usuários. Isto pode ser atribuído a falta de informação, podendo causar repúdio aos doentes por parte dos usuários que acreditam no contágio, inclusive com discriminação dos doentes.

Nesta pesquisa apenas 27,9% (n=107) afirmaram conhecer alguma apresentação clínica do câncer de boca, somente 27,4% (n=105) já tinham ouvido falar em auto-exame de boca, e apenas 24,0% (n=98) responderam que procurariam um profissional de saúde ao perceber um problema na própria boca.

Tabela 4 – Avaliação das respostas adequadas e inadequadas dos usuários para cada questão de nível de informação sobre câncer bucal

Variável	n	%
<b>Conhece algum fator de risco para câncer de boca?</b>		
Sim	181	47,3
Não	202	52,8
<b>Conhece alguma apresentação clínica do câncer de boca?</b>		
Sim	107	27,9
Não	276	72,1
<b>Câncer de boca é contagioso</b>		
Sim	205	53,5
Não	177	46,2
Não sabe	1	0,3
<b>Já ouviu falar em auto-exame de boca</b>		
Sim	105	27,4
Não	278	72,6
<b>O que faz para perceber problema na própria boca</b>		
Procuraria um profissional de saúde	98	25,2
Não procuraria um profissional de saúde	285	74,8
<b>TOTAL</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>

O percentual obtido foi muito próximo do verificado por Horowitz et al. (1995) que constataram que apenas 25% dos entrevistados souberam identificar um sinal precoce do CB e 44% responderam que não conheciam qualquer sinal, e por Cruz et al. (2002) onde 66% dos indivíduos demonstraram conhecimento sobre o CB, porém, apenas 39% conheciam o auto-exame de boca, e 12% relataram nunca ter se submetido a um exame para detecção desta neoplasia.

Segundo o estudo de Maurício et al. (2009), 56% dos usuários pesquisados já ouviram falar em câncer bucal, porém, essa mesma percentagem relatou não saber como preveni-lo, 96% nunca realizaram o auto-exame de boca, índice bem superior ao encontrado em nossa pesquisa (50,9%), e 68% responderam que buscaria a ajuda de um dentista se desconfiasse possuir a doença, valor bem superior ao desta pesquisa (25,2%).

Existe uma alta percentagem de usuários que não souberam ou responderam incorretamente sobre os aspectos clínicos do CB (72,1%), isto dificulta, mas não inviabiliza a

realização do auto-exame de boca, visto que, os esforços para as campanhas contra o câncer bucal devem envolver principalmente a identificação de casos suspeitos, para isso, deve-se conscientizar a população sobre o auto-exame de boca na tentativa de reconhecer qualquer tipo de alteração (suspeita ou não) e prontamente procurar o profissional de saúde para avaliação. As atividades de educação em saúde para o CB devem ser completas e englobar fatores de risco e sintomatologia, técnicas de auto-exame de boca e ações de prevenção (MELO et al. 2008).

Tabela 5 – Avaliação dos fatores de risco para o câncer bucal citados pelos usuários

Alternativas	Sim		Não	
	n <sup>(1)</sup>	%	n	%
• Tabagismo	372	97,4	10	2,6
• Tem dentes cariados	320	83,8	62	16,2
• Frequentemente morder bochecha ou lábios	275	72,0	107	28,0
• Ter contato com algum tipo de vírus	339	88,7	43	11,3
• Exposição excessiva ao sol	293	76,7	89	23,3
• Usar prótese dentária folgada	252	66,0	130	34,0
• Beber bebidas alcoólicas	228	59,7	154	40,3
• Comer alimentos apimentados	124	32,5	258	67,5
• Comer poucas frutas e verduras	142	37,2	240	62,8
• Comer ou beber alimentos quentes	167	43,7	215	56,3

Através de uma pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde nos anos de 2002 e 2003 envolvendo as condições de saúde bucal da população brasileira ficou constatado que um dos principais motivos da ida ao dentista é a experiência de dor dentária com mais de 30% dos relatos entre os adolescentes e cerca de 46% entre os adultos e idosos. Os atendimentos de rotina/manutenção foram relatados por cerca de 36% das pessoas, já os atendimentos por “caroços, feridas e manchas na boca” foram referidos por menos de 0,5% dos examinados (BRASIL, 2004a).

Essa pesquisa evidencia a carência da população brasileira por ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal, ou seja, o acesso a assistência continuada, acompanhamento integral da saúde da comunidade. É necessário garantir que as pessoas

tenham acesso aos serviços de atenção básica: pela promoção de saúde, assistência básica e prevenção.

Em relação ao nível do nível de informação dos usuários sobre câncer bucal (Tabela 6) os maiores percentuais corresponderam aos valores 1 (32,6%, baixo), 0 (23,8%, baixo) e 3 (21,7%, médio). Quando se analisa por categoria, observa-se que um pouco mais da metade (56,4%) tinha nível baixo de informação, ou seja, a maioria (92,7%) foi considerada como insatisfatório, que corresponde a soma dos níveis baixo (0 a 1) com 56,4% e médio (2 a 3) com 36,3%.

Tabela 6 – Distribuição segundo a pontuação e nível de informação dos usuários sobre câncer bucal

<b>Pontuação/ Nível de informação dos usuários</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Classificação 1</b>		
0/Baixo	91	23,8
1/Baixo	125	32,6
2/Médio	83	21,7
3/Médio	56	14,6
4/Alto	28	7,3
5/Alto	-	-
<b>Classificação 2</b>		
Baixo (0 e 1)	216	56,4
Médio (2 e 3)	139	36,3
Alto (4 e 5)	28	7,3
<b>Classificação 3</b>		
Insatisfatório (0 a 3)	355	92,7
Satisfatório (4 e 5)	28	7,3
<b>TOTAL</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela 7 são apresentados os resultados da associação entre o nível de informação e o comportamento preventivo. Desta tabela é possível observar que: o percentual com comportamento preventivo insatisfatório foi mais da metade em cada subgrupo do nível de informação; o percentual dos que tinham o comportamento preventivo insatisfatório foi mais elevado entre os que tinham o nível de informação insatisfatório do que satisfatório (67,3% x 53,6%), entretanto não se comprova associação significativa entre as duas variáveis ( $p > 0,05$ ).

Tabela 7 – Avaliação do comportamento preventivo segundo o nível de informação dos usuários

Nível de informação	Comportamento preventivo				TOTAL	Valor de p	OR (IC à 95%)
	Insatisfatório		Satisfatório				
	n	%	n	%			
Insatisfatório	239	67,3	116	32,7	355	100,0	P <sup>(1)</sup> = 0,138
Satisfatório	15	53,6	13	46,4	28	100,0	1,79 (0,82 a 3,88)
<b>Grupo Total</b>	<b>254</b>	<b>66,3</b>	<b>129</b>	<b>33,7</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>	

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

#### 5.4 Análise estatística bivariada

No estudo da associação do nível de comportamento preventivo com as variáveis independentes (Tabela 8) destaca-se que: as maiores diferenças percentuais entre as categorias das variáveis independentes, em relação ao percentual do comportamento preventivo insatisfatório.

Analisando-se a referida tabela, considerando-se o nível de comportamento preventivo insatisfatório, podemos perceber que para a variável: “Tempo da última consulta com PS” quando relacionada aos que tinham feito a última consulta há mais de um ano ou há menos de um ano, teve diferença percentual de 35,8%, com valores, respectivamente, de 93,3% e 57,4%; quando consideradas as faixas etárias, a diferença de percentual foi de 25,5% mais elevada na faixa etária com 60 anos ou mais em relação à faixa 18 a 39 anos (88,2% x 62,7%); entre aqueles que “já tinham ou nunca tinham sido examinados por um profissional da saúde puxando a sua língua para fora”, a diferença percentual foi de 25,1%, sendo mais elevado entre os que não tinham sido examinados (68,4% x 43,3%); foi 20,0% mais elevado entre os que não tinham do que entre os que tinham sido ensinados por PS a olhar a própria boca; 19,6% mais elevado entre os que tinham até 8 anos de escolaridade em relação aos que tinham mais de 8 anos de escolaridade (73,5% x 53,9%); 17,4% entre os pesquisados do sexo masculino do que

feminino (78,4% x 60,6%); sendo que estes itens apresentaram associação significativa com o comportamento preventivo dos usuários ( $p < 0,05$ ).

Não se comprovou associação significativa entre o nível de informação e as variáveis “renda familiar” e “uso de prótese”.

Dados referentes à escolaridade e sua relação com o CB são apresentados em diversos estudos (ANTUNES et al. 2001; BRENER et al. 2006; BORGES et al. 2009; NOCE e RABELO, 2007) que apontam para uma maior porcentagem de casos de CB quanto menor a escolaridade do indivíduo, nesta mesma linha de pensamento, TU em estágios mais avançados proporcionalmente, também são mais comuns em pacientes de baixa escolaridade.

A relação de maior porcentagem de comportamento preventivo insatisfatório em usuários do gênero masculino foi apontado por Carvalho et al. (1994) no que diz respeito a falta de cuidado e desvalorização da saúde do homem, além disso, os homens sentem mais dificuldades de serem atendidos nas UBS, seja pelo tempo perdido na espera da assistência seja por considerarem a UBS como um espaço predominantemente feminino, ou seja, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres (FIGUEIREDO, 2005).

Da Tabela 9 é possível determinar que a maior diferença percentual entre as categorias das variáveis independentes em relação nível de informação insatisfatório foi registrada para a questão: “Algum PS já ensinou a olhar a sua boca”, que foi 8,6% mais elevado entre os que responderam negativamente à questão (93,2% x 86,7%).

Não se comprovou associação significativa entre o nível de informação com nenhuma das outras variáveis ( $p > 0,05$ ).

Tabela 8 – Análise bivariada para o comportamento preventivo dos usuários

Variável	Comportamento preventivo dos usuários				TOTAL		Valor de p	OR (IC à 95%)
	Insatisfatório		Satisfatório					
	n	%	n	%	N	%		
<b>• Faixa etária</b>								
18 a 39	180	62,7	107	37,3	287	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,020*	1,00
40 a 59	59	74,7	20	25,3	79	100,0		1,75 (1,00 a 3,07)
60 ou mais	15	88,2	2	11,8	17	100,0		4,46 (1,00 a 19,87)
<b>Grupo Total</b>	<b>254</b>	<b>66,3</b>	<b>129</b>	<b>33,7</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Gênero</b>								
Masculino	91	78,4	25	21,6	116	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,001*	2,32 (1,40 a 3,85)
Feminino	163	61,0	104	39,0	267	100,0		1,00
<b>Grupo Total</b>	<b>254</b>	<b>66,3</b>	<b>129</b>	<b>33,7</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Escolaridade</b>								
Até 8 anos	175	73,5	63	26,5	238	100,0	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	2,38 (1,53 a 3,69)
> 8 anos	76	53,9	65	46,1	141	100,0		1,00
<b>Grupo Total</b>	<b>251</b>	<b>66,2</b>	<b>128</b>	<b>33,8</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Renda familiar</b>								
Até 1 salário	161	62,4	97	37,6	258	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,122	1,00
> 1 salário	39	73,6	14	26,4	53	100,0		1,68 (0,87 a 3,25)
<b>Grupo Total</b>	<b>200</b>	<b>64,3</b>	<b>111</b>	<b>35,7</b>	<b>311</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Uso de prótese</b>								
Sim	85	72,6	32	27,4	117	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,069	1,56 (0,96 a 2,51)
Não	164	63,1	96	36,9	260	100,0		1,00
<b>Grupo Total</b>	<b>249</b>	<b>66,0</b>	<b>128</b>	<b>34,0</b>	<b>377</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Última consulta com PS</b>								
No último ano	166	57,4	123	42,6	289	100,0	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	1,00
Mais de 1 ano atrás	84	93,3	6	6,7	90	100,0		10,37 (4,39 a 24,53)
<b>Grupo Total</b>	<b>250</b>	<b>66,0</b>	<b>129</b>	<b>34,0</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Algum PS já ensinou a olhar sua boca</b>								
Sim	23	48,9	24	51,1	47	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,007*	1,00
Não	230	68,9	104	31,1	334	100,0		2,31 (1,25 a 4,28)
<b>Grupo Total</b>	<b>253</b>	<b>66,4</b>	<b>128</b>	<b>33,6</b>	<b>381</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Algum PS já examinou sua boca puxando sua língua para fora</b>								
Sim	13	43,3	17	56,7	30	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,005*	1,00
Não	240	68,4	111	31,6	351	100,0		2,83 (1,33 a 6,02)
<b>Grupo Total</b>	<b>253</b>	<b>66,4</b>	<b>128</b>	<b>33,6</b>	<b>381</b>	<b>100,0</b>		

(\*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 9 – Análise bivariada para o nível de informação dos usuários

Variável	Nível de informação				TOTAL		Valor de p	OR (IC à 95%)
	Insatisfatório		Satisfatório					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Faixa etária</b>								
18 a 30	268	93,4	19	6,6	287	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,613	1,88 (0,40 a 8,83)
31 a 59	72	91,1	7	8,9	79	100,0		1,37 (0,26 a 7,26)
60 ou mais	15	88,2	2	11,8	17	100,0		1,00
<b>Grupo Total</b>	<b>355</b>	<b>92,7</b>	<b>28</b>	<b>7,3</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Gênero</b>								
Masculino	108	93,1	8	6,9	116	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,837	1,09 (0,47 a 2,56)
Feminino	247	92,5	20	7,5	267	100,0		1,00
<b>Grupo Total</b>	<b>355</b>	<b>92,7</b>	<b>28</b>	<b>7,3</b>	<b>380</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Escolaridade</b>								
Até 8 anos	223	93,7	15	6,3	238	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,294	1,51 (0,70 a 3,27)
Mais de 8 anos	128	90,8	13	9,2	141	100,0		1,00
<b>Grupo Total</b>	<b>351</b>	<b>92,6</b>	<b>28</b>	<b>7,4</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Renda familiar</b>								
Até 1 salário	237	91,9	21	8,1	258	100,0	p <sup>(2)</sup> = 1,000	1,00
> 1 salário	49	92,5	4	7,5	53	100,0		1,09 (0,36 a 3,30)
<b>Grupo Total</b>	<b>286</b>	<b>92,0</b>	<b>25</b>	<b>8,0</b>	<b>311</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Uso de prótese</b>								
Sim	108	92,3	9	7,7	117	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,895	1,00
Não	241	92,7	19	7,3	260	100,0		1,06 (0,46 a 2,41)
<b>Grupo Total</b>	<b>349</b>	<b>92,6</b>	<b>28</b>	<b>7,4</b>	<b>377</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Última consulta com PS</b>								
No último ano	265	91,7	24	8,3	289	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,222	1,00
> 1 ano atrás	86	95,6	4	4,4	90	100,0		1,95 (0,66 a 5,77)
<b>Grupo Total</b>	<b>351</b>	<b>92,6</b>	<b>28</b>	<b>7,4</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Algum PS já ensinou a olhar sua boca</b>								
Sim	40	85,1	7	14,9	47	100,0	p <sup>(2)</sup> = 0,064	1,00
Não	313	93,7	21	6,3	334	100,0		2,61 (1,04 a 6,52)
<b>Grupo Total</b>	<b>353</b>	<b>92,7</b>	<b>28</b>	<b>7,3</b>	<b>381</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Algum PS já examinou sua boca puxando sua língua para fora</b>								
Sim	26	86,7	4	13,3	30	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,260	1,00
Não	327	93,2	24	6,8	351	100,0		2,10 (0,68 a 6,50)
<b>Grupo Total</b>	<b>353</b>	<b>92,7</b>	<b>28</b>	<b>7,3</b>	<b>381</b>	<b>100,0</b>		

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

## 6 CONCLUSÕES

Os dados colhidos nesta pesquisa, a partir dos instrumentos utilizados, nos permitem concluir:

1 – Os usuários do PSF do município de Patos apresentaram nível de informação e comportamento preventivo insatisfatórios;

2 – O nível de informação foi considerado médio para 36,3% dos entrevistados e, baixo para 56,4%. A maioria dos usuários conhecia os fatores de risco para o CB, poucos deles saberiam identificar algum aspecto clínico do CB e grande parte (72,6%) nunca ouviu falar no auto-exame de boca ;

3 – O comportamento preventivo foi considerado médio para 49,7% dos usuários e, alto para 33,7%. Metade dos entrevistados nunca realizou o auto-exame de boca e a maioria procuraria um PS caso apresentasse ferida na boca (78,1%);

4 – A maioria dos usuários passou por uma consulta com PS há menos de um ano (76,5%), no entanto, grande parte dos entrevistados nunca foi examinada por um PS para detecção do CB (92,0%);

5 – A maioria dos entrevistados foi composta por mulheres (69,7%), com ensino fundamental (55,9%) e renda familiar de até um SM (67,4%).

## REFERÊNCIAS

- ABREU, M.A.M.M.; SILVA, O.M.P.; PIMENTEL, D.R.N.; HIRATA, C.H.W.; WECKX, L.L.M.; ALCHORNE, M.M.A.; MICHALANI, M.S. Queilite actínica adjacente ao carcinoma espinocelular do lábio como indicador de prognóstico. **Rev Bras Otorrinolaringol.** v. 72, n. 6, p.767-771, 2006.
- ALMEIDA-FILHO, N.; LESSA, I.; MAGALHÃES, L.; ARAÚJO, M.J.; AQUINO, E.; KAWAKI, I.; JAMES, S.A. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. **Rev Saúde Pública.** v. 38, n. 1, p. 45-54, 2004.
- ALONG, O.K.; NARENDRAN, S. Opinions about oral cancer prevention and early detection among dentists practising along the Texas–Mexico border. **Oral Diseases.** v. 9, p. 41-45, 2003.
- ALQUATI, R. A. B.. **Câncer bucal.** Santa Catarina: 2005. Disponível em: < <http://www.saudevidaonline.com.br/odontonline/cancer2.htm>>. Acesso em 09 nov. 2007.
- ALTMAN, D.G. **Practical Statistics for Medical Research.** Chapman and Hall 1991, Great Britain, London, 611 pg.
- ANTUNES, J.L.; BIAZEVIC, M.G.; DE ARAÚJO, M.E.; TOMITA, N.E.; CHINELLETO, L.E.; NARVAI, P.C. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980-1998. **Oral Oncol.** v.37, n.4, p.345-50, jun, 2001.
- ANTUNES, J.L.; TOPORCOV, T.N.; WUNSCH-FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Rev Panam de Salud Publica,** 2007; 21(1): 30-6.
- BATISTA, A.B.; FERREIRA, F.M.; IGNÁCIO, S.A.; MACHADO, M.A.N.; LIMA, A.D.S. Efeito do Tabagismo na Mucosa Bucal de Indivíduos Jovens: Análise Citomorfométrica. **Rev Bras Cancerol.** v. 54, n. 1, p. 5-10, 2008.
- BORGES, D.M.L.; SENA, M.F.; FERREIRA, M.A.F.; RONCALLI, A.G. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. **Cad Saúde Pública.** v. 25, n. 2, p. 321-327, fev. 2009.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades @. Paraíba, Patos. Contagem da população 2009a. Disponível em : < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em jan.2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 128p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007b, 96p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando Sobre o Câncer da Boca**. Rio de Janeiro: INCA, 2002, 52p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004, 183p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer/CONPREV. Secretaria de Estado da Saúde / Fundação Oncocentro de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde / Pro-Aim. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo / Departamento de Epidemiologia. **Registros de Câncer no Brasil e sua História**. São Paulo/SP, 2005. 28p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006, 119p.

BRENER, S.; JEUNON, F.A.; BARBOSA, A.A.; GRANDINETTI, H.A.M. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. **Rev Bras Cancerol**, v. 53, n. 1, p. 63-63, 2007.

BURT, B.A. Concepts of risk in dental public health. **Communtiy Dent Oral Epidemiol**, v.33, n.4, p.240-247, aug. 2005.

CANTO, M.T.; DRURY, T.F.; HOROWITZ, A.M. Use of skin and oral cancer examinations in the United States, 1998. **Prev Med**, v.37, n.3, p.278-282, Sep. 2003.

CARDOSO, M. F. A.; NOVIKOFF, S.; TRESSO, A.; SEGRETO, R. A.; CERVANTES, O. Prevenção e controle das seqüelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. **Radiol Bras**. V. 38, n. 2, mar./abr. 2005.

CARRARD, V.C.; PIRES, A.S.; PAIVA, R.L.; CHAVES, A.C.M.; SANT'ANA-FILHO, M. Álcool e Câncer Bucal: Considerações sobre os Mecanismos Relacionados. **Rev Bras Cancerol**, v.54, n.1, p. 49-56, 2008.

CARVALHO, M.S.; d'ORSI, E.; PRATES, E.C.; TOSHI, W.D.M.; SHIRAIWA, T.; CAMPOS, T.P; ELL, E.; GARCIA, N.L.; JUNQUEIRA, A.P.; SERRÃO, S.A.; TAVARES, E.L. Demanda Ambulatorial em Três Serviços da Rede Pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n.1, p.17-29, jan/mar, 1994.

CARVALHO, C. Cresce a incidência de câncer da boca no Brasil: diagnóstico tardio da doença pode acarretar tratamento mutilante nos pacientes. **Rev Bras de Odontol**. v. 60, n. 1, jan/fev. 2003.

CRUZ, G.D.; LE GEROS, R.Z.; ASTROFF, J.S.; HAY, J.L.; KENIGSBURG, H.; FRANKLIN, D.M. Oral cancer knowledge, risk factors and characteristics of subjects in a large oral cancer screening program. **J Am Dent Assoc.** v. 133, n. 8, p. 1064-71, aug. 2002.

DEDIVITIS, R. A.; FRANÇA, C. M.; MAFRA, A. C. B.; GUIMARÃES, F. T.; GUIMARÃES, A. V. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev Bras de Otorrinolaringol.** V. 70, n. 1, jan./fev. 2004.

DIB, L. L. **Nível de conhecimento e atitudes preventivas entre universitários do curso de odontologia em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação.** São Paulo: 2002. Disponível em: < <http://~.hcanc.org.br/acta/2004/acta04-17.html>>. Acesso em 09 nov. 2007.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.105-109, 2005.

GIGLIOTTI, M.P.; TOLENTINO, E.S.; TOMITA, N.E.; CHINELLATO, L.E.M. Principais mecanismos de atuação do álcool no desenvolvimento do câncer oral. **Odontologia. Clin.- Científ**, v.7, n.2, p.107-112, abr/jun. 2008.

GOLDENBERG, D. Mete: a risk factor for oral and oropharyngeal cancer. **Oral Oncol**; v.38, n.7, p. 646-49, 2002.

GOMES, U.A.; CARVALHO, E.M. Knowledge of people about cancer prevention in **Brazil.** **Rev Bras Cancerol**, v.45, n.3, p.29-37, 1999.

HOROWITZ, A.M.; MOON, H.S.; GOODMAN, H.S.; YELLOWITZ, J.A. Maryland adults' knowledge of oral cancer and having oral cancer examinations. **J Public Health Dent**, v.58, n.4, p.281-287, 1998.

HOROWITZ, A.M.; NOURJAH, P.; GIFT, H.C. U.S. Adult knowledge of risk factors and signs of oral cancers: 1990. **J Am Dent Assoc.** v. 126, n. 1, p. 39-45, 1995.

KLIGERMAN, J. Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. **Rev Bras Cancerol**, v.48, n.1, p.3-7, 2002.

KOWALSKI, L.P.; CARVALHO, A.L. Influence of time delay and clinical upstaging in the prognosis of head and neck cancer. **Oral Oncology.** v. 37, p. 94-98, 2001.

KUJAN, O.; DUXBURY, A.J.; GLENNY, A.M.; THAKKER, N.S.; SLOAN, P. Opinions and attitudes of the UK's GPs and specialists in oral surgery, oral medicine and surgical dentistry on oral cancer screening. **Oral Diseases.** v. 12, 194-199. 2006.

LA VECCHIA, C.; NEGRI, E.; D'AVANZO, B.; BOYLE, P. Franceschi S. Dietary indicators of oral and pharyngeal cancer. **Int J Epidemiol** v. 20, p. 39-44. 1991.

LEE, R.M. **Métodos não Interferentes em Pesquisa Social.** Lisboa: Gradiva, 2003.

LEONEL, E. C. F., VIEIRA, E. H., GABRIELLI, M. A. C. Análise retrospectiva da incidência, diagnóstico e tratamento das lesões bucais encontradas no Serviço de Cirurgia e

Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP. **Rev Paulist de Odontol.** n. 3 maio/junho. 2002.

LOSI-GUEMBASOVSKI, R. et al. Oral carcinoma epidemiology in Parana State, Southern Brazil. **Cad Saúde Pública.** v.25, n.2, p.393-400, fev, 2009.

MARCHIONI, D.M.L.; FISBERG, R.M.; GÓIS-FILHO, J.F.; KOWALSKI, L.P.; CARVALHO, M.B.; ABRAHÃO, M.; LATORRE, M.R.D.O.; ELUF-NETO, J.; WUNSCH-FILHO, V. Fatores dietéticos e câncer oral: estudo caso-controle na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública.** v. 23, n. 3, p. 553-564, mar, 2007.

MARTINS, M.A.T.; MARQUES, F.G.O.A.; PAVESI, V.C.S.; ROMÃO, M.M.A.; LASCALA, C.A.; MARTINS, M.D. Avaliação do conhecimento sobre câncer bucal entre universitários. **Rev Bras Cir Cabeça e Pescoço,** v. 37, n. 4, p. 191-197, out/nov/dez, 2008.

MAURÍCIO, H.A.; MATOS, F.C.M.; GUIMARÃES, T.M.A. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre o câncer de boca da comunidade atendida pelo PSF de São Sebastião do Umbuzeiro/PB. **Rev Bras Cir Cabeça e Pescoço,** v. 38, n. 1, p. 10-14, jan/fev/mar, 2009.

MELO, A.U.C. **Avaliação do nível de informação e comportamento preventivo a respeito do câncer bucal em usuários e cirurgiões-dentistas das UBS do PSF de Aracajú/SE.** Dissertação (Mestrado em Diagnóstico Bucal) Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

MEIRELES, S.S; COSTA, L.J. Ações Preventivas Contra o Câncer Bucal e Perfil da Doença no Estado da Paraíba. **RFO UPF,** v.47, n.2, p.5-8, 2006.

MELO, A.U.C. ; ROSA, M.R.D.; AGRIPINO, G.G.; RIBEIRO, C.F. Informação e comportamento de cirurgiões-dentistas do Programa da Saúde da Família de Aracajú a respeito de câncer bucal. **Rev Bras Cir Cabeça e Pescoço,** v. 37, n. 2, p. 114-119, abril/maio/junho, 2008.

MILLER, C.S.; JOHNSTONE, B.M.. Human papillomavirus as a risk factor for oral squamous cell carcinoma: a meta-analysis, 1982-1997. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.** v. 91, p. 622-635, 2001.

MONTENEGRO, A. B., NETO, BRITO. **Patologia Processos gerais.** 48 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1992.

MONTORO, J.R.M.C.; HICZ, H.A.; SOUSA, L.; LIVINGSTONE, D.; MELO, D.H.; TIVERON, R.C.; MAMEDE, R.C.M. Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular da cavidade oral. **Rev Bras Otorrinolarigol.** v. 74, n. 6, p. 861-866, 2008.

MORAIS, Teresa Márcia Nascimento de. **Câncer de boca: Avaliação do conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico.** São Paulo, 2003. Dissertação (mestrado em Clínica Integrada) Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

- NATIONS, M. K.; NUTO, S.S.; CAVALCANTE, R.B.; COSTA, I.C.C.; SOUZA, L.B. Experiencing Oral Cancer: What Poor Brazilians Believe and Dentists Should Know. **App Cancer Res**, v.28, n.2, 2008.
- NEVILLE, D.D.S.; DAMM, D.D.S.; ALLEN, M.S.D.; BOUQUOT, M.S.D. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2004.
- NOCE, C.W.; RABELO, M.S. Avaliação da Relação entre o Tamanho do Tumor e Características Sociais em Pacientes com Carcinoma de Células Escamosas Bucal. **Rev Bras Cancerol**, v.54, n.2, p.123-129, 2008.
- OLIVEIRA, J.C.; MARTINS, E.; CURADO, M.P.; SILVA, C.M.B.; MOREIRA, M.A.R. Dietary Habits: A Risk or Protective Factor for Cancer of the Mouth and Oropharynx in Goiás, Brazil? **Applied Cancer Research**. v. 28, n. 1, p. 11-16, 2008.
- OLIVEIRA, L. R., SILVA, A. R., ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. **J Bras Patol Med Lab**, v. 42, n. 5, p. 385-92, out/nov. 2006.
- PARAJARA, F. Enfrentando o câncer bucal. **Rev da Assoc Paulista de Cirurgiões Dentistas**, V. 53, n. 5, p. 353-61, set./out, 1999.
- PRADO, R.F.; TAVEIRA, L.A.A. Nicotina na carcinogênese química bucal. **Rev Bras Patol Oral**. v. 2, n. 4, out/dez, 2003.
- RIVERO, E.R.C.; NUNES, F.D. HPV in oral squamous cell carcinomas of a Brazilian population: amplification by PCR. **Braz Oral Res**. v. 20, n. 1, p. 21-24, 2006.
- ROBBINS, S. L., COLTRAN, R. S., KUMAR, V. **Patologia Básica**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
- SANTOS, P.P.A.; RIBEIRO, B.F.; MEDEIROS, A.M.C.; COSTA, A.L.L.; SOUZA, L.B. Câncer de Língua em Adulto Jovem: Forte Associação entre Álcool e Tabaco. **Odontologia. Clin.-Científ**, v.7, n.4 p. 353-355, out/dez, 2008.
- SARTORI, LUÍS CLÁUDIO. Rastreamento do câncer bucal na estratégia saúde da família: estruturação e fortalecimento da rede de referência e contra-referência. **Rev. bras. saúde fam**. v.7, n.12, p. 32-36, out.-dez. 2006.
- SHAFER, W. G., HINE, M. K, LEVY, B. M. **Tratado de Patologia Bucal**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.
- SIMONATO, L.E.; MIYAHARA, G.L. Papel do Papilomavírus Humano na Carcinogênese Bucal. **Rev Bras Cancerol**. v. 53, n. 4, p.471-476, 2007.
- SOARES, C.P.; MALAVAZI, I.; REIS, R.I.; NEVES, K.A.; ZUANON, J.A.S.; BENATTI-NETO, C.; SPOLIDÓRIO, L.C.; OLIVEIRA M.R.B. Presença do apilomavirus humano em lesões malignas de mucosa oral. **Rev Socied Bras Med Tropical**. v. 35, n.5, p. 439-444, set/out, 2002.

SOARES, H.A. **Manual de câncer bucal**. São Paulo: CROSP, 1ª Ed. 2003.

SOUZA, T.R.B.; GONÇALVES, A.J. Papilomavírus humano e a detecção do DNA viral no carcinoma espinocelular da cavidade oral. **Rev Bras Cir Cabeça e Pescoço**. v.38, n.1, p.62-66, jan/fev/mar, 2009.

SUSIN, C.; RÖSING, C.K. **Praticando odontologia baseada em evidências**. Canoas: ULBRA, 1999. 176 p.

VIANA, M.A.S. **Código civil comentado: parte geral: arts. 1º a 232**. 1ª ed.; Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2009.

YELLOWITZ, J.A.; GOODMAN, H.S.; FAROOQ, N.S. Knowledge, opinions and practices related to oral câncer: results of three elderly racial groups. **Spec Care Dentist**; v.17, n.3, p.100-104, may-jun, 1997.

ZAR, J.H. **Biostatistical Analysis**. Four Edition. Prentice Hall – New Jersey – USA, 1999 – 929 pg.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **NÍVEL DE INFORMAÇÃO E COMPORTAMENTO PREVENTIVO DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PATOS-PB FRENTE AO CÂNCER BUCAL** e está sendo desenvolvida por **JOSÉ CADMO WANDERLEY PEREGRINO DE ARAÚJO FILHO**, aluno do Curso de Pós-Graduação (Mestrado em Diagnóstico Bucal) em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof(a) **DRA. FRANCINEIDE ALMEIDA PEREIRA MARTINS**

Os objetivos do estudo são avaliar o nível de informação e de comportamento preventivo a respeito do câncer bucal em usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do PSF do município de Patos-PB

A finalidade deste trabalho é contribuir com a formulação de campanhas de prevenção do câncer bucal e conseqüentemente para a melhoria na qualidade de vida da população estudada

Solicitamos a sua colaboração para entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

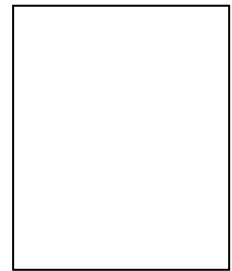
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa  
ou Responsável Legal



Espaço para impressão  
dactiloscópica

---

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) **JOSÉ CADMO WANDERLEY PEREGRINO DE ARAÚJO FILHO** Endereço (Setor de Trabalho): R. Bossuet Wanderley, 449 – Centro – Patos-PB  
Telefone: (83) 99714344

Atenciosamente,

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Pesquisador Participante

## APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

Formulário Nº \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PSF. Endereço: \_\_\_\_\_

### NÍVEL DE INFORMAÇÃO E COMPORTAMENTO PREVENTIVO DO USUÁRIO

#### COMPORTAMENTO PREVENTIVO

1) Quando foi a última vez que você se consultou com um profissional da área de saúde como médico, enfermeiro ou dentista?  
 \_\_\_\_\_ Qual foi o motivo da consulta?

OBS: NÃO FORNECER AO USUÁRIO AS ALTERNATIVAS. 1-( ) No último ano 2-( ) Há mais de um ano

2) O que você faria se tivesse na boca uma ferida que não sara, mas não dói e não sangra?  
 \_\_\_\_\_

OBS: NÃO OFERECER AO USUÁRIO AS ALTERNATIVAS. 1-( ) Procurava um profissional Qual profissional?  
 \_\_\_\_\_ 2-( ) Auto-medicação 3-( ) Remédio caseiro 4-( ) Nada 5-( ) Outra  
 \_\_\_\_\_

3) Se a resposta for “procurar um profissional de saúde” deve-se perguntar: Com quanto tempo após perceber a ferida na boca você procuraria um profissional? \_\_\_\_\_

OBS: NÃO OFERECER AO USUÁRIO AS ALTERNATIVAS. 1-( ) 15 dias ou menos 2-( ) Mais de 15 dias

4) Você alguma vez já examinou a sua boca para ver se tem alterações nela?

1-( ) Sim 2-( ) Não Quando? \_\_\_\_\_

5) Atualmente você fuma? 1-( ) Sim 2-( ) Não

6) Você já fumou? 1-( ) Sim 2-( ) Não

7) Caso resposta “sim” na questão anterior: Qual o tipo? 1-( ) Cigarro industrial 2-( ) Cigarro de palha 3-( ) Cachimbo 4-( ) Outro

8) Quantos cigarros você fuma ou fumou por dia? \_\_\_\_\_

OBS: NÃO OFERECER AO USUÁRIO AS ALTERNATIVAS. 1-( ) Pelo menos 1 cigarro/dia nos últimos 30 dias 2-( ) 0,5 maço/dia ou menos 3-( ) 01 maço/dia 4-( ) 1,5 maço/dia ou mais

9) Atualmente você bebe (bebida alcoólica)? 1-( ) Sim 2-( ) Não

10) Você já bebeu? 1-( ) Sim 2-( ) Não

Caso resposta “sim” na questão 9: responder as questões 11, 12 e 13.

11) Qual o tipo de bebida, geralmente? ( ) Cerveja ( ) Vinho ( ) Cachaça ( ) Outro \_\_\_\_\_

12) Quantos dias na semana você ingere bebida alcoólica, geralmente (qualquer quantidade)?

1-( ) Um 2-( ) Dois 3-( ) Três 4-( ) Quatro 5-( ) Cinco 6-( ) Seis 7-( ) Todos

13) Qual a quantidade de bebida por vez, geralmente? \_\_\_\_\_

#### NÍVEL DE INFORMAÇÃO

14) Você conhece algum fator/hábito que pode causar câncer na boca ou lábio? 1-( ) Sim 2-( ) Não Qual?  
 \_\_\_\_\_

15) Dentre os fatores que vou citar agora, qual ou quais deles você acha que pode causar câncer de boca ou lábio?

1-( ) Fumar 2-( ) Comer alimentos apimentados 3-( ) Ter dentes cariados 4-( ) Exposição excessiva ao sol 5-( ) Usar próteses dentárias folgadas 6-( ) Comer ou beber alimentos quentes 7-( ) Comer poucas frutas e verduras 8-( ) Frequentemente morder a bochecha ou lábio 9-( ) Beber bebidas alcoólicas 10-( ) Ter contato com algum tipo de vírus

16) O câncer de boca pode se apresentar com diversos aspectos ou formas. Você conhece alguma das formas como o câncer de boca se parece? 1-( ) Sim 2-( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

17) Câncer de boca pega (é contagioso)? 1-( ) Sim 2-( ) Não

18) Você já ouviu falar em auto-exame de boca? 1-( ) Sim 2-( ) Não

19) O que você faz para perceber se tem um problema na sua boca?  
\_\_\_\_\_

### **EXPERIÊNCIA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

20) Você já foi atendido por algum dentista nesta unidade? 1-( ) Sim 2-( ) Não Quantas vezes: \_\_\_\_\_

21) Algum profissional de saúde já conversou com você sobre câncer de boca? 1-( ) Sim 2-( ) Não Qual: 1-( ) Dentista 2-( ) Médico 3-( ) Enfermeiro 4-( ) ACS 5-( ) Outro

22) Algum profissional de saúde já ensinou você a olhar sua boca e procurar se tem alguma alteração nela? 1-( ) Sim 2-( ) Não Qual? 1-( ) Dentista 2-( ) Médico 3-( ) Enfermeiro 4-( ) ACS 5-( ) Outro \_\_\_\_\_

23) Algum profissional de saúde já examinou sua boca puxando a sua língua para fora, olhando os lados da língua, e palpando a parte de baixo dela? 1-( ) Sim 2-( ) Não Qual? 1-( ) Dentista 2-( ) Médico 3-( ) Enfermeiro 4-( ) ACS 5-( ) Outro \_\_\_\_\_

24) Caso resposta "sim" na questão anterior: Quando este exame aconteceu? 1-( ) Ano passado 2-( ) Entre 1 a 3 anos atrás 3-( ) Mais de 3 anos atrás

### **SÓCIO-ECONÔMICO**

25) **Sexo:** 1-( ) Masc 2-( ) Fem **Idade:** \_\_\_\_\_ **Profissão/ocupação:** \_\_\_\_\_

26) Escolaridade: 1-( ) Analfabeto/ Semi-analfabeto 2-( ) Fundamental [ Primário + 1º Grau] 3-( ) Médio [ 2º Grau] 4-( ) Superior

27) Renda familiar? R\$ \_\_\_\_\_ Quantas pessoas vivem dessa renda? \_\_\_\_\_

OBS: NÃO FORNECER AO USUÁRIO AS ALTERNATIVAS ABAIXO.

Salário Mínimo: R\$ 465,00

1-( ) Sem renda 2-( ) 01 SM 3-( ) 02 SM 4-( ) 03 a 04 SM 5-( ) 05 SM ou mais

28) Você usa prótese dentária? 1-( ) Sim 2-( ) Não Tipo: ( ) Removível ( ) Fixa \_\_\_\_\_

29) Você possui algum dente na boca? 1-( ) Sim (Dentado) 2-( ) Não (Edentulo)

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – Lista das UBS**

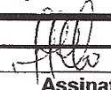

UNIDADE DE SAÚDE	ENDEREÇO
Aderbal Martins	R. Sebastião Monteiro, S/N – Monte Castelo
Aderban Martins	R. Enaldo Torres Fernandes – Jd. Lacerda
Antônio Urquiza	Dist. Santa Gertrudes
Belmiro Guedes	R. Alto Castiliano – Santo Antônio
Bivar Olintho	R. Severino Dutra, 100 – Morro
Dirce Xavier	R. Duque de Caxias, 143 – Centro
Domiciano Vieira	R. Basta Gomes, 712 – Jd. Guanabara
Enaldo Torres	R. Pedro Firmino – Salgadinho
Ernesto Soares	R. Oliven de Queiroz, 49 – Juá Doce
Evaristo Guedes	R. Celina Gindin dos Santos, Q19 – Multirão
Frei Damião	Av. Rio Branco, 63/64 – Centro
Haydee Medeiros	R. Peregrino Filho – Centro
Horácio Nóbrega	R. Lima Campos, S/N – São Sebastião
Jardim Queiroz	R. Francisco Brandão – Jd. Queiroz
Jatobá	R. Roselvet Gomes, 304 – Jatobá
João Soares	R. Pedro Moura, S/N – Sete Casas
José de Oliveira	R. Semeão Gentil, S/N – Bivar Olintho
Lauro Queiroz	R. Justiniano Guedes, 94 – Jatobá
Liberdade	R. José Genuíno, 835 – Liberdade
Maria Marques	R. Manoel Mota, S/N – Jatobá
Ministro Ernani	Trav. Euclides Franco – Vitória

Monte Castelo	R. Renan Aires, 16 – Monte Castelo
Nabor Wanderley	R. Pedro Moura – V. Cavalcante
Osman Aires	R. Elias Asfora, S/N – Santo Antônio
Pedro Firmino	R. Antonieta Longo – Conj. José Mariz
Rita Palmeira	R. Cândido das Laranjeiras
Rosinha Xavier	R. Do Prado, S/N – Liberdade
Sebastiana Xavier	R. Zozimo Gurgel, S/N – Bivar Olintho
Solon Medeiros	R. Manoel Torres, S/N – Salgadinho
Verônica Vieira	R. Moacir Leitão, 1040 – Belo Horizonte
Vila Mariana	Parque Cruz da Menina
Roberto Oba	R. Manoel Alves Figueiredo, 16 – Vitória
Walter Aires	R. Severino Inácio – Noé Trajano

**ANEXO A - Protocolo CEP**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Conselho Nacional de Saúde**  
**Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**

<b>PROJETO RECEBIDO NO CEP</b>		<b>CAAE - 1513.0.000.349-09</b>	
<b>Projeto de Pesquisa</b> Avaliação do nível de informação e comportamento preventivo a respeito do câncer bucal em pacientes atendidos nos Programas de Saúde da Família (PSF) do município de Patos-PB.			
<b>Área(s) Temática(s) Especial(s)</b> Não se aplica		<b>Grupo</b>	<b>Fase</b> Não se aplica
<b>Pesquisador Responsável</b>			
<b>CPF</b> 00739396412	<b>Pesquisador Responsável</b> José Cadmo Wanderley Peregrino de Araújo Filho	 <b>Assinatura</b>	
<b>Comitê de Ética</b>			
<b>Data de Entrega</b> 07/05/2009	<b>Recebimento:</b>		
 <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-SES/PB</b> <b>SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DA PARAÍBA</b> Av. D. Pedro II, 1826 - Torre			

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.