

Conhecimento de usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o câncer de boca

Cosmo Helder Ferreira da Silva¹, Nyanne Barros Queiroz¹, Francisco Cezanildo Silva Benedito², Gabriela Silva Cruz², Ana Caroline Rocha de Melo Leite²

¹Centro Universitário Católica de Quixadá, Quixadá, Ceará, Brasil.

²Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, Ceará, Brasil.

Objetivo: Identificar o conhecimento sobre o câncer de boca dos pacientes da Estratégia Saúde da Família do Município de Quixadá, Ceará, Brasil.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo e analítico, realizado com 90 usuários de Unidades Básicas de Saúde no município de Quixadá, Ceará, Brasil. Participaram da pesquisa usuários dos serviços da Estratégia Saúde da Família. Para a coleta de dados, foi aplicado um questionário estruturado. Os dados foram analisados no programa estatístico *Epi Info* versão 7, considerando um nível de significância de 5%. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Católica de Quixadá com o protocolo de número 1.499.677.

Resultados: Quanto aos aspectos socioeconômicos, identificamos um maior número de participantes do sexo feminino (66,7%), idade entre 45 e 50 anos (31,1%), residem na zona urbana (60%), com ensino fundamental incompleto (41,1%) e renda familiar de um salário mínimo (47,8%). Quanto aos hábitos de saúde e conhecimento, 87,8% não são fumantes e 81,1% não fazem uso de álcool. Dentre os entrevistados 67,8% não possuem nenhum tipo de conhecimento sobre câncer de boca; 75,6% nunca ouviram falar sobre o autoexame e 93,3% não sabem como realiza-lo. Observou-se associação estatisticamente significativa em ser do sexo masculino e o elevado consumo de álcool ($p = 0,002$) e entre ouvir falar do autoexame e residir em área de zona urbana ($p = 0,001$).

Conclusão: O conhecimento sobre o câncer de boca dos usuários da Estratégia Saúde da Família do município de Quixadá mostra-se insuficiente.

Descritores: Neoplasias bucais. Saúde bucal. Atenção primária à saúde.

Submetido: 26/03/2018

Aceito: 03/08/2018

INTRODUÇÃO

O câncer de boca é considerado um conjunto de neoplasias malignas localizadas na cavidade oral, apresentando variadas etiologias e aspectos histopatológicos. Define-se como uma doença crônica multifatorial, resultante da interação de diversos fatores de risco que afetam o organismo do indivíduo, propiciando uma proliferação celular desordenada, determinando

a formação de tumores malignos que podem invadir tecidos e órgãos¹.

Entre os tipos de câncer que acometem a região de cabeça e pescoço, cerca de 40% se localizam na cavidade oral. Esses estão entre os dez tipos de neoplasias malignas mais frequentes, sendo o quinto mais prevalente no sexo masculino e o sétimo no feminino². No cenário mundial, os dados mostram a ocorrência de 571.386 novos casos da doença e 316.168 óbitos. Em 2020, a

Autor para correspondência:

Cosmo Helder Ferreira da Silva

Rua Cosmo Santos, nº 01, Centro, Itapiúna-CE, Brasil.

CEP: 62.740.000

E-mail: helderferreira_18@yahoo.com.br

estimativa é de 350 mil óbitos, equivalendo a 4,7 mortes para cada 100.000 habitantes³.

No âmbito nacional, entre os anos de 2005 e 2015, foram notificados 54.624 óbitos por câncer na cavidade oral, dos quais 11.933 foram registrados na região Nordeste⁴. No mesmo período, no Ceará, 1.938 pessoas foram vítimas de câncer de boca, das quais 88 eram da região de Quixadá⁵. Além desses registros, no Brasil, esperam-se 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019⁶.

Assim, com base nos dados acima, observa-se uma piora dos indicadores epidemiológicos ao longo do tempo, nos quais se observa uma alta incidência e mortalidade, particularmente no cenário mundial e nacional, fazendo do câncer de boca um problema de saúde pública⁷. A esses dados atribui-se a importância de se conhecer a diversidade e características padrões da doença, possibilitando a promoção de ações preventivas e diagnóstico precoce.

Quanto a seus fatores de risco, esses compreendem os genéticos, sociais, ambientais e comportamentais. Dentre eles, pode-se mencionar o consumo de substâncias nocivas, como fumo e álcool, deficiência nutricional, infecções por Papiloma Vírus Humano (HPV), deficiência imunológica e radiação solar⁸. Entretanto, o uso de próteses mal adaptadas não é considerado um fator causador de câncer bucal, mas pode provocar ou exacerbar lesões. De fato, lesões orais, mesmo que transitórias, expõem a cavidade bucal ao contato mais íntimo com substâncias cancerígenas, como álcool e tabaco^{9,10}.

Quanto ao seu diagnóstico, as lesões bucais malignas geralmente são diagnosticadas tardiamente, momento em que a doença se encontra em estágio avançado, resultando em aumento da mortalidade e diminuição da sobrevida e cura do paciente⁸. Realmente, como consequência do diagnóstico tardio, aproximadamente 40% das pessoas com câncer de boca são incapazes de realizar tratamentos efetivos, pelo estágio avançado da doença, e 24% apresentam metástases. Assim, o diagnóstico precoce é de extrema importância, já que, quando as lesões são diagnosticadas ainda pequenas e em fase inicial, a taxa de sobrevida em 5 anos chega a ser em torno de 70 a 90%^{8,11}.

Nesse contexto, vale mencionar que o diagnóstico tardio pode decorrer da deficiência na formação profissional e conhecimento da população sobre o câncer de boca⁸. Diante dessa realidade, faz-se necessária uma formação mais adequada dos profissionais de saúde, particularmente o cirurgião-dentista. Para a

população, ações de educação em saúde, com ênfase nos fatores de risco, hábitos e condutas de prevenção, reabilitação e manutenção da saúde oral, podem promover o conhecimento necessário para identificação precoce das alterações bucais e favorecer a instituição imediata do tratamento.

Assim, o objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento sobre o câncer de boca dos pacientes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Quixadá - Ceará.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, observacional, descritivo e analítico realizado com usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em Quixadá - CE, constituída por duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A amostragem foi realizada por conveniência, com 112 participantes, dos quais 22 foram excluídos do estudo, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Como critério de inclusão ao estudo, considerou-se ter 45 anos ou mais, ser cadastrado e acompanhado por uma das duas equipes da ESF. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que não responderam o questionário por completo, eram analfabetos ou tinham dificuldade para compreender e responder o instrumento da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de março e abril de 2017, por meio da aplicação de um questionário estruturado. Esse era autoexplicativo e continha 12 questões de múltipla escolha, em língua portuguesa, as quais abordaram dados socioeconômicos (questões 1 a 5), hábitos de saúde (questões 6 a 8) e conhecimento sobre câncer de boca (questões 9 a 12). Para a validação do questionário, foi realizado um teste piloto com 8 indivíduos a fim de verificar a aplicabilidade e entendimento deste instrumento por parte do público alvo.

A versão final do instrumento foi aplicada a um grupo composto por 90 usuários do serviço de saúde. A aplicação do questionário foi feita por dois examinadores, previamente calibrados, em dois dias da semana nos horários da manhã e tarde, que abordaram os usuários na sala de espera da UBS, no dia de atendimento específico para adultos e idosos.

Os dados foram tabulados no *Excel for Windows 2016* e analisados utilizando o programa *Epi Info* versão 7.0. Para avaliação da associação entre as variáveis preditoras e desfechos, foi aplicado o teste qui-quadrado. Considerou-se o nível de significância de 5%.

O presente estudo foi aprovado pelo

Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Católica de Quixadá, conforme protocolo de número CAAE: 54611816.8.0000.5046 e parecer nº 1.499.677, atendendo aos termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Em relação aos aspectos socioeconômicos, os resultados mostraram o predomínio do sexo feminino (66,7%) e uma distribuição dos participantes, pela faixa etária, da seguinte forma: 45 a 50 anos (31,1%), 51 a 55 anos (25,6%), 56 a 60 anos (15,6%), 61 a 65 anos (7,8%), 66 a 70 anos (12,2%) e 71 a 75 anos (7,8%).

Quanto à escolaridade, os participantes apresentaram o seguinte perfil: 41,1% tinham ensino fundamental incompleto, 25,6% tinham concluído o ensino fundamental, 7,8% tinham ensino médio incompleto, 18,9% tinham cursado o ensino médio, 5,6% tinham ensino superior incompleto e 1,1% tinham concluído o nível superior.

Em relação ao local de moradia, 60% dos pesquisados residiam na zona urbana. Quanto à renda familiar, 23,3% dos participantes tinham renda inferior a um salário mínimo, 47,8%

apresentavam renda de um salário mínimo, 22,2% afirmaram possuir renda de até dois salários mínimos e 6,7% relataram ter renda superior a dois salários mínimos.

Em relação aos hábitos de vida, 12,2% dos pesquisados apontaram uso de tabaco e 18,9% relataram fazer uso de bebidas alcoólicas. Quanto ao uso de prótese, 72,2% dos participantes faziam uso.

Sobre o conhecimento dos participantes em relação ao câncer de boca, 67,8% desconheciam a doença. Quando questionados sobre situações de suspeita de câncer de boca, foram mencionadas as seguintes circunstâncias: caroços (53,3%), sangramento (21,1%), manchas (20%) e ardência (4,4%). Quando questionados sobre o autoexame para detecção precoce do câncer de boca, 75,6% dos participantes nunca tinham ouvido falar sobre o assunto. Em relação ao saber realizar o autoexame, 93,3% dos pesquisados relataram não saber como fazer.

Quando analisada a associação entre o consumo de álcool e aspectos socioeconômicos (sexo, faixa etária, escolaridade e zona de moradia) e uso de tabaco, houve uma associação significativa entre não consumir álcool e ser do sexo feminino ($p = 0,002$) e residir em zona urbana ($p = 0,004$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Associação entre consumo de álcool, aspectos socioeconômicos e uso de tabaco de usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF). Quixadá, CE, Brasil, 2017.

(continua)

Variáveis (N = 90)	Consumo de álcool		Valor de p ¹
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo			
Feminino	06 (6,7)	54 (60,0)	0,002
Masculino	11 (12,2)	19 (21,1)	
Faixa etária			
45 a 50	05 (5,5)	23 (25,5)	0,49
51 a 55	04 (4,4)	19 (21,1)	
56 a 60	01 (1,1)	13 (14,4)	
61 a 65	02 (2,2)	05 (5,5)	
66 a 70	02 (2,2)	09 (10,0)	
71 a 75	03 (3,3)	04 (4,4)	
Escolaridade			
Ensino Fundamental Incompleto	09 (10,0)	28 (31,1)	0,23
Ensino Fundamental Completo	01 (1,1)	22 (24,4)	
Ensino Médio Incompleto	03 (3,3)	04 (4,4)	
Ensino Médio Completo	03 (3,3)	14 (15,6)	
Ensino Superior Incompleto	01 (1,1)	04 (4,4)	
Ensino Superior Completo	0	01 (1,1)	
Zona de moradia			
Urbana	05 (5,6)	49 (54,4)	0,004
Rural	12 (13,3)	24 (26,7)	

Variáveis (N = 90)	Consumo de álcool		Valor de p ¹
	Sim n (%)	Não n (%)	
Renda mensal			
≤1 salário mínimo	09 (10,0)	55 (61,1)	0,06
>1 salário mínimo	08 (8,9)	18 (20,0)	
Uso de tabaco			
Sim	06 (6,7)	05 (5,5)	_#
Não	11 (12,2)	68 (75,6)	

¹Teste qui-quadrado; #Teste inválido.

Para a associação entre ouvir sobre autoexame oral e aspectos socioeconômicos (sexo, faixa etária, escolaridade e zona de moradia) e uso de tabaco e fumo, houve uma associação significativa entre não ouvir sobre autoexame oral e residir em zona urbana (p = 0,01) e não consumir álcool (p = 0,04) (Tabela 2).

Tabela 2 – Associação entre ouvir sobre autoexame oral, aspectos socioeconômicos e uso de tabaco e fumo de usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF). Quixadá, CE, Brasil, 2017.

Variáveis (N = 90)	Ouvir sobre autoexame oral		Valor de p ¹
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo			
Feminino	17 (18,9)	43 (47,8)	0,22
Masculino	05 (5,5)	25 (27,8)	
Faixa etária			
45 a 50	05 (5,6)	23 (25,5)	0,53#
51 a 55	08 (8,9)	15 (16,7)	
56 a 60	02 (2,2)	12 (13,3)	
61 a 65	02 (2,2)	05 (5,6)	
66 a 70	04 (4,4)	07 (7,8)	
71 a 75	01 (1,1)	06 (6,7)	
Escolaridade			
Ensino Fundamental Incompleto	07 (7,8)	30 (33,3)	0,25#
Ensino Fundamental Completo	09 (10,0)	14 (15,6)	
Ensino Médio Incompleto	0	07 (7,8)	
Ensino Médio Completo	04 (4,4)	13 (14,4)	
Ensino Superior Incompleto	02 (2,2)	03 (3,3)	
Ensino Superior Completo	0	01 (1,1)	
Zona de moradia			
Urbana	18 (20,0)	36 (40,0)	0,01
Rural	04 (4,4)	32 (35,6)	
Renda mensal			
≤1 salário mínimo	17 (18,9)	47 (52,3)	0,46
>1 salário mínimo	05 (5,5)	21 (23,3)	
Uso de álcool			
Sim	01 (1,1)	16 (17,8)	0,04
Não	21 (23,3)	52 (57,8)	
Uso de tabaco			
Sim	04 (4,4)	07 (7,8)	0,32
Não	18 (20,0)	61 (67,8)	

¹Teste qui-quadrado; #Teste inválido.

DISCUSSÃO

Ao se estudar o perfil socioeconômico dos participantes, o resultado mostrou uma maior participação do sexo feminino, o que pode ser justificado pela maior procura e assiduidade das mulheres aos serviços de saúde¹². Essa suposição é evidente no estudo¹³ o qual apontou que o público feminino frequenta mais regularmente o cirurgião-dentista quando comparado ao público masculino. Esse comportamento¹⁴ permite o maior contato das mulheres com os profissionais de saúde, proporcionando a troca de informações e maior nível de conhecimento sobre fatores de risco e sinais e sintomas de doenças sistêmicas e orais, principalmente o câncer de boca.

Para o sexo masculino, o que se observa é uma menor frequência aos serviços de saúde, buscando-os, muitas vezes, quando os sinais e sintomas os impossibilitam de realizar suas tarefas diárias¹⁵. Essa realidade reflete no aumento de mortalidade pela doença, fato observado nos casos de óbitos por câncer de boca registrados pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva no ano de 2018. Segundo esses registros, 4.672 homens morreram por esse tipo de câncer comparado aos 1.226 casos observados em mulheres⁴.

Quanto à idade, a maior participação de indivíduos com idade entre 45 a 50 anos pode sugerir o maior interesse dessa faixa etária pela temática do presente estudo. Esse achado surpreende ao se considerar que o número de casos de câncer de boca aumenta entre indivíduos com idade mais avançada, principalmente acima de 50 anos^{16,17}. Assim, percebe-se a necessidade de se desenvolver ações voltadas a determinados grupos, especialmente aqueles de faixa etária mais elevada, em decorrência do maior risco de apresentar câncer bucal¹⁵.

No tocante à escolaridade, o maior quantitativo de participantes com ensino fundamental incompleto pode refletir o menor nível de instrução apresentado por grande parte da população onde o estudo foi conduzido e maior procura desses indivíduos pelas UBS. Tal procura pode ser justificada pela gratuidade do serviço de saúde, suposição que pode ser reforçada pela reduzida renda familiar apresentada por quase metade dos participantes dessa pesquisa. Em estudo realizado na Índia, houve diferença estatisticamente significativa para a prevalência de câncer de boca entre os diferentes níveis de alfabetização e ocupação¹⁸.

Assim, foi perceptível que o perfil socioeconômico dos participantes dessa

pesquisa é marcado por uma realidade em que há baixos níveis de escolaridade e renda. De acordo com a literatura, condições socioeconômicas desfavoráveis contribuem para a vulnerabilidade dos indivíduos, uma vez que o acesso aos serviços de saúde é dificultado, inviabilizando a detecção precoce do câncer oral e seu tratamento, aumentando, assim, os índices de morbimortalidade relacionados à doença¹⁹. De fato, a busca pelo profissional de saúde acaba ocorrendo apenas quando há o aparecimento de lesões¹⁴.

Refletindo essa realidade, estudos realizados em Alagoas verificaram que, entre os indivíduos com câncer de boca, prevaleceram aqueles com idade entre 50 e 60 anos, do sexo masculino, analfabetos, de baixa renda e residentes no interior do Estado^{20,21}.

Quanto aos hábitos de saúde, parcela considerável dos participantes não era fumante nem fazia uso de bebidas alcoólicas. Esse resultado é visto como fator positivo, uma vez que a literatura é clara ao apontar que o consumo de bebidas alcoólicas e uso do tabaco são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasia oral²². Corroborando com essa afirmação, estudo realizado na Austrália evidenciou que, dentre os pacientes que estavam cientes quanto à existência do câncer de boca, 92% deles concordaram que o tabagismo e alcoolismo são fortes fatores de risco para o seu desenvolvimento²³. Entretanto, ações de Educação em Saúde com a população devem ser realizadas, já que, uma vez detentora do conhecimento, ela torna-se capaz de alterar sua realidade, adotando posturas assertivas quanto à sua saúde.

O uso de tabaco, além de contribuir para o desenvolvimento do câncer de boca, é responsável por causar outros danos à cavidade oral, como a diminuição da ação antioxidante da saliva e redução do poder de cicatrização dos tecidos, além de proporcionar o aumento de queratina na mucosa oral, podendo mascarar as doenças periodontais²⁴.

À semelhança do tabaco, o álcool é uma substância nociva que expõe a mucosa oral a elementos carcinogênicos, provocando injúria celular²⁴. No presente estudo, a associação significativa entre não ter esse hábito e ser do sexo feminino pode se relacionar ao fato de que as mulheres não costumam beber bebidas alcoólicas ou, se o fazem, praticam menos. Um estudo realizado no Brasil²⁵ mostrou que a prevalência do consumo abusivo de álcool na população brasileira foi 13,7%. O mesmo estudo

verificou que entre os homens, o consumo de álcool foi 3,3 vezes maior que entre as mulheres.

Quanto à associação entre o não consumo de álcool e residir em zona urbana apresentada pelos participantes, esse achado pode se justificar pela população urbana, em geral, consumir bebidas alcóolicas apenas nos finais de semana, além de terem mais fácil acesso às informações e conhecimento sobre os danos promovidos por esse hábito. Em países desenvolvidos²⁶ existem mais consumidores de álcool, com maior número de ocasiões para consumo e consumidores com padrões de consumo de baixo risco nos grupos socioeconômicos mais elevados, entretanto a abstenção torna-se maior nos grupos sociais menos favorecidos. O que os tornam mais vulneráveis ao consumo abusivo do álcool.

Diante desses fatos, torna-se indispensável que as ações educativas em saúde continuem abordando temas, como os malefícios do uso de tabaco e álcool para a saúde bucal, para que se reduza o quantitativo de pessoas que fazem uso destas substâncias.

Segundo os autores, indivíduos com nível de escolaridade mais elevado geralmente possuem maior nível de conhecimento sobre câncer oral em relação a pessoas com baixa escolaridade²³. Nesse contexto, é importante mencionar que o grau de instrução está entre os indicadores mais utilizados em estudos epidemiológicos, podendo ter influência no conhecimento sobre fatores de risco para determinadas patologias e para adesão às ações de prevenção de doenças e promoção da saúde^{16,17}.

Apesar desse desconhecimento, quando questionados sobre situações de suspeita de câncer bucal, mais da metade dos pesquisados afirmaram o surgimento de caroços na cavidade oral. É possível que a associação entre câncer oral e presença de caroço ocorra pela impressão que se tem de que um “caroço” é câncer.

Outro importante ponto a ser destacado é a falta de conhecimento sobre os fatores de risco, embora aqui não abordado. Essa relevância é nítida no estudo realizado na Espanha. Os autores relataram que, dentre 1707 indivíduos pesquisados, apenas 14% citaram o uso de bebida alcoólica como um fator de risco, revelando baixo nível de conhecimento sobre a temática²⁷.

As informações acima citadas revelam que o desconhecimento da sintomatologia e fatores de risco relacionados ao câncer bucal são pontos importantes para o atraso no diagnóstico. No entanto, outros fatores

contribuem para o entrave na celeridade desse diagnóstico, estando, entre os principais, a evolução inicial oligossintomática, a escassez de conhecimento dos usuários e profissionais de saúde, as dificuldades de acesso aos serviços, o medo envolvendo o diagnóstico e a escassez de estratégias governamentais de prevenção²⁸.

Dados como estes revelam a necessidade de correta orientação por parte dos profissionais aos usuários do serviço de saúde, principalmente na Atenção Primária, em que, preferencialmente, a população tem o primeiro contato e utiliza este serviço com mais frequência. O conhecimento sobre o câncer da cavidade oral, sinais e sintomas e fatores de risco são de fundamental para estimular a prevenção e diagnóstico precoce²³.

Nesse contexto o cirurgião-dentista apresenta papel fundamental na detecção precoce da neoplasia oral, uma vez que deve constantemente promover momentos de orientação com os usuários do serviço de saúde, realizar visitas domiciliares e rotinas de rastreio dessa patologia, além de visitas às escolas e instituições de longa permanência. Ressalta-se que o trabalho multidisciplinar também configura uma ferramenta de detecção precoce, já que a boca é um sítio anatômico de fácil acesso para o exame, permitindo que cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros possam identificar alterações suspeitas²⁸. Ademais, é válido ressaltar que o câncer oral, quando descoberto em seus estágios iniciais, tem uma alta taxa de cura, em torno de 80%²⁹.

No tocante ao conhecimento sobre o autoexame da cavidade oral, 75,6% dos entrevistados nunca ouviram falar a respeito deste termo e 93,3% afirmaram não saber como proceder para realizar o autoexame. Esses elevados percentuais podem se associar a escassez de programas que retratem e incentivem o autoexame bucal, deficiência na divulgação pela mídia, falta de acesso ao cirurgião-dentista e outros. Esses fatores podem justificar a associação aqui observada entre não ter ouvido falar sobre o autoexame e residir na zona urbana. Assim, os profissionais de saúde devem orientar corretamente quanto à importância do autoexame e como este deve ser realizado pela população em geral, visto que é um procedimento rápido e de fácil execução. Faz-se necessário também que os profissionais odontólogos estejam aptos a procederem com o correto diagnóstico, a partir das queixas relatadas pelo paciente, após o autoexame³⁰.

A importância do autoexame reside na possibilidade do próprio usuário identificar

alterações em sua cavidade oral e procurar o serviço de saúde para avaliações. No caso de confirmação da neoplasia oral, iniciar o tratamento com maiores chances de cura. No entanto, destaca-se a necessidade de que sejam dadas orientações de qualidade, que sejam capazes de estimular o desejo do autocuidado. Assim, as orientações devem envolver todos os sentidos dos usuários, por meio de demonstração, execução coletiva e distribuição de material de apoio. Corroborando³¹ com essas estratégias, ensaio clínico randomizado para encorajar a detecção precoce da neoplasia oral revelou que a distribuição de panfletos e a transmissão verbal aumentaram a confiança dos usuários para a realização do autoexame. Apesar da relevância do autoexame, o presente estudo observou uma associação entre não ter ouvido falar sobre autoexame da cavidade oral e não consumir álcool. Esse achado pode sugerir que o indivíduo que não consome bebida alcoólica não tem acesso a informações sobre o autoexame por, teoricamente, não apresentar fator de risco para câncer bucal.

Sendo assim, a principal medida a ser realizada para a prevenção e diagnóstico precoce, é o esclarecimento da população acerca do que é o câncer de boca, os sinais e sintomas que podem ser identificados e os fatores de risco associados à doença, modificáveis e não modificáveis. Para isso, é necessária a participação ativa de todos os profissionais de saúde que compõem a Estratégia Saúde da Família³².

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que o conhecimento sobre o câncer de boca dos usuários da ESF do município de Quixadá mostra-se insuficiente, visto que a maioria dos participantes não possuía conhecimento sobre câncer e o autoexame da cavidade oral, de extrema relevância para a identificação dos casos precocemente.

Diante disso, entende-se que é necessária a realização de campanhas informativas de forma mais regular e efetiva, com linguagem simples e de fácil compreensão, incluindo a participação de todos os profissionais da equipe de saúde. Assim, o câncer de boca passará a ser um assunto mais comum entre as pessoas, podendo levá-las a mudanças em seu estilo de vida para que possam prevenir o desenvolvimento da doença.

REFERÊNCIAS

1. Martins RB, Giovani EM, Vilalba H. Lesões cancerizáveis da cavidade bucal. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2008; 26(4):467-76.
2. Oliveira JMB, Pinto LO, Lima, NGM, Almeida GCM. Câncer de boca: avaliação do conhecimento de acadêmicos de odontologia e enfermagem quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico. *Rev Bras Cancerol*. 2013; 59:211-8.
3. International Agency for Research on Cancer. *Globocan 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide*. Lyon: IARC; 2012.
4. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer (INCA) [Internet]. Estatísticas do câncer. Atlas on-line de mortalidade.; 2018 [acesso 2018 jul 12]. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/>.
5. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Estatísticas vitais. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde. Brasil: Datasus; 2018 [acesso 2018 jul 11]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>.
6. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer (INCA) [Internet]. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil; 2018 [acesso 2018 jul 09]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>.
7. Teixeira AKM, Almeida MEL, Holanda ME, Sousa FB, Almeida PC. Carcinoma espinocelular da cavidade bucal: um estudo epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. *Rev Bras Cancerol*. 2009; 55(3):229-36.
8. Carvalho SHG, Soares MSM, Figueiredo RLQ. Levantamento epidemiológico dos casos de câncer de boca em um hospital de referência em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2012; 12:47-51.
9. Albrecht D, Regina MS, Zix J. Only a denture sore? Causes of a possible denture sore from a maxillary complete denture. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*. 2010; 120(8):675-89.
10. Medeiros FDCDD, Araújo-Silva D, Thiago F, Ferreira KA, Oliveira-Moura JM, Cavalcanti-Lima IP, et al. Uso de prótese dentária e sua relação com lesões bucais. *Rev Salud Pública*. 2015; 17(4):603-13.
11. Melo LC, Silva MC, Bernardo JMP, Marques EB, Leite ICG. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. *Rev Gaúcha Odontol*. 2010; 58(3):351-5.

12. Dhanuthai K, Rojanawatsirivej S, Thosaporn W, Kintarak S, Subarnbhesaj A, Darling M, et al. Oral cancer: A multicenter study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018; 23(1): 23-9.
13. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989–2003). *Bull World Health Organ*. 2007; 85(7):527-34.
14. Herr GE, Kolankiewicz ACB, Berlezi EM, Gomes JS, Magnago TSBS, Rosanelli CP, et al. Avaliação de Conhecimentos acerca da Doença Oncológica e Práticas de Cuidado com a Saúde. *Rev Bras Cancerol*. 2013; 59(1):33-41.
15. Ribeiro R, Martins MAT, Fernandes KPS, Bussadori SK, Miyagi SPH, Martins MD. Avaliação do nível de conhecimento de uma população envolvendo câncer oral. *Robrac*. 2008; 17(44):104-9.
16. Santos LPS, Carvalho FS, Carvalho CAP, Santana DA. Características de casos de câncer bucal no estado da Bahia, 1999-2012: um estudo de base hospitalar. *Rev Bras Cancerol*. 2015; 61(1):7-14.
17. Ribeiro ILA, Medeiros JJ, Rodrigues LV, Valença AMG, Lima Neto EA. Factors associated with lip and oral cavity cancer. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(3):618-29.
18. Ganesh R, John J, Saravanan S. Socio demographic profile of oral cancer patients residing in Tamil Nadu – A hospital based study. *Indian J Cancer*. 2013; 50(1):9-13.
19. Santos VCB, Assis AMA, Ferreira SMS, Dias EP. Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de oncologia de Maceió. *Rev Bras Odontol*. 2012; 69(2):159-64.
20. Santos LC, Cangussu MC, Batista OM, Santos JP. Oral cancer: population sample of the state of Alagoas at a reference hospital. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009; 75(4):524-9.
21. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Characterization of cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010; 76(4):416-22.
22. Perea LME, Peres MA, Boing AF, Antunes JLF. Tendência de mortalidade por câncer de boca e faringe no Brasil no período 2002-2013. *Rev Saúde Pública*. 2018; 52:10.
23. Formosa J, Jenner R, Thi MDN, Stephens C, Wilson C, Ariyawardana A. Awareness and knowledge of oral cancer and potentially malignant oral disorders among dental patients in far north Queensland, Australia. *Asian Pac J Cancer Pre*. 2015; 16(10): 4429-34.
24. Prado BN, Passarelli DHC. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2009; 21(1):79-85.
25. Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 4(2):227-37.
26. Grittner U, Kuntsche S, Graham K, Bloomfield K. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol Alcohol*. 2012;47(5):597-605.
27. Varela-Centelles P, Estany-Gestal A, Bugarín-González R, Seoane-Romero JM. Oral cancer awareness in Spain: A pilot study. *Oral Dis*. 2018; 24:124-7.
28. Le Campion, ACOV, Santos KCB, Carmo ES, Silva Júnior FF, Peixoto FB, Ribeiro CMB, et al. Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. *Cad. Saúde Coletiva*. 2016; 24(2):178-84.
29. Akbulut N, Oztas B, Kursun S, Evirgen S. Delayed diagnosis of oral squamous cell carcinoma: a case series. *J Med Case Reports*. 2011; 5:291.
30. Andrade SN, Muniz LV, Soares JMA, Chaves ALF, Ribeiro RIMA. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. *Rev Bras Odontol*. 2014; 71(1):42-7.
31. Scott SE, Grunfeld EA, Mcgurk M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol*. 2005; 41(4):396-403.
32. Awan KH, Khang TW, Yee TK, Zain RB. Assessing oral cancer knowledge and awareness among Malaysian dental and medical students. *J Cancer Res Ther*. 2014; 10(4):903-7.

Useful knowledge of the family health strategy regarding oral cancer

Objective: To identify the knowledge about mouth cancer among patients from the Family Health Strategy of the Municipality of Quixadá, Ceará, Brasil.

Methods: This is a cross-sectional, observational, descriptive, and analytical study, carried out with 90 users of the Basic Health Units of the city of Quixadá, Ceará, Brasil. Users of the services of the Family Health Strategy participated in the survey. A structured questionnaire was applied for data collection. The data were analyzed in the statistical program *Epi Info 7*, considering a 5% level of significance. The present study was approved by the Ethics and Research Committee of the Catholic University Center of Quixadá, logged under protocol number 1,499,677.

Results: Regarding socioeconomic aspects, we identified a greater number of female participants (66.7%), between 45 and 50 years of age (31.1%), living in the urban area (60%), with incomplete elementary education (41.1%), and a family income of one minimum wage (47.8%). Regarding health and knowledge habits, 87.8% were not smokers and 81.1% had not used alcohol. Among those interviewed, 67.8% had no prior knowledge of oral cancer; 75.6% had never heard of self-examination; and 93.3% do not know how to perform this examination. A statistically significant association was observed between males and high alcohol consumption ($p = 0.002$), and between hearing about self-examination and residing in an urban area ($p = 0.001$).

Conclusion: The knowledge about mouth cancer in users of the Family Health Strategy of the municipality of Quixadá is insufficient.

Descriptors: Mouth neoplasms. Oral health. Primary health care.