

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO SAÚDE E EDUCAÇÃO
STRICTO SENSU

PATRÍCIA LUCCA DANTAS VOI

**RESOLUTIVIDADE DA CAMPANHA DE DIAGNÓSTICO E
PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL E AVALIAÇÃO DE UMA
INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE NA POPULAÇÃO ALVO
NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO**

RIBEIRÃO PRETO
2016

PATRÍCIA LUCCA DANTAS VOI

**RESOLUTIVIDADE DA CAMPANHA DE DIAGNÓSTICO E
PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL E AVALIAÇÃO DE UMA
INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE NA POPULAÇÃO ALVO
NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde e Educação, da Universidade de Ribeirão Preto, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Baraldi Araújo Restini

Ribeirão Preto
2016

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

V889r Voi, Patrícia Lucca Dantas, 1971-
Resolutividade da campanha de diagnóstico e prevenção do
câncer bucal e avaliação de uma intervenção educativa em saúde
na população alvo no Município de Ribeirão Preto / Patrícia
Lucca Dantas Voi. - - Ribeirão Preto, 2016.
99 f.: il. color.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carolina Baraldi Araújo Restini.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2016.

1. Câncer bucal. 2. Fatores de risco. 3. Aprendizagem.
I. Título.

CDD 610

PATRÍCIA LUCCA DANTAS VÓI

**RESOLUTIVIDADE DA CAMPANHA DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DO
CÂNCER BUCAL E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM
SAÚDE NA POPULAÇÃO ALVO NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO**


Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 21 de março de 2016

Resultado: Aprovada

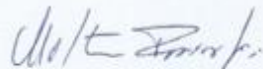
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Carolina Baraldi Araujo Restini
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Profa. Dra. Suzie Aparecida Lacerda
USP – Universidade de São Paulo



Prof. Dr. Milton Faria Junior
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP
2016

Dedico este trabalho, primeiramente ao meu bom e maravilhoso **Deus**, que me permite a realizações de todas minhas conquistas, as quais considero todas dádivas divinas. Aos meus pais, Hildeberto (*in memoriam*) e Sônia que me ensinaram a perseverar em todos os momentos, sejam eles fáceis ou difíceis, felizes ou tristes. Obrigada por me proporcionarem uma feliz infância e ótima formação acadêmica, mesmo com todas as dificuldades, direcionando assim, meu caráter por toda vida.

Ao meu marido, José Paulo, que representa minha segurança em todos os aspectos, meu companheiro incondicional. Obrigada por me fazer sentir tão amada e amparada, ao longo de todos esses anos e principalmente nesses dois últimos anos, momentos muito difíceis da nossa vida. Obrigada também pela paciência, incentivo e força para que esse trabalho se tornasse uma realidade possível.

A minha preciosa filha, Letícia, companheira constante e tão querida. Saiba que sua presença me fortalece. Respeito-te, mesmo tendo nossas diferenças, pois, o amor que tenho por você é infinitamente grande.

Essa vitória é nossa!

AGRADECIMENTOS

A minha querida orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Carolina Baraldi Araújo Restini, que me ajudou desde o início, em todas as etapas desse trabalho, a qual se empenhou e se disponibilizou a me ensinar tudo que eu necessitava sempre com simpatia, empatia e disposição. Sua dedicação e comprometimento foram fundamentais para a realização dessa etapa da minha vida. Tenho por você eterna gratidão e respeito, exemplo a ser seguido.

A minha grande amiga, Prof^ª. Dr^ª. Suzie Lacerda, que me auxiliou com tantas informações colhidas ao longo dos anos de seu árduo trabalho. Sempre acreditando que todo esse nosso sacrifício fosse muito promissor. E com certeza foi! Acredite.

Ao amigo Prof^º. Dr^º. Milton Faria-Jr, exemplo de competência, que dedicou seu precioso tempo nos ensinamentos trabalhosos de estatística, “Muito obrigada” nunca será suficiente para demonstrar a grandeza que recebi de vocês. Peço a Deus que os recompense à altura.

À Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP, pela oportunidade de realizar este curso.

À Reitora da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP, Prof^ª Me. Elmara Lucia de Oliveira Bonini, pelo empenho de manter esta Universidade em um altíssimo nível de excelência.

À Prof^ª Dr^ª Silvia Sidnéia da Silva – Coordenadora do Programa Pós-Graduação *Lato Sensu*, Mestrado em Saúde e Educação, e à Prof^ª Dr^ª Neide Ap. de Souza Lehfeld – Coordenadora da Divisão de Pesquisa e Pós-Graduação *Stricto Sensu*, pelo apoio e realização do mestrado.

Aos professores do Programa de Mestrado em Saúde e Educação: Prof^ª Dr^ª Amali de Angelis Mussi; Prof. Dr. Caio Tales Alvares da Costa; Prof. Dr. Carlos Alberto Nogueira de Almeida; Prof^ª Dr^ª Carolina Baraldi Araújo Restini; Profa. Dra. Daniela Carnio Costa Marasea; Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá; Prof^ª Dr^ª Elizabeth Regina Negri Barbosa; Prof. Dr. João Carlos Nunes de Oliveira; Prof^ª Dr^ª Neide Ap. de Souza Lehfeld; Prof. Dr. Rodrigo de Oliveira Plotze; Prof^ª Dr^ª Telma Maria Braga Costa; Prof^ª Dr^ª Teresinha Pavanello Godoy por todos os ensinamentos ministrados e à ótima convivência.

À Prof^ª Dr^ª Yara Terezinha Correia Silva Sousa – Coordenadora do Mestrado e Doutorado em Odontologia pela disponibilidade e ajuda, um agradecimento especial.

Aos amigos da minha turma de mestrado, pela companhia em todos os momentos de aprendizado e desafios durante o curso.

Aos funcionários e queridos amigos do Programa de Pós-Graduação, que com todo carinho e dedicação estão sempre presentes para nos ajudar.

À Divisão de Odontologia e Regulação odontológica da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, pelo empenho e auxílio oferecidos.

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (Paulo Freire)

RESUMO

VOI, P. L. D. **Resolutividade da campanha de diagnóstico e prevenção do câncer bucal e avaliação de uma intervenção educativa em saúde na população alvo no município de Ribeirão Preto.** 2016. 99f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, 2016.

O Câncer Bucal é um grave problema de saúde pública. No Brasil, o câncer oral contempla o 3º local anatômico mais frequente no homem e o 7º nas mulheres. Se diagnosticado precocemente possui 90% de chances de cura. Diante deste problema, justifica-se que a população seja informada sobre a doença, os fatores de risco, como preveni-la e diagnosticá-la precocemente por meio do autoexame de boca. Simples ações educativas e de baixo custo podem contribuir para reduzir a incidência ou promover conscientização para a detecção de tumores em fase inicial quando as possibilidades de cura são elevadas. Este projeto teve como objetivo avaliar o conhecimento e aprendizagem de pacientes sobre tumores malignos de boca mediante aplicação de um vídeo educativo sobre câncer bucal e avaliar a eficácia das Campanhas de Prevenção do Câncer Bucal na cidade de Ribeirão Preto nos anos de 2010 a 2014. Por meio de campanha para exame bucal, foram avaliados 11.553 pacientes, dos quais 1.121 foram encaminhados a centros de referência para elucidação diagnóstica. Houve consistência na proporção de pacientes examinados e encaminhados entre todos os anos. Foram diagnosticados 2,89% de lesões malignas, 9,15% de lesões pré-malignas e 62,92% de lesões benignas, ou seja, 74,96% de resolutividade nos 5 anos. Por meio de intervenção educativa (vídeo), foi constatado elevado desconhecimento da doença câncer de boca na população alvo. Ao considerar que lesões encontradas foram adequadamente tratadas, as campanhas mostraram-se eficazes. Programas educativos e adequadas Políticas Públicas de Saúde podem diminuir número de casos novos de câncer bucal.

Descritores: Câncer bucal. Fatores de risco. Aprendizagem. Campanha. Brasil.

ABSTRACT

VOI, P. L. D. Campaign of diagnosis resolutivity and educational intervention on oral cancer prevention in a target population in Ribeirao Preto city. 2016. 99 f. (Professional Master's Degree in Health Care and Education), Universidade de Ribeirão Preto-SP, 2016.

The Oral cancer is a serious public health problem. In Brazil, oral cancer includes the 3rd most common anatomical site in men and 7th women. When early diagnosed there is 90% of chances of cure. Faced with this problem, it is appropriate that the public be informed about the disease, risk factors, how to prevent it and diagnose it early through the mouth self-examination. Simple educational and low costs actions advantage to reduce the incidence and/or promote awareness for detections of tumors in initial stages, when the chances of cure are highest. This project aimed to assess the knowledge and learning of patients on malignant tumors of the mouth by applying an educational video on oral cancer and evaluate the effectiveness of Oral Cancer Prevention Campaigns in the city of Ribeirão Preto, SP (Brazil) in the years 2010 to 2014. By through campaign for oral examination were evaluated 11,553 patients, of whom 1,121 were sent to reference centers for diagnosis. There was a consistent proportion of patients examined and routed between every year. 2.89% of patients presenting tumors were diagnosed malignancy; 9.15% were pre-malignant lesions and 62.92% were benign lesions, that is resolutely 74.96% of the cases were solved through 5 years Through educational intervention (video), it was found high ignorance of oral cancer disease in the target population. When considering that lesions found were resolved in their sectors, campaigns were effective, educational programs and appropriate Public Health Policies can decrease the number of new cases of oral cancer.

Descriptors: Mouth neoplasm. Risk factors. Learning. Campaign. Brasil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da Campanha de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal.....	26
Figura 2 - Comparação em percentual de pacientes examinados entre os anos de 2010 a 2014.....	46
Figura 3 - Comparação em percentual de pacientes encaminhados entre os anos de 2010 a 2014.....	48
Figura 4 - Distribuição dos percentuais de lesões malignas e pré-malignas ao longo dos anos de 2010 a 2014.....	57
Figura 5 – Distribuição dos percentuais de lesões benignas ao longo dos anos de 2010 a 2014.....	58
Figura 6 – Distribuição dos percentuais de sem lesão ao longo dos anos de 2010 a 2014.....	59
Figura 7 - Distribuição dos percentuais de diagnóstico inconclusivo ao longo dos anos de 2010 a 2014.....	60
Figura 8 – Distribuição dos percentuais de variação de normalidade ao longo dos anos de 2010 a 2014.....	60
Figura 9 - Análise comparativa do conhecimento dos fatores de risco da doença câncer bucal, pré e pós e exibição do vídeo educativo.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparação pré e pós para variável “sabe o que é Câncer Bucal” durante intervenção educativa na campanha de 2015.....	63
Quadro 2 - Comparação pré e pós para variável “sabe se a doença Câncer Bucal tem prevenção”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.....	64
Quadro 3 - Comparação pré e pós para variável “sabe se a doença Câncer Bucal tem cura”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.....	65
Quadro 4 - Comparação pré e pós para variável “sabe fazer o autoexame bucal”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.....	66
Quadro 5 - Comparação pré e pós para variável “fator de risco fumo”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.....	94
Quadro 6 - Comparação pré e pós para variável “fator de risco dieta”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.....	95
Quadro 7 - Comparação pré e pós para variável “fator de risco sol”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.....	95
Quadro 8 - Comparação pré e pós para variável “fator de risco álcool”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.....	95
Quadro 9 - Comparação pré e pós para variável “fator de risco dentes estragados”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.....	96
Quadro 10 - Comparação pré e pós para variável “fator de risco feridas na boca”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.....	96
Quadro 11 - Comparação pré e pós para variável “fator de risco má higiene bucal”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.....	96
Quadro 12 - Comparação pré e pós para variável “fator de risco idade”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cálculo do n (número de sujeitos de uma amostra) para que o Erro Amostral seja até 5% no levantamento de dados nas CPDPCB 2010 a 2014.....	29
Tabela 2 - Cálculo do n (número de sujeitos de uma amostra) para que o Erro Amostral seja até 5% de pacientes durante a CPDPCB de 2015.....	32
Tabela 3 - Sistema de Estadiamento Tumor-Linfonodo-Metástase para Carcinoma Oral.....	41
Tabela 4 - Classificação TNM e Estadiamento do Câncer Bucal.....	41
Tabela 5 - Taxa de sobrevivência em relação ao Estadiamento do Câncer Bucal.....	43
Tabela 6 - Pacientes vacinados, examinados e encaminhados com algum tipo de lesão bucal durante as campanhas de vacinação contra gripe em idosos nos anos de 2010 a 2014.....	45
Tabela 7 - Diferenças significativas encontradas entre pacientes encaminhados por pacientes examinados durante os 15 primeiros dias entre os anos das campanhas 2010 a 2014.....	94
Tabela 8 – Distribuição absoluta e relativa de pacientes faltosos por pacientes encaminhados para elucidação diagnóstica durante as campanhas de 2010 a 2014.....	50
Tabela 9 - Diferenças significativas encontradas entre pacientes faltosos entre os anos das campanhas de 2010 a 2014.....	94
Tabela 10 - Distribuição absoluta e relativa de Faixa Etária por Gênero de pacientes examinados ao longo dos anos na avaliação dos dados da Campanhas de 2010 a 2014.....	52
Tabela 11 - Distribuição absoluta e relativa (%) do Tipo de Lesão por Faixa Etária ao longo de todos os anos na avaliação dos dados da Campanhas de 2010 a 2014.....	54
Tabela 12 - Distribuição absoluta e relativa (%) do Tipo de Lesão por Gênero ao longo de todos os anos na avaliação dos dados da Campanhas de 2010 a 2014.....	56

Tabela 13 - Tipos de lesão em percentual durante as campanhas de 2010 a 2014.....	56
Tabela 14 - Diferenças significativas encontradas entre todos os anos conforme tipo de lesão durante as campanhas de 2010 a 2014.....	97
Tabela 15 - Distribuição absoluta e relativa dos participantes da intervenção educativa durante a CPDPCB de 2015 conforme gênero, faixa etária, escolaridade e faixa salarial.....	62

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAEDO	Centro de Atendimento Especializado em Diagnóstico Oral
CCE	Carcinoma de Células Escamosas
CEC	Carcinoma Espinocelular
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos da Universidade de Ribeirão Preto
CPDPCB	Campanha de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DRS XIII	Distrital Regional de Saúde XIII
DRSs	Direções Regionais de Saúde
FOSP	Fundação Oncocentro de São Paulo
HCRP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
HPV-16	Papillomavírus humano tipo 16
IC	Intervalo de confiança
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HPV	Papillomavírus humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MP	Ministério da Saúde
PubMed	Banco de dados de pesquisa bibliográfica
ONU	Organização das Nações Unidas
Sciello	Biblioteca eletrônica de periódicos científicos brasileiros
SES-SP	Secretaria do Estado de São Paulo
SMS-RP	Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UICC	União Internacional de Combate ao Câncer
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
USP-RP	Universidade de São Paulo- Ribeirão Preto

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 JUSTIFICATIVA	22
1.2 HIPÓTESE	23
2 OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GERAL.....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	24
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS: CAMPANHAS DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER BUCAL DE 2010 A 2014 (CPDPCB 2010 a 2014)	25
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	25
3.1.1 Rotina da campanha atualmente desenvolvida	25
3.2 LOCAL DE ESTUDO E FONTES PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	28
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
3.3.1 Critérios de Inclusão	28
3.3.2 Critérios de Exclusão	29
3.4 COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS BÁSICOS	29
3.4.1 Instrumentos de coleta de dados.....	30
3.5 PROTOCOLOS EXPERIMENTAIS	30
3.5.1 Descrição dos dados	30
3.6 ANÁLISE DE DADOS	30
4 INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA CPDPCB 2015	31
4.1 CASUÍSTICA E METODOS.....	31
4.1.1 Natureza do Estudo	31
4.2 LOCAL DE ESTUDO E FONTES PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	31
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	31
4.3.2 Critérios de Exclusão	31

4.4 COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS BÁSICOS	32
4.5 PROTOCOLO EXPERIMENTAL DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA	
DURANTE A CPDPCB	33
4.6 ANÁLISE DE DADOS	34
5 CRITÉRIOS ÉTICOS	34
7 REVISÃO DA LITERATURA	35
7.1 CONCEITO DE CÂNCER.....	35
7.2 EPIDEMIOLOGIA.....	35
7.3 FATORES DE RISCOS.....	36
7.4 DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	39
7.5 TIPOS DE TRATAMENTO E REAÇÕES ADVERSAS.....	42
7.6 QUALIDADE DE VIDA E SOBREVIVÊNCIA.....	42
7.7 PROGNÓSTICO NAS ATENÇÕES PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA.....	43
7.8 INTERVENÇÕES EDUCATIVAS.....	44
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
8.1 CAMPANHA DE 2014 A 2015.....	45
8.2 INTERVENÇÃO EDUCATIVA.....	61
8.2.1 Análise das respostas antes e após vídeo educativo (intervenção) para a pergunta: “sabe o que é a doença Câncer Bucal?”	63
8.2.2 Análise das respostas antes e após vídeo educativo (intervenção) para a pergunta: “sabe se a doença Câncer Bucal tem prevenção? ”	64
8.2.3 Análise das respostas antes e após vídeo educativo (intervenção) para a pergunta: “sabe se a doença Câncer Bucal tem cura? ”	64
8.2.4 Análise das respostas antes e após vídeo educativo (intervenção) para a pergunta: “sabe fazer o autoexame bucal? ”	65
9 CONCLUSÃO.....	69
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICE I - Formulário	81
APÊNDICE II - Vídeo Educativo	83
APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	84
APÊNDICE IV - Termo de Autorização de uso de Imagem e Voz	85
APÊNDICE V - Parecer Consubstanciado do CEP - Plataforma Brasil	88
ANEXO A - Planilha 1 - Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal	89

ANEXO B - Planilha 2 - Relação dos pacientes encaminhados para a 2ª avaliação	90
ANEXO C - Planilha 3 - Totalização dos Pacientes Examinados.	91
ANEXO D - Planilha 4 - Ficha de coleta de dados de casos encaminhados para 2ª avaliação.....	92
ANEXO E - Autorização da SMS para coleta de dados.....	93
ANEXO F - Resultados numéricos (Tabelas e Quadros)	94
ANEXO G - Currículo Lattes - Patrícia Voi e Profa. Dra. Carolina Restini.....	98

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que ocorram anualmente 350.000 novos casos de câncer bucal no mundo. França e Hong Kong são os países que contabilizam maior incidência de pacientes portadores de tumores malignos na boca e anexos (ROSIN, 2008; WARNAKULASURIYA, 2009; CAMARGO CANCELA et al., 2010).

No Brasil, o câncer de boca representa atualmente um grave problema de saúde pública (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014). Segundo o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER-MS) em 2016, ocorrerão 15.490 novos casos, dos quais 11.140 em homens e 4.350 no estado de São Paulo. Dados oficiais indicam que a boca é o 3º local anatômico mais frequente no homem e o 7º nas mulheres. (SILVA; LEÃO; SCARPEL, 2009; BRASIL, 2014). A taxa de sobrevida do câncer bucal é de 50% em 5 anos. Diagnosticado precocemente, ou seja, nos estágios iniciais (estádio clínico I e II) a taxa de sobrevida varia de 53% a 68%. Quando diagnosticado em estágio avançado (III e IV) a taxa de sobrevida é 41% e 27% respectivamente. Infelizmente 70 a 80% dos casos são diagnosticados em estágios tardios do desenvolvimento da doença (NEVILLE et al., 2009).

Histologicamente, o tipo mais comum (94% a 96% dos casos) de câncer bucal é o carcinoma espinocelular (CEC) ou carcinoma epidermóide. Os locais mais comuns dessa patologia são a língua (26%) e o lábio (23%), principalmente o inferior. O restante é encontrado nas gengivas e outros lugares. Outros tipos menos comuns são os tumores malignos de glândulas salivares, linfomas, melanoma, neoplasia do tecido ósseo e conjuntivo, tumores odontogênicos, carcinoma maxilar antral, neoplasias metastáticas (do peito, pulmão, estômago e fígado) e o sarcoma de Kaposi. Raramente os tumores malignos bucais dão metástases, mas quando ocorrem, os órgãos mais comumente afetados são: pulmões, mamas e próstatas (SÃO PAULO, 2014).

As lesões cancerizáveis são alterações morfológicas assintomáticas apresentando-se como lesões brancas, vermelhas, enegrecidas, mistas, com ulcerações e crescimento desorientado (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014).

Algumas patologias que acometem a mucosa oral, faríngea e laríngea como a leucoplasia verrucosa proliferativa, palato nicotínico em tabagistas invertidos, eritroplasia, fibrose submucosa oral, eritroleucoplasia, leucoplasia granular, ceratose laríngea, queilite actínica, leucoplasia espessa lisa, língua vermelha e lisa da síndrome de Plummer-Vinson,

ceratose do tabaco sem fumaça, líquen plano (formas erosivas) e leucoplasia delgada lisa; podem apresentar diferentes graus de displasia epitelial, e por estarem associadas com uma incidência aumentada de carcinomas espinocelulares, essas lesões são reconhecidas como lesões cancerizáveis ou lesões precursoras de câncer (NEVILLE et al., 2009).

Segundo a Fundação Pio XII Barretos, em 2012; os homens são os mais acometidos (86,7%). Quanto à faixa etária, indivíduos acima de 40 anos de idade, portanto, pacientes nascidos entre as décadas 40, 50 e 60. O mesmo estudo mostrou que 81,84% ocorrem entre os brancos; 12,69% entre os pardos; 5,25% entre os negros e 0,22% amarelos. No que tange políticas públicas brasileiras para neoplasia maligna oral, depara-se com dificuldades em todos os níveis: proteção, prevenção, diagnóstica precoce e tratamento dos casos já detectados (CONWAY et al., 2008; WARNAKULASURIYA, 2009; CAMARGO CANCELA et al. 2010; TORRES PEREIRA, 2010).

Estima-se que 75 a 90% dos cânceres que acomete a cabeça e pescoço sejam consequência do tabagismo. Destaca-se que o álcool e o tabaco são agentes sinérgicos no aumento do risco. Alguns autores afirmam que dieta pobre em frutas e vegetais ou ricas em carnes vermelhas estejam relacionadas ao aumento desse risco (PETTI, 2009).

Estudos desenvolvidos em dois hospitais da cidade de São Paulo demonstraram que a má-adaptação às próteses é fator de risco importante. Próteses mal adaptadas causam feridas recorrente devido ao trauma crônico da mucosa oral (ROTUNDO et al., 2013). Ainda fatores hereditários, pacientes com imunossupressão e infecções causadas por vírus como papillomavírus humano (HPV-16), também são considerados importantes para risco de câncer de boca (MARUR et al., 2010).

Os clássicos três níveis de prevenção das doenças (primário, secundário e terciário), também se aplicam ao câncer bucal.

A prevenção primária se faz por meio da propagação de informações sobre a doença, no sentido de instalar ações ou iniciativas que reduzam a incidência e a prevalência da doença. O objetivo maior da prevenção primária é a modificação dos hábitos para interromper ou diminuir os fatores de risco como o tabaco, álcool, e a exposição solar dos lábios antes que a doença se instale (PETERSEN, 2009; MARRON et al., 2010).

A prevenção secundária visa o diagnóstico precoce da doença em estágio inicial, (antes de qualquer queixa clínica). Possibilita melhor prognóstico e maior índice de cura (CZERNINSKI; ZINI; SGAN-COHEN, 2010).

A prevenção terciária visa limitar o dano, controlar a dor, prevenir complicações secundárias, melhorar a qualidade de vida durante o tratamento e se possível, reintegrar o indivíduo à sociedade, tornando-o capaz de exercer suas atividades anteriores à doença (BUSS, 2000).

O fácil acesso para o exame clínico e físico dos gânglios da cabeça e pescoço facilita muito o diagnóstico do câncer de boca, ainda assim, se observa elevado número de diagnósticos tardios e conseqüentemente, tratamentos mutiladores (CONWAY et al., 2008; WARNAKULASURIYA, 2009; CAMARGO CANCELA et al., 2010; TORRES PEREIRA, 2010).

O cirurgião-dentista possui um papel fundamental na prevenção e no diagnóstico da doença, pois a boca é um local anatômico de fácil acesso para o exame para visualização direta das alterações suspeitas de malignidade. O próprio paciente por meio do autoexame, outros profissionais médicos e cirurgiões dentistas podem mostrar-se capazes de um diagnóstico precoce para o câncer bucal (WARNAKULASURIYA, 2009).

No contexto da educação em saúde, as campanhas educativas são as ferramentas mais importantes para transmitir conceitos à população inserindo novos hábitos e mudança de opinião sobre um determinado assunto ou tema de interesse de saúde coletiva, ou seja, a atuação primária de cuidado com a saúde. Exemplificando, a campanha contra o tabagismo e a campanha de prevenção do câncer de mama do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) e mais dados estatísticos.

Em 2001, a Secretaria do Estado de São Paulo (SES-SP), em parceria com os municípios e organizações sociais ligadas a área da saúde, lançaram a Campanha de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal, contudo, a partir de 2005, contou com o apoio da Fundação Oncocentro de São Paulo (MARTINS et al., 2012). Esta campanha inclui cirurgiões-dentistas nas campanhas anuais de vacinação do idoso contra a gripe.

A vinculação da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal com a campanha nacional de vacinação do idoso contra a gripe é de relevância, pois põe em contato o cirurgião-dentista com uma população na faixa etária de maior incidência de câncer bucal. Idosos consideram desnecessários visitas a um cirurgião-dentista, visto que a maioria é totalmente desdentado (ARAÚJO et al., 2009). No Brasil, um levantamento epidemiológico em saúde executado em 2010, contempla mais de 3 milhões de idosos completamente edêntulos (BRASIL, 2010).

Essa campanha favoreceu aos profissionais da saúde maior acesso aos pacientes com faixa etária de risco do câncer bucal. Nesse momento, cirurgiões dentistas promovem o autocuidado e autoexame da cavidade oral em pessoas com maior risco. Os pacientes são orientados quanto à prevenção do consumo do tabaco e bebidas alcoólicas e por meio de exames visuais da cavidade bucal e físico de palpação ganglionar da cabeça e pescoço os profissionais identificam lesões suspeitas de câncer junto com medidas preventivas e educativas a fim de viabilizar diagnósticos precoces da doença e melhor prognóstico por meio de uma efetiva intervenção terapêutica. Na metodologia de exame visual durante a campanha de prevenção do câncer bucal, foi constatado na Índia redução considerável da morbimortalidade deste câncer em pacientes de alto risco. (SANKARANARAYANAN et al., 2005; CONWAY et al., 2008).

Técnicas e estratégias que envolvam e motivem o paciente, baseadas na saúde comportamental (combate aos fatores de risco, identificação de sinais e sintomas pertinentes as doenças) devem ser traçadas com o intuito de mudanças de hábitos, e conseqüentemente uma melhora positiva nos indicadores epidemiológicos de câncer bucal (SILVERMAN, 2001).

1. 1 JUSTIFICATIVA

Os programas de diagnóstico precoce são excelentes oportunidades para educar a população sobre as doenças e seus modos de prevenção. Os fatores de risco devem ser enfatizados em campanhas de esclarecimento à população assim como o autoexame bucal e procura por lesões que não cicatrizam em quinze dias. A educação permanente da população e a facilidade do seu acesso aos serviços de saúde com profissionais preparados tornam possível reverter a morbidade da doença câncer bucal e baixa qualidade de vida dos pacientes acometidos (ALMEIDA et al., 2005).

A cobertura vacinal no município de Ribeirão Preto atinge 90% da população esperada (GAZETA DE RIBEIRÃO, 2013). A atual campanha desenvolvida por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ribeirão Preto conta com estratégia dispostas ao público-alvo, o que será demonstrado nesta pesquisa.

Diante disso, o presente trabalho apresenta potencial para aperfeiçoar as estratégias da campanha para sistematizar a perspectiva de cuidados que visem à promoção, proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento dos casos, melhorando a saúde da população de maneira integral e adequada.

É imprescindível a adoção da estratégia da campanha de prevenção e diagnóstico de câncer bucal como subsídio para realização de exames periódicos de idosos acima de quarenta anos, que evidencie uma massiva divulgação tanto na mídia escrita como televisiva, ou mesmo panfletos educacionais distribuídos por órgãos de classe para diminuição de índices epidemiológicos de tumores malignos de boca e lesões precursoras do câncer.

Portanto, diante de todos esses fatores, justifica-se conhecer a eficácia da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, por meio de intervenções em saúde e educação.

Uma vez que lesões tumorais diagnosticadas em estágios iniciais podem ser tratadas precocemente com índices de cura de 90% (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014) a perspectiva destas intervenções pode contribuir para redução da taxa de incidência desta doença.

1. 2 HIPÓTESE

Há ausência de informações específicas sobre conhecimento da doença câncer bucal por parte de profissionais de saúde e, principalmente, pacientes. Está evidente na literatura (THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2000) e nos dados divulgados por parte dos órgãos responsáveis pela Saúde Pública Brasileira (BRASIL, 2014).

Desta forma, a hipótese do presente trabalho é dada por levantamento do perfil da população-alvo, bem como intervenções educativas, que se mostrem ferramentas para produzir o conhecimento desta população acerca do câncer bucal (realização do autoexame e identificação de alterações fora do padrão de normalidade).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a resolutividade da campanha por meio de informações dispostas em banco de dados e aplicar intervenção educativa como ferramenta para proporcionar e avaliar o conhecimento acerca dos objetivos da Campanha de Diagnóstico e Prevenção do Câncer Bucal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Considerando a campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal no município de Ribeirão Preto, serão desenvolvidos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever os dados da campanha;
- Avaliar a capacidade em diminuir a incidência de novos casos de câncer de boca e lesões precursoras de câncer;
- Avaliar o conhecimento da população quanto ao tema proposto;
- Desenvolver ações educativas de prevenção de câncer bucal na população alvo durante a campanha;
- Avaliar a intervenção educativa.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS: CAMPANHAS DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER BUCAL DE 2010 A 2014 (CPDPCB 2010 a 2014)

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Estudo observacional descritivo por meio levantamento de dados das campanhas de 2010 a 2014;

3.1.1 Rotina da Campanha Atualmente Desenvolvida

Anualmente a campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal é realizada durante os 15 primeiros dias da campanha de vacinação contra gripe em idosos do Ministério da Saúde. Todas as unidades básicas e distritais de saúde do município do Ribeirão Preto participam dessa campanha. Atualmente a SMS, Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto e a DRS XIII (Distrital Regional de Saúde XIII) são responsáveis pela organização e viabilização desta campanha.

O departamento odontológico da SMS do município de Ribeirão Preto se cadastra junto a DRS XIII. Estas instituições enviam ao departamento, as planilhas 1, 2, 3 e 4 (anexos A, B, C e D respectivamente) contendo orientações para o correto preenchimento das mesmas. O Conselho Regional de Odontologia (CRO) participa dessa campanha por meio do fornecimento de folders sobre o autoexame e prevenção do câncer bucal. Esse material de divulgação é enviado para as unidades de saúde antes do início da campanha.

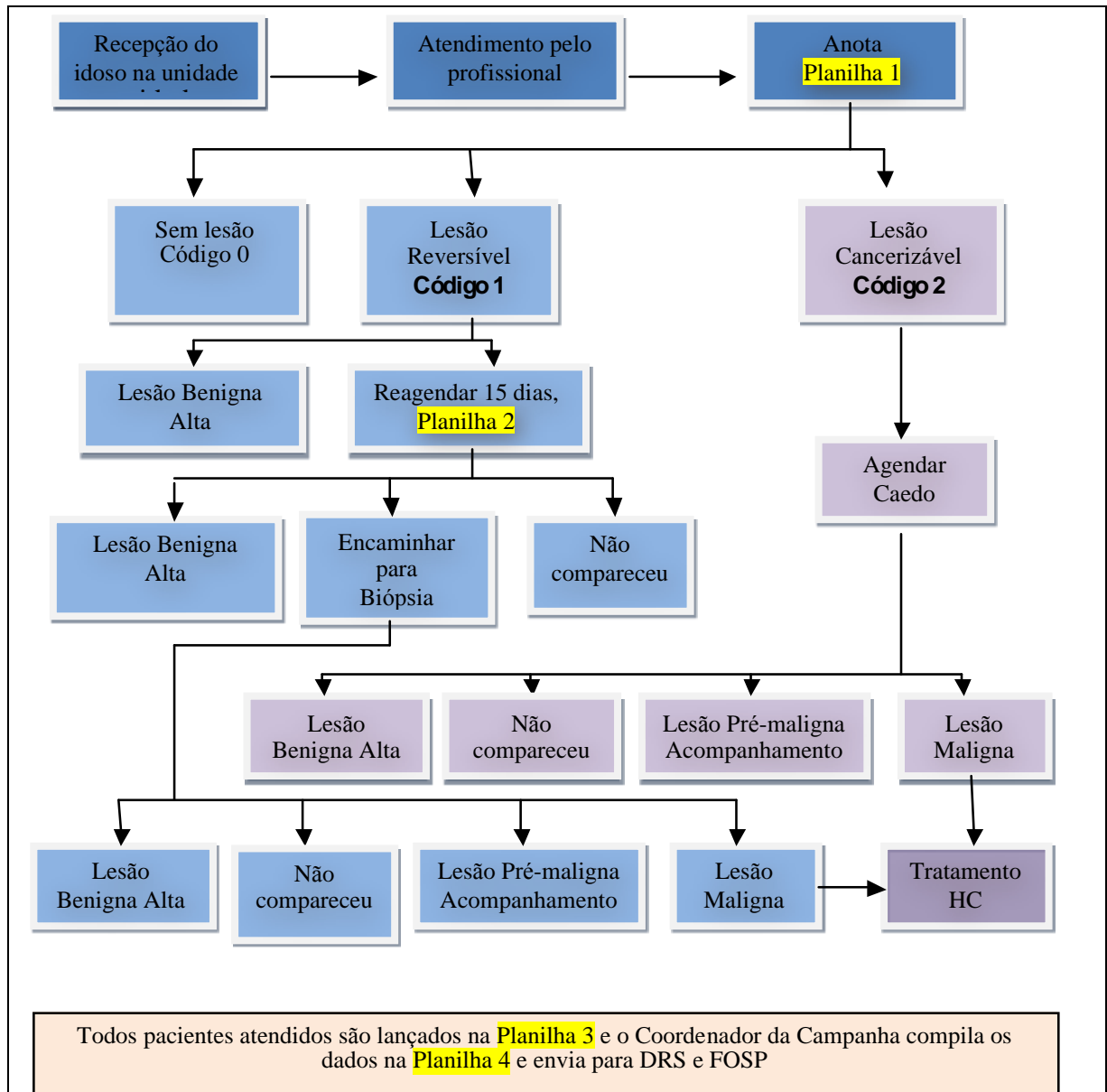
Um treinamento técnico e científico é realizado para todos os participantes na DRS XIII com uma aula ministrada sempre por professores capacitados e especialistas em estomatologia com finalidade de atualização dos profissionais envolvidos e ratificação da importância de detecção precoce de lesões bucais pertinentes ao câncer bucal e educação em saúde. Também é explicado o protocolo de atendimento composto por:

- Busca ativa dos pacientes maiores de 40 anos;
- Preenchimento das planilhas 1, 2, 3 e 4 (Anexos A, B, C e D respectivamente)
- Fluxograma de encaminhamento dos pacientes;
- Retriagem ou reexame das lesões antes de enviar para especialidades;
- Guia de referência ou encaminhamento;

- Registro dos atendimentos e compilação de dados.

Conforme mostra o Fluxograma abaixo:

Figura 1 - Fluxograma da Campanha do Câncer Bucal



Fonte: próprio autor.

A abertura oficial, que ocorre no primeiro dia da campanha de vacinação contra a gripe em idosos, se dá em um sábado nomeado como “Dia D”, na esplanada do Teatro Pedro II, no centro do município de Ribeirão Preto. Após esse dia a campanha continua nas 47 Unidades Básicas de Saúde e 5 Distritais de Saúde. Durante os quinze dias de campanha, as unidades se readéquam para realizarem os exames bucais nos pacientes sem que atrapalhem o andamento da vacinação, portanto, algumas unidades examinam os pacientes no próprio

consultório odontológico, outras examinam em uma sala próxima a vacina e até mesmo improvisam um lugar fechado com biombos e luz artificial, quando não possuem sala específica para isso.

Os pacientes a serem vacinados são orientados a esperar em filas ou recebem senhas para posterior atendimento. Em seguida a vacinação, são abordados e convidados por um auxiliar de consultório dentário ou um agente comunitário de saúde, a realizarem o exame bucal e inspeção ganglionar por um cirurgião-dentista. Aceito o convite, a auxiliar odontológica preenche a planilha 1 (Anexo A) com nome, idade e telefone do paciente. Então o paciente é submetido ao exame clínico pelo dentista. A ocorrência de três desfechos básicos está prevista:

- 1- Os pacientes sem alterações bucais são dispensados.
- 2- Os pacientes que apresentam alguma alteração bucal, sem malignidade, recebem os cuidados e orientações pertinentes à lesão e então, são agendados para nova avaliação em 15 dias. A ausência de lesão nesse reexame é critério para dispensar os pacientes. Por outro lado, os pacientes que voltam com a lesão sem que haja uma regressão, são encaminhados para o CAEDO, UNAERP e ao CEO a fim de se fazer biópsia ou exames complementares.
- 3- Casos com suspeita de malignidade são preenchidos na planilha 2 (Anexo B) e encaminhados para um especialista em estomatologia no CAEDO (Centro de Atendimento Especializado em Diagnóstico Oral) da USP- Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo), para realização de biópsia e diagnóstico da lesão. Neste caso a central de regulação é acionada para imediato agendamento de consulta no CAEDO. Após o diagnóstico, este órgão envia uma contra referência com laudo da lesão para a central de regulação odontológica que a encaminha para regulação médica da secretaria municipal da saúde. A regulação médica então encaminha o paciente para tratamento em um hospital. O dentista que gerou o encaminhamento inicial recebe uma contra referência com o diagnóstico do paciente.

Finalizada a campanha, todas as unidades de saúde enviam as planilhas 1 e 2 preenchidas e compiladas na planilha 3 (Anexo C). O coordenador da campanha então compila os dados na planilha 4 (Anexo D) e a envia para a DRS XIII e para a FOSP. Conforme mostrado no fluxograma da Figura 1.

3.2 LOCAL DE ESTUDO E FONTES PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Banco de dados da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto e no CAEDO e CEO e UNAERP que armazenam as informações registradas durante as campanhas municipais.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

3.3.1 Critérios de Inclusão para levantamento de dados nas CPDPCB 2010 a 2014

Foram levantados dados de usuários de saúde acima de 40 anos, ambos os sexos que estavam registrados no Banco de dados da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, CAEDO, CEO e UNAERP.

- Amostra para levantamento de dados nas CPDPCB 2010 a 2014

Para esse estudo quantitativo ou correlacional, foram consideradas como variáveis ordinais, idade, tipo de lesão bucal e número de pacientes examinados que apresentavam lesões em cada campanha anual, e gênero como variável nominal. Após coleta dos dados foi considerado o erro amostral. Os resultados foram analisados com cálculo de intervalo de confiança. A análise foi desenvolvida utilizando como parâmetro a proporção da amostra para determinação do intervalo de confiança, de 95% (IC95). Com base nos valores de IC (intervalo de confiança), a análise estatística empregou o teste de proporções (PEARSON; HARTLEY, 1966). A amostragem atual contou com 1121 (mil cento e vinte e uma) pessoas e estas se enquadram nos critérios de inclusão mencionados. Portanto, $N = 1121$ é o espaço amostral total (100%); para que o erro amostral seja de até 5%, conforme o convencional para pesquisas desta natureza (pesquisa de campo), as informações devem ser coletadas de, no mínimo $n = 287$ pessoas, como demonstra a Tabela 1.

TABELA 1: Cálculo do n (número de sujeitos de uma amostra) para que o Erro Amostral seja até 5%: POPULAÇÃO N 1121, Amostra necessária n 287, Erro amostral (%) E 0,5. Fórmula empregada para o cálculo:

$$n = \frac{N.Z^2.p.(1 - p.)}{Z^2.p.(1 - p) + \varepsilon^2.(N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada;

N -população;

Z -variável normal padronizada associada ao nível de confiança;

p -verdadeira probabilidade do evento e

ε - erro amostral (SANTOS, 2012).

Tabela 1 - Cálculo do N (número de sujeitos de uma amostra) para que o Erro Amostral seja até 5%

POPULAÇÃO	N	1121
Amostra necessária	n	287
Erro amostral (%)	ε	5%

Fonte: próprio autor.

3.3.2 Critérios de Exclusão

Pacientes menores de 40 anos de idade e com ausência de lesão bucal.

3.4 COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS BÁSICOS

Após a aprovação (número 816.685) por parte do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), em serem humanos da Universidade de Ribeirão Preto (Apêndice VII), foi realizado contato com a Secretaria Municipal da Saúde, com o CAEDO, CEO e UNAERP para acesso e aquisição dos dados necessários para a pesquisa.

3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados (CPDPCB 2010 a 2014)

Para desenvolver o estudo observacional descritivo foram utilizadas as informações registradas no banco de dados do CAEDO, CEO, UNAERP e Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

3.5. PROTOCOLOS EXPERIMENTAIS

3.5.1 Descrição dos dados da CPDPCB 2010 a 2014.

As informações numéricas foram acessadas a partir do banco de dados obtidos durante cada ano da campanha: de 2010 a 2014. A organização foi executada por meio de planilhas e ou tabelas. As variáveis foram classificadas como ordinais, nominais ou dicotômicas, (idade, sexo, presença e tipo de lesão bucal). Os dados obtidos por meio desse protocolo permitiram avaliar a resolutividade da campanha.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os resultados da análise estatística dos dados obtidos por meio do instrumento quantitativo foram apresentados em seus valores absolutos e relativos. Os resultados obtidos a partir de dados das Campanhas de 2010 a 2014 foram organizados em formulários e fontes das planilhas 1, 2, 3 e 4 (Anexos A, B, C e D, respectivamente). Esses dados foram transcritos em planilhas, para posteriormente serem realizadas as descrições da pesquisa. Os dados coletados foram digitados em planilhas eletrônicas (*Microsoft Excel - Microsoft Corporation*) e convertidos em dados dinâmicos para posteriores comparações. Os métodos estatísticos utilizados foram Regressão Linear Simples para análise ao longo de todos os anos, Teste de Comparação de Duas Proporções para análise entre cada ano da campanha. Quando se obteve relação entre essas variáveis, foi utilizado Teste de Correlação e finalmente teste Qui Quadrado para verificar as frequências encontradas e esperadas com ou sem diferenças significativas entre as outras variáveis desse estudo. Foram consideradas estatisticamente diferentes as comparações que apresentarem valor de $p < 0,05$ (IC95 – intervalo de confiança de 95%). As análises estatísticas foram realizadas por meio do software estatístico *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 17.0, 2008.

4 INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA CPDPCB DE 2015

4.1 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1.1 Natureza do Estudo

Estudo observacional analítico.

4.2 LOCAL DE ESTUDO E FONTES PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Unidade Básica Distrital de saúde do Castelo Branco, “*Ítalo Baruffi*” situado a R. Dom Luiz do Amaral Mousinho nº 3.300, município de Ribeirão Preto, SP.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

4.3.1 Critérios de Inclusão

Pacientes ambos os sexos, acima de 40 anos de idade, alfabetizados, em condições psicológicas e mentais normais, que participaram da campanha de diagnóstico e prevenção do câncer bucal de 2015 na Unidade Básica Distrital de saúde do Castelo Branco “*Ítalo Baruffi*” e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

- Amostra para essa pesquisa de pacientes durante a CPDPCB de 2015.

Para a pesquisa quantitativa, foi utilizada uma amostragem pequena e finita, dentro dos critérios de inclusão já mencionados acima. Como variável nominal foi usada gênero e variáveis ordinais, idade, escolaridade, renda familiar, conhecimento sobre a doença câncer bucal e seus fatores de riscos e finalmente conhecimento do autoexame bucal. Após coleta dos dados, também foram considerados os mesmos parâmetros de erro amostral e intervalo de confiança da amostra anterior. Portanto, a amostragem contou com 200 (duzentas) pessoas que se enquadraram nos critérios de inclusão mencionados.

O espaço amostral total considerado (100%) foi de $N=200$. Para que o erro amostral seja de até 5%, o número (n) a ser coletado é 132 pessoas, como demonstra a Tabela 2.

TABELA 2: Cálculo do n (número de sujeitos de uma amostra) para que o Erro Amostral seja até 5%: POPULAÇÃO N 200, Amostra necessária n 133, Erro amostral (%) E 0,5. Fórmula empregada para o cálculo:

$$n = \frac{N.Z^2.p.(1 - p.)}{Z^2.p.(1 - p) + \varepsilon^2.(N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada;

N - população;

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança;

p - verdadeira probabilidade do evento e

ε - erro amostral (SANTOS, 2012).

Tabela 2 - Cálculo do N (número de sujeitos de uma amostra) para que o Erro Amostral seja até 5%

POPULAÇÃO	N	200
Amostra necessária	n	132
Erro amostral (%)	ε	5%

Fonte: próprio autor.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Pacientes menores de 40 anos, não alfabetizados e que não assinaram o consentimento oficial para participação.

4.4 COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS BÁSICOS

A abordagem aos pacientes para a atividade de intervenção educativa ocorreu durante a campanha de 2015. Neste momento, os pacientes foram informados em linguagem clara e acessível sobre os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário da mesma e as questões éticas envolvidas. Quando o paciente aceitou participar da pesquisa, foi esclarecido quanto ao sigilo da mesma. Mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE – Apêndice III), os pacientes preencheram um formulário autoaplicável (Apêndice I),

na sequência foram encaminhados para exibição do vídeo educativo. Os formulários foram preenchidos pelo próprio paciente com caneta esferográfica, na própria unidade de saúde e entregues aos pesquisadores em seguida.

4.5 PROTOCOLO EXPERIMENTAL DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA DURANTE A CPDPCB

Constou entrevista estruturada com perguntas previamente formuladas onde a amostra composta por idosos participantes da CPDPC de 2015 assistiu a um vídeo informativo de educação em saúde sobre câncer bucal (Apêndice II). O vídeo educativo intitulado: “Prevenção do Câncer Bucal” foi elaborado pela pesquisadora, possuía sete minutos com apresentação da doença câncer bucal, seus principais fatores de risco, como fazer o autoexame bucal e como executar a higienização de próteses. Foi utilizada uma câmara filmadora HD Olympus com a locução dos textos escritos executados por Marisa Cury. A edição foi elaborada pelos programas de Edição Adobe Premier e programas de áudio *Aster Effects e Soundforge*.

A avaliação da intervenção se deu por meio de um formulário auto aplicativo. Este formulário possuía questões com dados biodemográficos como idade, sexo e escolaridade e características socioeconômicas. Também continha questões específicas do vídeo educativo sobre câncer bucal. Foi apresentado antes e depois do vídeo com o intuito de identificar a mudança de conhecimento sobre o assunto. O formulário de conhecimento continha 15 questões de múltipla escolha (Apêndice I), elaboradas pelos pesquisadores baseadas em outros instrumentos de coletas de dados existentes. A elaboração desse instrumento pautou-se no respaldo da literatura de (MINAYO, 1994). O vídeo educativo apresentou-se como dispositivo de objeto de aprendizagem com baixo custo e reprodução em larga escala atingindo assim, o público alvo (VANOYE; GOLIOT-LÈTE, 2008).

4.6 ANÁLISE DE DADOS

O caráter analítico dos dados foi obtido por meio de avaliação da comparação – antes e depois da intervenção – do comportamento dos idosos. Foram empregados os testes de McNemar (SIEGEL, 1981) para as variáveis nominais e teste de Qui Quadrado para verificar as frequências encontradas e esperadas com ou sem diferenças significativas. Foram consideradas estatisticamente diferentes as comparações que apresentarem valor de $p < 0,05$.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do software estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0; 2008.

5 CRITÉRIOS ÉTICOS

O projeto foi registrado na Plataforma Brasil <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf> para posterior submissão ao Comitê de Ética da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Todo e qualquer procedimento foi realizado somente após a aprovação por parte deste comitê.

O parecer de aprovação consubstanciado do CEP está registrado sob o número 816.685.

A abordagem dos sujeitos amostrados está pautada nas normas contidas na Resolução 466/12 “Sobre pesquisa envolvendo seres humanos”. Foi garantido aos participantes, informações em linguagem clara e acessível, sobre os objetivos e procedimentos adotados no estudo, sigilo e a possibilidade de desistir da pesquisa em qualquer momento.

Para formalizar a aceitação voluntária em participar da pesquisa foi pedido que o participante assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III).

7 REVISÃO DA LITERATURA

7.1 CONCEITO DE CÂNCER

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2014), câncer é o termo usado para designar doenças caracterizadas pela proliferação descontrolada de células, o que leva à formação de um tecido anormal. Quando há disseminação de células cancerosas para outras regiões do corpo e formação de tumores secundários, trata-se de uma metástase. Por outro lado, tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam e se assemelham ao seu tecido original.

Os diferentes tipos de tumor maligno correspondem aos vários tipos de células do corpo. Sendo assim, se o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele ou mucosa é denominado carcinoma e tem origem em tecidos conjuntivos como ossos, músculos ou cartilagem, é chamado de sarcoma (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014).

7.2 EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia do Câncer de boca apresenta índices preocupantes: 15.000 novos casos em 2014. Em nosso país chega a ser a 6^a colocada entre as neoplasias malignas no homem e quase sempre relacionadas a dois fatores de risco: o tabagismo e alcoolismo. Nos Estados Unidos devem ser registrados anualmente 30.990 novos casos de câncer da cavidade bucal, deste total, 20.180 em homens. Nos americanos, o número de casos de tumores malignos de boca está caindo a uma velocidade de 1% ao ano, nos últimos 20 anos (BRASIL, 2014).

Apesar do progresso no diagnóstico e tratamento, o câncer bucal permanece como um problema de Saúde Pública e não se nota melhora nos indicadores epidemiológicos ao longo do tempo no Brasil (BRASIL, 2010).

7.3 FATORES DE RISCOS

- Tabagismo

O tabagismo ativo ou passivo (exposição à fumaça do tabaco), o consumo do rapé ou hábito de mascar fumo também eleva o risco desse tipo de câncer. O fumo é um dos mais poderosos agentes cancerígenos introduzidos pelo próprio homem no organismo. No tabaco e na fumaça são identificadas 4.700 substâncias tóxicas dentre as quais 60 apresentam potencial carcinogênico comprovado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

- Alcoolismo

O álcool ou etanol, durante a sua metabolização, se transforma em acetaldeído. Este componente possui uma ação carcinogênica elevada por causar mutações no DNA da célula. O alcoolismo é um fator de risco grande e independente para o câncer bucal, mas quando associado ao tabagismo, torna-se multiplicador desse risco em 35 vezes, principalmente se a bebida alcoólica for destilada (SILVERMAN, 2001). Entretanto, o tempo de duração do hábito de beber e a quantidade total de álcool ingerida são mais relevantes que o tipo de bebida consumida (ALMEIDA et al., 2011).

- Radiação Solar

Exposição solar (raios ultravioletas) entre os períodos de 10 a 15 horas é a causa principal de tumores de lábio inferior. Esse tipo indica uma grande preocupação no Brasil por ser considerado risco ocupacional a trabalhadores expostos ao sol sem proteção (TORRES-PEREIRA et al., 2012)

- Hábitos Alimentares

Alimentação saudável com frutas e verduras possuem efeitos protetores em relação ao câncer bucal. Por outro lado, alimentos de origem animal como carne e gordura apresentam elevação do risco do desenvolvimento dessa forma de câncer. As deficiências nutricionais de vitaminas: A, E, C e B2 e alguns minerais como cálcio e selênio são considerados importantes fatores de risco (PETTI, 2009).

- Vírus

Na última década, inúmeros casos de câncer de boca e orofaringe foram diagnosticados em pacientes jovens e não fumantes. A plausibilidade biológica da ação do HPV em neoplasias bucais é bastante discutida. Sexo seguro deve ser estimulado para prevenção do câncer bucal (MARUR et al., 2010).

- Idade

Indivíduos idosos são mais propensos a desenvolverem câncer devido ao um envelhecimento de suas células e ao fato dessas mesmas estarem expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014). A intensidade e a duração da exposição das células aos agentes causadores de tumores malignos é que determina o surgimento da doença câncer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

- Irritação Mecânica ou Química

Traumas crônicos como dentes fraturados, próteses mal adaptadas, uso de soluções de higiene bucal, exposição a alguns produtos químicos, má higiene bucal, têm se mostrado evidentes como fatores de risco facilitadores para tumores malignos de boca (WERNER; FONTANELLA, 2009).

- Nível Socioeconômico

Características culturais de uma sociedade relacionadas com níveis socioeconômicos baixos indicam relação entre a pobreza e o câncer de boca, cabeça e pescoço. A pouca procura ao tratamento e tecnologias nos serviços de saúde determinam o aumento da incidência deste tipo de câncer nesta população. Indivíduos de baixa renda requerem mais cuidados médicos e tem a sua disposição menor acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente acarretam em diagnósticos tardios (ANTUNES, 2001).

- Imunológicos

Pacientes portadores de HIV e imunossuprimidos pós-transplantes possuíram um aumento na incidência de câncer de boca em estudos de Llewellyn et al. (2004). Esses fatores parecem estar ligados a alguns tipos de câncer aerodigestivos e a falta de vigilância não detecta as mutações iniciais permitindo que a célula se prolifere (NEVILLE et al.; 2009).

- Oncogênese e genes supressores de tumor

Genes normais (protoncogênes) podem ser transformados em oncogêneses ativos, por meio da ação de vírus, radiação ou carcinógenos químicos. Em contrapartida, genes supressores tumorais, quando inativados ou mutados, permitem a produção de tumores por não inibirem a proliferação de células malignas (NEVILLE et al., 2009).

Há evidências de que tumores malignos de boca possam estar relacionados a suscetibilidade genética. Existe dificuldade em distinguir o caráter genético da doença ou a semelhança de estilo de vida entre os familiares (tendência familiar). Todavia, podemos afirmar essa hipótese em relação a pacientes jovens quando são acometidos pela doença (HASSANNEIN; MUSGROVE; BRADBURY, 2005).

Uma revisão de Colombo e Rahal (2009) reuniu informações que indicam que o carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço possui componentes genéticos, contudo, parcela significativa da população desenvolve câncer devido ao fato de terem sido expostos aos fatores de riscos mais importantes como tabaco e álcool sem associação com marcadores gênicos (BOCCIA et. al. 2008). Um processo multivariável-dependente que inclui, alterações genéticas e alterações epigenéticas (onde ocorre a perda da heterozigozidade, inativação gênica e amplificação gênica que alteram o perfil da expressão gênica) (CHOI et al., 2008).

Biomarcadores para carcinogênese apresentam baixo poder preditivo positivo para diagnóstico de câncer de boca (THOMAS; NADIMINTI; REGALADO, 2005).

7.4 Diagnóstico Clínico

Dentre os obstáculos para o diagnóstico precoce desse tipo de tumor maligno, encontram-se as dificuldades de estabelecimento de políticas públicas dirigidas aos principais fatores de risco, como hábitos de consumo de tabaco e álcool. Além disso, fatores relacionados ao paciente e/ou ao profissional, juntos ou isolados, ajudam para a demora no diagnóstico do câncer bucal e suas consequências. (GOMEZ et al., 2010; WADE et al., 2010).

A desinformação contribui para postergar a procura por serviço de saúde. O diagnóstico tardio pode estar relacionado a diversos fatores, dentre eles: a falta de informação da população, a falta de alerta dos profissionais da saúde; e a falta de rotinas abrangentes programadas nos serviços de saúde, públicos e privados (THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2000). O medo de receber um diagnóstico de câncer; o medo da dor ou desconforto com o método de diagnóstico; argumentos para abandonar hábitos de fumar ou beber também são fatores que atrasam a busca para atendimentos precoces (PRIETO; SILVA; ACCIOLY JÚNIOR; OLIVEIRA, 2005).

O diagnóstico precoce é o meio mais efetivo para aumentar a sobrevida, reduzir a morbidade, e evitar mutilações decorrentes ao tratamento cirúrgico de tumores malignos de boca (GOMEZ et al., 2010). Para estabelecer a existência de uma lesão é essencial o exame visual e tátil, no entanto, poucos profissionais o fazem.

Ao examinar um paciente, principalmente considerados grupos de risco, deve-se atentar para alterações em mucosa da boca, em especial aquelas com poder de malignização como: lesões brancas, vermelhas, brancas e vermelhas, negras, com crescimento rápido e que não cicatrizam em 15 dias (NEVILLE et al., 2009).

Os carcinomas espinocelulares são identificados como 90% a 95% dos tumores da cavidade bucal. Podem se apresentar por úlceras, nódulos, placas endurecidas, aderidas ao tecido subjacente e indolor ou massa esbranquiçada, endurecida, aderida, com bordas irregulares, sem limitação e indolor. Nos casos mais avançados apresentam-se com odor fétido, dor, disfagia, trismo, perda de peso e linfadenopatia cervical. Os adenocarcinomas de glândulas salivares, sarcomas linfomas melanomas e tumores metastáticos apresentam-se com menos frequência (ABREU, 2004).

Segundo o Hospital A. C. Camargo (SÃO PAULO, 2014), os sinais e sintomas típicos de câncer bucal são:

- Ferida na boca que não cicatriza em 15 dias (sintoma mais comum);
- Dor na boca que não passa (comum em fases tardias de tumores);
- Nódulo persistente ou espessamento na bochecha;
- Área avermelhada ou esbranquiçada na mucosa da cavidade oral;
- Irritação ou sensação de que algo está entalado na garganta;
- Dificuldade de falar ou engolir;
- Dificuldade para mover a mandíbula ou língua;
- Dormência em qualquer área da boca;
- Inchaço da mandíbula em que as próteses não mais encaixem;
- Dentes com mobilidades;
- Mudança da voz;
- Nódulos ou gânglios enfiados;
- Perda de peso;
- Halitose.

Quanto aos exames para diagnóstico, destaca-se: histórico médico completo; exame físico; citologia esfoliativa e biópsia. Se necessário, consulta com especialistas, ou seja, atuação multidisciplinar, para exame completo de cabeça e pescoço com nasofaringoscopia e laringoscopia (SÃO PAULO, 2014).

O estadiamento do câncer envolve: 1- diagnóstico clínico anatômico macroscópico que define o local, tamanho, relações com a pele e estruturas profundas adjacentes, mobilidade relativa ao plano ósseo e feixe vaso-nervoso; 2- diagnóstico histopatológico e finalmente; 3- diagnóstico funcional que analisa o comprometimento da função do órgão afetado e o devido tratamento (FIGUEIREDO, 2013).

Com a finalidade de avaliar o estadiamento clínico do câncer, a União Internacional de Combate ao Câncer (UICC), desenvolveu o sistema TNM, onde (T) avalia a dimensão do tumor, (N) avalia a extensão da disseminação nos linfonodos e (M) a presença ou não de metástase à distância. As tabelas 2 e 3 a seguir, demonstram o sistema TNM do câncer bucal com suas características e sistema TNM em relação aos estágios tumorais, respectivamente.

Tabela 3 - Sistema de Estadiamento Tumor-Linfonodo-Metástase para Carcinoma Oral

Tamanho do tumor primário (T)	CARACTERÍSTICAS
TX	Nenhuma informação sobre o tumor primário.
T0	Nenhuma informação de tumor primário.
Tis	Somente carcinoma <i>in situ</i> no sítio primário.
T1	Tumor de 2cm ou menor em seu > diâmetro.
T2	Tumor maior que 2cm e não maior que 4 cm em seu > diâmetro.
T3	Tumor > que 4cm em seu > diâmetro.
T4a	(Lábio) Tumor invade através da cortical óssea, nervo alveolar inferior, soalho de boca, ou pele da face (queixo e nariz). Tumor passível de ressecção cirúrgica.
T4a	(Cavidade oral) tumor invade através da cortical óssea, seio maxilar ou pele da face. Tumor passível de ressecção cirúrgica.
T4b	Tumor invade espaço mastigatório, lâminas do processo pterigoide ou base do crânio e/ou envolve a artéria carótida. Tumor inoperável.
Envolvimento do linfonodo regional (N)	CARACTERÍSTICAS
NX	Linfonodos não puderam ou não foram avaliados
N0	Nenhuma metástase para linfonodos regionais
N1	Metástase em 1 linfonodo ipsilateral, < ou = a 3cm em seu > diâmetro
N2	Metástase em 1 linfonodo ipsilateral, > que 3cm e < que 6cm em seu > diâmetro; múltiplos linfonodo ipsilaterais; nenhum > que 6cm em seu > diâmetro; ou linfonodo bilaterais ou contralaterais, nenhum > que 6cm em seu > diâmetro.
N2a	Metástase em único linfonodo ipsilateral, > que 3cm e , que 6cm em seu > diâmetro.
N2b	Metástase em múltiplos linfonodos ipsilaterais, nenhum > que 6cm em seu > diâmetro.
N2c	Metástase em linfonodos bilaterais ou contralaterais, nenhum > que 6cm em seu > diâmetro.
N3	Metástase em 1 linfonodo > que 6cm em seu >diâmetro
Envolvimento por Metástase (M)	CARACTERÍSTICAS
MX	Metástase à distância não foi avaliada.
M0	Sem evidência de metástase à distância.
M1	Metástase à distância presente.

Fonte: Neville et al., 2009

Tabela 4 - Classificação TNM e estadiamento do câncer bucal

ESTÁGIO	CLASSIFICAÇÃO TNM
Estágio I	T1 N0 M0
Estágio II	T2 N0 M0
Estágio III	T3 N0 M0, ou T1, T2, ou T3, N1 M0
Estágio IV	Qualquer lesão T4, ou qualquer lesão N2 ou N3, ou qualquer lesão M1

Nota: T: tumor primário; N: linfonodo regional; M: Metástase.

Fonte: Neville et al., 2009.

7.5 TIPOS DE TRATAMENTO E REAÇÕES ADVERSAS

No tratamento do câncer bucal são usadas cirurgia e/ou radiação com finalidade curativa. A quimioterapia é usada como coadjuvante nas terapêuticas de radiação e cirurgia. Nas lesões de grau I e II, o tratamento indicado pode ser a cirurgia e radiação e nas lesões de grau III e IV, a combinação das duas terapêuticas é o mais indicado. Entretanto, para a doença mais avançada, pode-se usar a combinação da quimioterapia com cada uma das modalidades de tratamento descrita acima (HONORATO et al., 2009).

Com técnicas de reconstrução facial imediata, a cirurgia radical do câncer bucal evoluiu muito, porém, a recuperação funcional do paciente ainda é muito deficitária. (FONTANELLA, 2009).

Destacam-se reações agudas ou crônicas pós-tratamento (NEVILLE et al., 2009):

- Mucosite: lesões ulceradas nas mucosas;
- Xerostomia: hipossalivação ou falta de saliva;
- Cárie de radiação: formação de tecido cariioso devido à hipossalivação;
- Hemorragia Intraoral: sangramento da mucosa bucal devido à quimioterapia;
- Osteorradionecrose: necrose óssea após o período de radiação;
- Trismo: espasmos musculares tônicos e com dificuldade de abertura da boca devido à radiação dos músculos mastigatórios e
- Mutilação: remoção total ou parcial das regiões acometidas pela doença.

7.6 QUALIDADE DE VIDA E SOBREVIDA

Segundo o Instituto Nacional de Câncer, um alto índice de sobrevida é relatado quando o diagnóstico do câncer bucal é precoce. O prognóstico para tumores de boca depende da área comprometida e do estadiamento da doença do sistema TNM (Classificação de Tumores Malignos). Lesões iniciais (I-II) possuem melhores prognósticos em relação às lesões avançadas (III-IV).

Tabela 5 – Taxa de sobrevida em relação ao estadiamento do câncer bucal

Sítio Primário	Taxa de sobrevida em 5 anos- Percentual/ Estádio			
	I	II	III	IV
Língua Oral	35-85	26-77	10-50	0-26
Assoalho da boca	58-75	40-64	21-43	0-15
Rebordo Gingival	73	41	17	0-10
Mucosa Jugal	77-83	44-65	20-27	0-18
Área Retromolar	70	57,8	46,5	0-10
Palato Duro	60-80	40-60	20-40	0-30

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014.

7.7 PROGNÓSTICO NAS ATENÇÕES PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

Wade et al. (2010) evidenciaram em um estudo, grande necessidade de se investir em educação continuada para que o profissional de saúde detecte lesões potencialmente malignas e reduza o tempo entre o início da lesão, o diagnóstico e o tratamento da mesma.

Na literatura, encontramos estudos que caracterizam o método de *screenings*, ou seja, a procura da doença somente em população de alto risco como fumantes e etilistas, encontrando lesões iniciais e promovendo tratamento precoce com aumento de sobrevida. (SCHEUFEN et al., 2011).

No Brasil, atualmente, o Instituto Nacional de Câncer e instituições tais como universidades, conselhos regionais de odontologia, fundações, secretarias estaduais de saúde e secretarias municipais de saúde, têm se empenhado em fomentar ações integradas para a prevenção e controle do câncer de boca (SÃO PAULO, 2008).

A campanha de prevenção do câncer bucal no Estado de São Paulo teve início em 2001 e foi lançada oficialmente no III Ciclo de Revisão em Saúde Bucal promovido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), em março de 2001. Em 2002, a SES-SP passou a confeccionar uma apostila dirigida às Direções Regionais de Saúde (DRSs) e municípios, com orientações e procedimentos a serem realizados e o preenchimento dos impressos para a totalização dos dados (SÃO PAULO, 2002).

Buscas na literatura por trabalhos que tratem de campanhas sobre câncer de boca traz número escassos de artigos. Acredita-se que isso se deve à falta de definição de metodologia científica que impede a reprodução das ações em educação (ALMEIDA et al., 2005).

Em 2012, foi publicado um estudo que descreveu as estratégias e resultados das campanhas de prevenção do câncer em idosos de São Paulo, Brasil de 2001 a 2009 e foi

constatada redução na incidência de novos casos de câncer de boca em indivíduos acima de 40 anos (MARTINS et. al., 2012).

Enfoque educacional da população sobre os fatores de risco do câncer bucal e do autoexame bucal são de suma importância na detecção da lesão inicial, ocasião em que a cura ainda é possível (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014).

7.8 INTERVENÇÕES EDUCATIVAS

O conceito de educação não restringe apenas à transmissão de conhecimentos; significa formar para a autonomia, isto é, para autogovernar-se: “a educação tem caráter permanente. Não há seres educados e não educados, estamos todos nos educandos. Existem graus de educação, mas estes não são absolutos” (FREIRE, 2001, p.28). O processo educacional somente será autônomo e libertador por meio do conhecimento científico se formar cidadãos críticos, dotados das condições que lhes permitam entender os contextos históricos, sociais e econômicos em que estão inseridos (FREIRE, 2001).

Existem três categorias de educação para se transmitir o que se deseja ensinar. A primeira denominada de educação formal apresenta-se no ensino escolar institucionalizado, cronologicamente gradual e hierarquicamente estruturado. A segunda categoria é a educação informal é aquela transmitida de forma espontânea, com pais, convívio com amigos, teatros, leituras e outros meios de comunicação. A terceira é a educação não formal, aquela transmitida à população além da escola, mas a fim de complementar conteúdo de educação formal, utilizando espaços e metodologias extramuros das instituições de ensino (BIANCONI; CARUSO, 2005). A educação em saúde deve usar as três modalidades de educação para alcançar seus objetivos, ou seja, inserir novos hábitos e mudar a opinião da população em relação a um determinado assunto ou tema de interesse da saúde coletiva. A população em geral para ser atingida necessita de metodologia capaz de traduzir o conteúdo médico científico de forma fácil, clara e acessível (GALASSI et al., 2006).

A popularização do autoexame da boca foi proposta e estudada por um grupo de pesquisa da Universidade de São Paulo, que estabeleceu em suas ações, metas com relação à educação em saúde e concluiu que esse impacto grandioso pode colaborar para o desenho de novas iniciativas que revertam a elevada incidência mortalidade e morbidade de câncer de boca no Brasil (ALMEIDA et al., 2011).

A construção de metodologia audiovisual por meio de vídeo educativo obrigatoriamente deve ser elaborada em função das necessidades do público a quem se destina, considera-se, portanto, o contexto sócio-histórico-cultural do telespectador. Deve possuir um caráter informativo e também motivacional ou de sensibilização. Portanto, é de extrema importância que o conteúdo, ou seja, a informação a ser abordada neste processo de formação de conhecimento, desperte a motivação desses sujeitos instigando seus próprios questionamentos e reflexões (REGO, 2004).

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1 CAMPANHAS DE 2010 A 2014

Os dados coletados durante as campanhas de 2010 a 2014 (5 anos) nos mostram que no total de 155.181 pacientes vacinados nos primeiros quinze dias da campanha de vacinação contra a gripe em idosos, 57.682 pacientes foram examinados por cirurgiões dentistas em todas unidades de saúde na Cidade de Ribeirão Preto. Dentre todos pacientes examinados, 1.121 foram encaminhados aos serviços de diagnóstico por possuírem alguma alteração dos tecidos bucais.

A Tabela 6 apresenta a relação entre pacientes examinados e o número de pacientes vacinados durante cinco anos da campanha em que houve acompanhamento paralelo para prevenção do câncer bucal.

Tabela 6 - Pacientes vacinados, examinados e encaminhados com algum tipo de lesão Bucal durante as campanhas de vacinação contra gripe em idosos nos anos de 2010 a 2014.

ANO	PACIENTES VACINADOS*	PACIENTES EXAMINADOS*	PACIENTES ENCAMINHADOS
2010	35.075	11.218 (32%)	193 (1,72%)
2011	40.082	13.251 (33%)	303 (2,29%)
2012	18.952	9.437 (49%)	207 (2,19%)
2013	26.544	12.223 (46%)	212 (1,73%)
2014	34.528	11.553 (33%)	205 (1,77%)
TOTAL	155.182	57.682 (37%)	1.121 (1,94%)

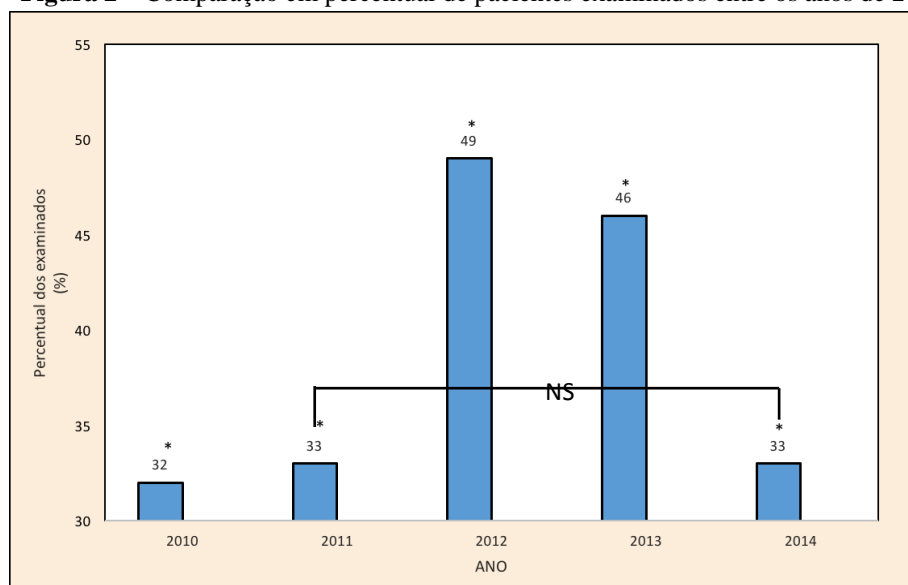
Nota: * Dados dos 15 primeiros dias de campanha.

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2014.

Conforme apresentado na Figura 2, análise estatística dos dados ao longo dos 5 anos de Campanha de Vacinação contra Gripe em Idosos, demonstrou não haver alteração dos

percentuais dos pacientes que foram examinados nos quinze primeiros dias. Por outro lado, a análise ano a ano indica diferença significativa, exceto na comparação entre os anos de 2011 e 2014.

Figura 2 – Comparação em percentual de pacientes examinados entre os anos de 2010 a 2014.



Notas: Análise de Regressão Linear ao longo dos anos ($p=0,64$).

* Indica diferença estatística em análise de duas proporções ano a ano ($p < 0,01$). NS - não-significante apenas entre 2011 x 2014 $p = 0,24$). Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016

Fonte: próprio autor, 2016.

Com relação à amostra dos pacientes examinados, constatou-se que a porcentagem dos mesmos permaneceu constante ao longo dos anos. Fica evidenciado que, em relação a faixa etária, a população estudada possui características semelhantes ao longo dos 5 anos amostrados nesta pesquisa. Ou seja, os dados coletados durante as campanhas não ocorreram em intervalo suficiente para mudar o perfil populacional (amostragem). De fato, dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) quanto à expectativa de vida ou longevidade da população Brasileira, indicam não haver perdas na faixa etária ora amostrada. Em 2010 o Brasil possuía 7,4% de idosos e em 2015, 7,8% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). Com base nesta informação consubstanciamos a hipótese de que a população estudada se manteve com o mesmo perfil ao longo dos anos avaliados.

Considerando a faixa etária e a idade como fator de risco, a campanha de vacinação contra gripe em idosos apresenta-se como estímulo adequado para que a campanha de

diagnóstico precoce do câncer de boca consiga incrementar seus índices de exames bucais, uma vez que a mortalidade dessa doença de ser reduzida quando se identificam lesões precoces na população de alto risco (idosos) (COSTA, 2013).

Durante a CPDPCB realizamos o exame visual da boca de pacientes maiores de 40 anos com a finalidade de detecção de lesões precoces em tecidos moles na população de risco mais elevado. Essa abordagem clínica do cirurgião dentista não induz desconforto aos pacientes examinados de qualquer idade inclusive idosos.

Definimos que os exames bucais realizados por cirurgiões dentistas durante as campanhas de prevenção do câncer bucal se apresentam como indicadores de resolutividade para inclusão do cuidado contra o câncer bucal na campanha contra gripe em idosos. Desta forma podemos propor o incremento desse índice. Isso nos possibilita sugerir as seguintes vantagens dos exames visuais bucais executados durante as campanhas da vacinação contra gripe em idosos:

1. Rapidez, sem custos extras ao município;
2. Maior captação da população idosa, visto que a faixa etária com maior incidência de câncer bucal também é a mesma da vacinação contra gripe, campanha essa já consolidada;
3. Facilitação do contato com o idoso, pois muitos julgam desnecessário visitas ao dentista por não possuírem mais dentes;
4. Conveniência para o usuário, pois é examinado mais perto da sua casa, na unidade de saúde de abrangência de sua residência;
5. Qualificação e capacitação de cirurgiões dentistas, pois um treinamento prévio sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal é executado;
6. Sensibilização dos profissionais envolvidos a realizarem também o exame de prevenção do câncer bucal durante todo ano, incorporando os conhecimentos adquiridos nas rotinas de trabalho;
7. Implementação de ações em saúde com orientação do autoexame e fatores de riscos;
8. Realização de exames de próteses e encaminhamento para confecção de novas quando necessitarem e
9. Diagnóstico e tratamento de lesões reversíveis no âmbito de atenção básica.

De modo complementar, Bulgareli et al. (2011) identificaram aumento significativo de 21% para 62,80% de pacientes examinados em relação ao vacinados durante a CDPCB concomitante a campanha de vacinação contra gripe em idosos no município de Marília

situada na região Centro-Oeste Paulista, distante da capital do estado 443 quilômetros, ao longo dos anos de 2006 a 2011 com ações de planejamento participativo para ampliação da cobertura populacional em idosos.

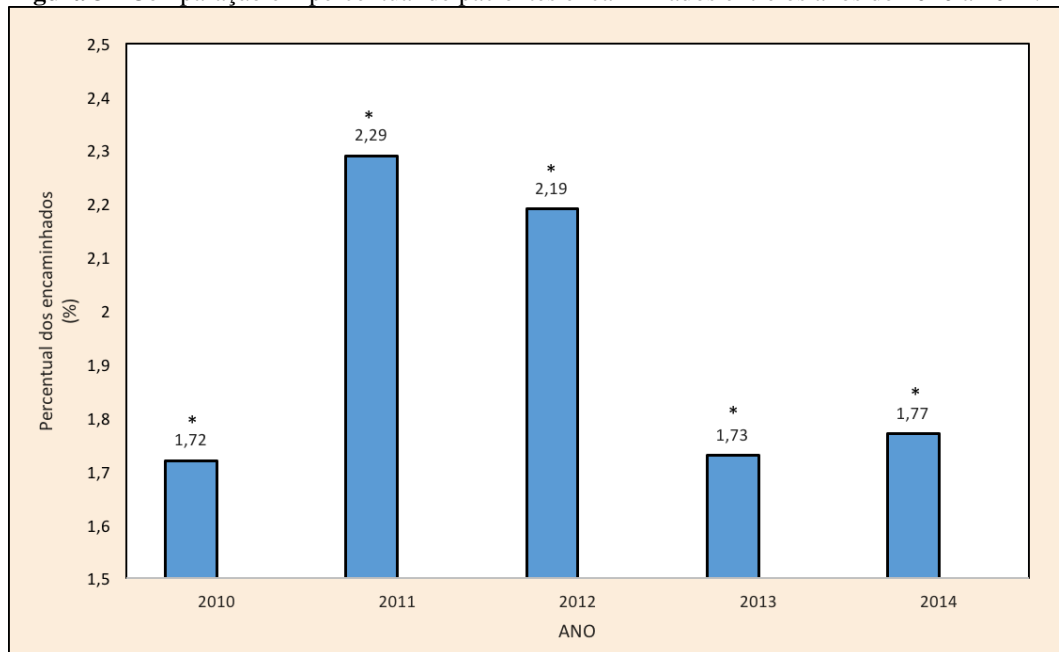
A manutenção dos percentuais de pacientes examinados ao longo de 2010 a 2014 (Figura 2) nos permitem apontar estratégias para que se consiga um incremento desse índice durante a campanha em nosso município. Podemos citar:

- Sensibilização da equipe de saúde sobre a importância da campanha;
- Divulgação com antecedência da campanha na mídia local como rádio, televisão, jornais, faixas, cartazes e distribuição de panfletos explicativos em supermercados, padarias, farmácia, igrejas, centros comunitários, etc.;
- Utilizar recursos visuais com imagens de câncer bucal avançados com intuito de impactar;
- Divulgar os casos resolvidos com diagnóstico positivo para câncer de boca;
- Adotar um local de exames dos idosos discreto e próximo a vacina, pois muitos possuem dificuldade de locomoção e até mesmo vergonha de tirarem próteses ou mostrarem a boca a alguém;
- Realização do exame bucal antes da vacinação;
- Envolvimento da equipe de vacinação com a campanha de prevenção do Câncer Bucal;
- Mudar a abordagem dos idosos com relação a palavra CÂNCER;
- Remanejamento de CD de unidades de público alvo reduzido para unidades com maior número de idosos e
- Implantação de equipe para atendimento a asilos, casas de repouso, pacientes acamados, etc.

A partir dos pacientes amostrados na campanha contra a gripe em idosos, as análises subsequentes, do número de pacientes encaminhados, foram realizadas com foco nos dados de pacientes, para obter informações que substanciem a importância da manutenção e ampliação da campanha contra o câncer bucal. Em análise da regressão simples (Figura 3) observamos ausência de relação ($p=0,67$) entre os percentuais das variáveis dos pacientes encaminhados e aqueles que foram examinados para exame bucal ao longo de todo o intervalo (5 anos). Por outro lado, a análise ano a ano dos percentuais dos pacientes encaminhados em relação aos

examinados, demonstra alteração pontual com diferenças significativas entre alguns anos que não influenciam no resultado final (Tabela 7- ANEXO F).

Figura 3 - Comparação em percentual de pacientes encaminhados entre os anos de 2010 a 2014.



Notas: Análise de Regressão Linear ao longo dos anos ($p=0,67$).

*Indica diferença estatística em análise de duas proporções ano a ano ($p < 0,02$). Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

Acreditamos que a manutenção da proporção de pacientes encaminhados para exames de diagnósticos nas CPDPCB se dê pela capacitação dos profissionais em diagnóstico de câncer bucal que ocorre anualmente com antecedência de cada campanha na cidade de Ribeirão Preto, o que permite a redução de encaminhamentos desnecessários e um atendimento de melhor qualidade ao usuário.

Tal conclusão é ratificada com estudo de Falcão et al. (2010) com objetivo de identificar o grau de conhecimento do cirurgião dentista em relação ao câncer bucal na cidade de Feira de Santana, Bahia no ano de 2006. Ficou constatado que somente 3,7% dos entrevistados obtiveram o conceito ótimo em relação ao conhecimento da doença e 69,5% dos profissionais apresentaram baixo nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal.

Ocorrência preocupante em nosso estudo foram os pacientes faltosos. Ou seja, entre os pacientes encaminhados, uma parcela de pacientes com algum tipo de lesão deixou de comparecer aos centros especializados para serem diagnosticados. Foi constatado número

elevado de faltosos (44,42%), durante todos os anos da campanha. Os dados estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 8 – Distribuição absoluta e relativa de pacientes faltosos por pacientes encaminhados para elucidação diagnóstica durante as campanhas de 2010 a 2014.

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Pacientes encaminhados	194	303	207	212	205	1121
Faltas	65 (33,5%)	151 (49,83%)	120 (57,97%)	111 (51,88%)	51 (24,87%)	498 (44,42%)

Fonte: próprio autor.

Análise de regressão dos dados ao longo de 5 anos mostrou não alteração significativa ($p < 0,05$) para queda ou aumento dessas proporções, contudo o elevado índice de faltosos é preocupante principalmente devido à possibilidade de lesões malignas e pré-malignas, pois, muitos pacientes deixaram de ter sua elucidação diagnóstica.

A preocupação reside no fato de desconhecermos o real motivo das faltas. Com base em dados da literatura, hipóteses para a ocorrência de faltas são de que os pacientes tenham receio do possível resultado positivo para o câncer de boca, além do medo de dor ou desconforto durante exame para diagnóstico (PRIETO; SILVA; ACCIOLY JÚNIOR; OLIVEIRA, 2005).

Outras supostas hipóteses para esse problema de faltosos seriam as dificuldades de transporte por falta de recursos econômicos do paciente para se deslocar para outro local onde são executadas as consultas especializadas e até mesmo o esquecimento do usuário de sua consulta agendada.

Como hipótese técnica-administrativa, há possibilidade de falhas das instâncias responsáveis pelo preenchimento ou envio de referência e/ou contra-referência, a comunicação da unidade de saúde municipal e seu usuário, o qual resultaria em dados “não reais”. Essa constatação não foi alvo deste projeto, mas poderia ser avaliada e proposto protocolos de preenchimentos com pessoas capacitadas e treinadas para essa tarefa.

Hipótese menos provável é a identificação de fatores de riscos que faria com que os pacientes se deparassem com orientações para abandonar hábitos como fumar e/ou ingerir bebidas alcólicas, etc.

Quando comparamos os percentuais dos pacientes faltosos entre todos anos, podemos notar diferenças significativas ($p < 0,001$) entre alguns anos (dados estatísticos estão na tabela 9 - ANEXO F).

Experiências práticas podem explicar um menor índice de falta em 2010 quando os pacientes foram encaminhados somente ao CAEDO (serviço prestado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto). Quando se analisa os demais anos em que verificamos aumento significativo da proporção de faltosos, os pacientes foram encaminhados ao CEO e UNAERP, novos serviços, além do CAEDO. No CAEDO o protocolo de atendimento está estabelecido desde 1988, portanto a operação se encontra sistematizada e protocolada. Contudo, a partir de 2010 a demanda ao CAEDO foi sensivelmente aumentada, tendo sido necessário a implantação dos novos locais: CEO e UNAERP. O CEO se encontra no prédio do Pronto Socorro Central (Ribeirão Preto, SP). Por se tratar de pronto atendimento, os usuários de saúde julgam ser baixa a qualidade do serviço devido à demora do atendimento, o que pode levar os pacientes encaminhados a compararem ao atendimento do CEO sentindo-se desmotivados a comparecerem à consulta. De fato, estes são os relatos dos próprios pacientes para as ausências em consultas médicas na rede municipal de Ribeirão Preto e São Carlos (GLOBO, 2015).

Dados apresentados na Tabela 8 demonstram que no ano de 2014 ocorreu menor número de pacientes faltosos ao exame, o que se deve ao trabalho de motivação dos profissionais envolvidos em realizar busca ativa dos pacientes encaminhados por meio de telefonemas e cartas com avisos da data das consultas. Essa tentativa da divisão de odontologia da SMS de Ribeirão Preto foi com intenção de sanar ou diminuir o número abusivo de faltosos nos anos anteriores.

Se considerarmos as faltas (Tabela 8) ao longo de todos os anos estudados, teríamos como resultado baixa resolutividade das Campanhas de 2010 a 2014, porém, se considerarmos os pacientes encaminhados, ao excluirmos os faltosos, observamos alta resolutividade, pois foi significativamente elevado o número de lesões benignas efetivamente tratadas, a constância do número de lesões malignas ao longo dos 5 anos, bem como o número de pacientes com lesões pré-cancerosas que permaneceram em acompanhamento.

Os dados até então apresentados fortalecem a evidência global de que há efetividade na inclusão da Campanha contra o Câncer Bucal junto à Campanha contra gripe no município de Ribeirão Preto.

Na avaliação do perfil de gênero e idade dos pacientes amostrados durante os anos da campanha de câncer bucal observamos que do total de 1.121 pacientes encaminhados nas CPDPCB durante os cinco anos, houve prevalência de pacientes o sexo feminino (699; 62%). A maior prevalência de idade nas mulheres foi entre 61 a 70 anos. De modo geral, a

prevalência foi entre os maiores de 40 anos, o que corrobora com os resultados obtidos por CONWAY et al., 2008; WARNAKULASURIYA, 2009; CAMARGO CANCELA et al. 2010; TORRES PEREIRA, 2010).

Esses dados, podem ser explicados pelo fato de mulheres serem mais atentas aos cuidados em saúde o que é confirmado pelo trabalho de Mota et al. (2010) que evidenciaram que mulheres possuem maior percepção aos problemas da comunidade e da saúde.

Por estarem por maior tempo em contato com os fatores de risco, os pacientes com maior propensão a lesões de boca são aqueles cuja faixa etária é maior de 60 anos de idade. Estudo de Gervásio et al. (2001) que avaliou o perfil de 740 pacientes com CEC bucal nos Hospitais Mário Penna e Luxemburgo, em Belo Horizonte (MG) demonstrou que a maior parte (82,7%) dos pacientes era do sexo masculino sendo que a razão homem/mulher foi de 4,8:1 e a maioria dos pacientes possuíam idade superior a 60 anos.

Estatisticamente, observamos por meio do teste Qui-quadrado (Tabela 10) que não houve diferença significativa na distribuição dos percentuais das faixas etárias conforme o gênero. Isso demonstra que as possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para esse evento se comportam de maneira semelhante devido a uma distribuição homogênea entre sexo e idade.

Tabela 10 - Distribuição absoluta e relativa (%) de Faixa Etária por Gênero de pacientes encaminhados ao longo de todos os anos na avaliação dos dados das Campanhas de 2010 a 2014.

Faixa Etária	Feminino	Masculino	Total Geral
11 à 20 anos	3(0,43)	2(0,47)	5
21 à 30 anos	8(1,14)	6(1,42)	14
31 à 40 anos	22(3,15)	10(2,37)	32
41 à 50 anos	59(8,44)	22(5,21)	81
51 à 60 anos	167(23,89)	79(18,72)	246
61 à 70 anos	244(34,91)	167(39,57)	411
71 à 80 anos	148(21,17)	105(24,88)	253
81 à 90 anos	45(6,44)	29(6,87)	74
91 à 100 anos	3(0,43)	2(0,47)	5
Total Geral	699	422	1121

Nota: Teste Qui-Quadrado P = 0,28. Variável sexo com distribuição etária equivalente. Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

No sentido de somar indicadores para resolutividade das campanhas, levantamos os números e porcentagem de pacientes que tiveram diagnóstico positivo para lesões malignas; diagnóstico de lesões pré- cancerígenas; pacientes sem diagnóstico concluído; pacientes sem

lesão; pacientes com diagnóstico de variação de normalidade e pacientes com diagnóstico de lesão benigna.

No caso de lesão maligna os pacientes são rotineiramente encaminhados para tratamento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto (FMRP, USP). No caso de lesões pré-cancerígenas permanecem em acompanhamento nos serviços de saúde CEO, CAEDO e UNAERP. Nos demais casos seguem com tratamento específico no local da identificação do problema e finalmente recebem alta.

A distribuição de percentual de tipo de lesão por faixa etária (Tabela 11) aponta que o maior número de pessoas encaminhadas para elucidação diagnóstica apresenta-se entre 51 a 90 anos de idade. Esses resultados estão relacionados ao maior tempo de exposição do paciente aos fatores de riscos o que nos leva a ratificar que homens, entre a 5ª e a 7ª décadas de vida estão mais suscetíveis a tumores de boca. Estatisticamente não houve diferença significativa nos percentuais de tipo de lesão por faixa etária.

Estudo de Biazevic et al. (2006), desenvolvido com o objetivo de descrever a mortalidade por câncer de boca e orofaringe na cidade de São Paulo entre 1980 a 2002 mostrou que a doença se manifestou preferencialmente em indivíduos do sexo masculino maiores que 60 anos de idade. Esses resultados estão associados aos fatores de riscos como tabagismo e alcoolismo e também ao maior tempo de exposição do paciente a esses mesmos fatores.

Adolescente estão continuamente fazendo mais uso do tabaco na forma de narguilé, ou cachimbo d'água (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Neste utensílio, o tabaco é aquecido e a fumaça passa por um filtro antes de ser inalada. Seu uso por 20 a 80 minutos é mais prejudicial que 100 cigarros segundo a Organização Mundial da Saúde (2005), o que ocasiona o aumento de casos de tumores malignos de boca em faixas etárias inferiores a 40 anos. Uma pesquisa sobre perfil do tabagismo entre estudantes universitários no Brasil (PETuni, 2011) do Ministério da Saúde com universitários da área da saúde em Brasília (DF) e São Paulo (SP), em 2011, mostrou que 60% e 80%, respectivamente, declararam uso do narguilé como consumo de outro tipo de produto derivado do tabaco.

Tabela 11 - Distribuição absoluta e relativa (%) do Tipo de Lesão por Faixa Etária ao longo de todos os anos na avaliação dos dados da Campanhas de 2010 a 2014.

Tipo de Doença	11 a 20 anos	21 a 30 anos	31 a 40 anos	41 a 50 anos	51 a 60 anos	61 a 70 anos	71 a 80 anos	81 a 90 anos	91 a 100 anos	Total Geral
Benigna	2 (66,67)	2 (40)	8 (57,14)	32 (68,09)	105 (69,54)	134 (61,09)	88 (59,06)	21 (61,76)		392
Maligna				2 (4,26)	3 (1,99)	7 (3,2)	4 (2,68)	2 (5,88)		18
Pré cancerígeno			2 (14,29)	2 (4,26)	14 (9,27)	16 (7,31)	21 (14,09)	2 (5,88)		57
Diagnóstico Inconclusivo		2 (40)	1 (7,14)	6 (12,77)	14 (9,27)	20 (9,13)	15 (10,07)	5 (14,71)		63
Sem lesão	1 (33,33)	1 (20)	2 (14,29)	4 (8,51)	9 (5,96)	28 (12,79)	15 (10,07)	3 (8,82)	1 (100)	64
Variação normalidade			1 (7,14)	1 (2,13)	6 (3,97)	14 (6,39)	6 (4,03)	1 (2,94)		29
Total Geral	3	5	14	47	151	219	149	34	1	623

Nota: Teste Qui-Quadrado (P = 0,74).

Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

As informações da Tabela 12 evidenciam a distribuição das proporções dos tipos de lesões conforme sexo o que nos permite concluir que para lesão benigna, o percentual do sexo feminino é significativamente superior ao sexo masculino. Por outro lado, as análises das lesões malignas e pré-cancerígenas, mostra que o percentual do sexo masculino é significativamente superior ao sexo feminino.

Vários estudos constataram que os homens, em geral, padecem de condições severas e crônicas de saúde quando comparados às mulheres e conseqüentemente, morrem mais (GOMES et. al. 2007). Entretanto, apesar das taxas masculinas assumirem peso significativo nos perfis de morbimortalidade, a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres. Questões relacionadas ao trabalho, a dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem são os principais motivos relatados para a pouca procura pelos serviços de saúde (TRAVASSOS et. al. 2002). Frequentemente os homens relatam que deixam de procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, pois acreditam que sua virilidade e sua invulnerabilidade poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino. Em contrapartida, mulheres possuem a representação do “cuidar” como tarefa intrínseca. Esse aspecto faz com que elas procurem mais cuidados à saúde pelas questões obstétricas e ginecológicas, procurem mais informações preventivas sobre doenças e mesmo porque se preocupam mais com a estética. Portanto, homens e

mulheres ficam doentes igualmente, embora as mulheres cuidem mais e preventivamente da sua saúde.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) na tentativa de buscar explicação para o fato de homens procurarem menos os serviços de saúde, concluíram que o imaginário social vê o homem como ser invulnerável o que contribui para seu menor cuidado e maior exposição a situações de risco.

Para Brener et al. (2007), 82,7% dos pacientes acometido por CEC bucal atendidos nos hospitais Mario Penna e Luxemburgo em Belo Horizonte (MG) eram homens.

Nos últimos anos, as mulheres estão mais expostas a associação do uso de tabaco e álcool. Esse dado ocasiona uma redução na proporção homem/mulher acometidos pelo câncer bucal (MELO et al., 2012). O Instituto Nacional de Câncer (2014) prevê 2,95 casos em homens para cada mulher diagnosticada. Mesmo assim o sexo masculino ainda é mais acometido por neoplasias de boca devido ao sinergismo tabaco e álcool que substancialmente eleva a probabilidade da doença. Os aspectos relatados acima corroboram com os dados de Mello (2010) sobre o perfil epidemiológico de pacientes diagnosticados com câncer de boca e faringe de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia nível II do município de Juiz de Fora (MG) entre janeiro 2005 e dezembro 2007. Mello (2010) obteve que 84,2% dos pacientes eram homens e a maior parte dos tumores se apresentaram em T4 (39,4%), N2 (38,3%), M0 (91,4%).

As lesões pré-malignas, ou lesões precursoras do câncer, são alterações teciduais que podem assumir o caráter maligno, a qualquer tempo, mas, por outro lado, podem permanecer estáveis por considerável período de tempo. Devem ser acompanhadas ou removidas antes que a malignização aconteça. Como lesões potencialmente malignas, podemos citar as leucoplasia, eritroplasia, leucoeritroplasia, queilite actínica, fibrose submucosa, líquen plano e atrofia por deficiência de ferro (NEVILLE, 2009).

Dados clínicos de lesões com potencial de malignização evidenciaram predileção da leucoplasia e eritroplasia pelo sexo feminino e da queilite actínica, pelo masculino. Na eritroleucoplasia, verificaram equivalência em ambos os sexos. (SILVEIRA et al., 2009).

De modo complementar verificamos equidade de proporção de pacientes de ambos sexos encaminhados para elucidação diagnóstica e que no momento do exame não foi encontrado alteração alguma (Tabela 12). Houve número expressivo de diagnóstico inconclusivo sem diferenças estatísticas tanto nas proporções de pacientes do sexo feminino

quanto masculino. Da mesma forma, obtivemos igualdade de proporção para os pacientes de ambos os sexos encaminhados com lesões com variação de normalidade (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição absoluta e relativa (%) do Tipo de Lesão por Gênero ao longo de todos os anos na avaliação dos dados da Campanhas de 2010 a 2014.

Sexo	Benigna	Maligna	Pré Cancerígeno	Diagnóstico inconcluído	Sem Lesão	Varição Normalidade	Total Geral
Feminino	263 (68,85%)	5 (1,31%)	26 (6,81%)	32 (8,38%)	39 (10,21%)	17 (4,45%)	382
Masculino	129 (53,53%)	13 (5,39%)	31 (12,86%)	31 (12,86%)	25 (10,37%)	12 (4,98%)	241
Total Geral	392 (62,92%)	18 (2,89%)	57 (9,14%)	63 (10,11%)	64 (10,27%)	29 (4,65%)	623

Notas: Teste Qui-Quadrado. $X^2 = 23,08$. Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Tipo benigna, % do sexo masculino significativamente inferior ao feminino ($53,33 < 68,85$; $p < 0,001$).

Tipo maligno, % do sexo feminino significativamente inferior ao masculino ($1,31 < 5,39$; $p = 0,01$).

Tipo pré-cancerígeno, % do sexo masculino significativamente superior ao feminino ($12,86 > 6,81$; $p = 0,05$).

Fonte: próprio autor.

Na tabela 13 podemos verificar os percentuais de Tipos de Lesão em relação aos anos das campanhas.

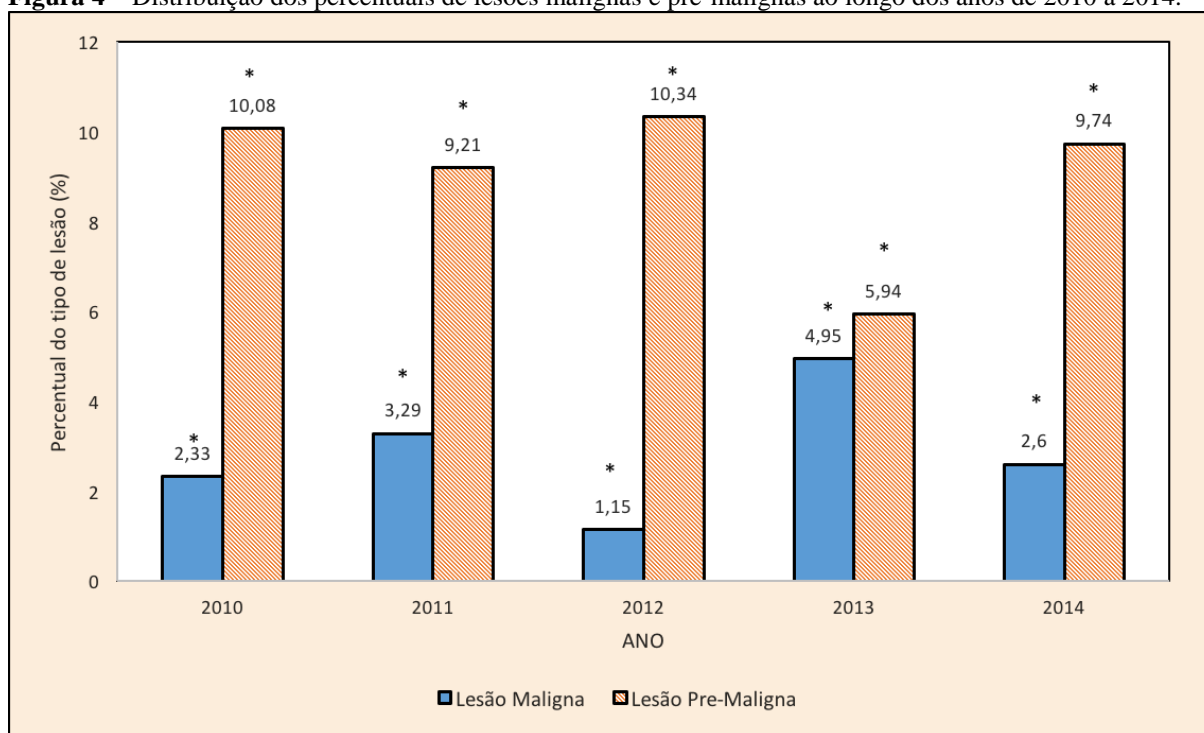
Tabela 13 - Tipos de lesão em percentual durante as campanhas de 2010 a 2014.

ANO	Total sem faltas	Benigna	Pré-maligna	Maligna	Varição Normalidade	Sem lesão	Diagnóstico Inconclusivo
2010	129	77,52%	10,16%	2,34%	2,34%	6,20%	1,56%
2011	152	61,18%	9,21%	3,29%	6,58%	4,61%	15,13%
2012	87	63,22%	10,34%	1,15%	2,30%	16,09%	6,90%
2013	101	49,50%	5,94%	4,95%	9,90%	17,82%	11,88%
2014	154	61,04%	9,74%	2,60%	2,60%	11,08%	12,99%
Total Geral	623	62,92%	9,15%	2,89%	4,65%	10,27%	10,11%

Nota: Teste Qui-Quadrado. $P < 0,001$. Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

A análise de regressão linear simples da ocorrência de cada tipo de lesão ano a ano, confirma não alteração na proporção quanto ao número de lesões malignas e lesões pré-malignas (Figura 4).

Figura 4 – Distribuição dos percentuais de lesões malignas e pré-malignas ao longo dos anos de 2010 a 2014.

Notas: Análise de Regressão Linear Simples ao longo dos anos ($p=0,69$; lesão maligna e $p=0,57$; lesão pré-maligna). *Análise entre duas proporções ano a ano ($p < 0,01$). Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

Mais uma vez, os dados nos permitem inferir que a efetividade das campanhas foi positiva, pois não houve aumento das lesões ao longo do tempo, a população das campanhas se manteve proporcional estatisticamente em todos os anos e o índice de pacientes examinados foi de 37% da cobertura vacinal ao longo dos 5 anos estudados.

A literatura aponta que a possibilidade de detecção de tumores malignos de boca em pacientes assintomáticos examinados em CPDPCB é de 1 doente: 200 encaminhados, ou seja, 0,005% (SMART, 1993).

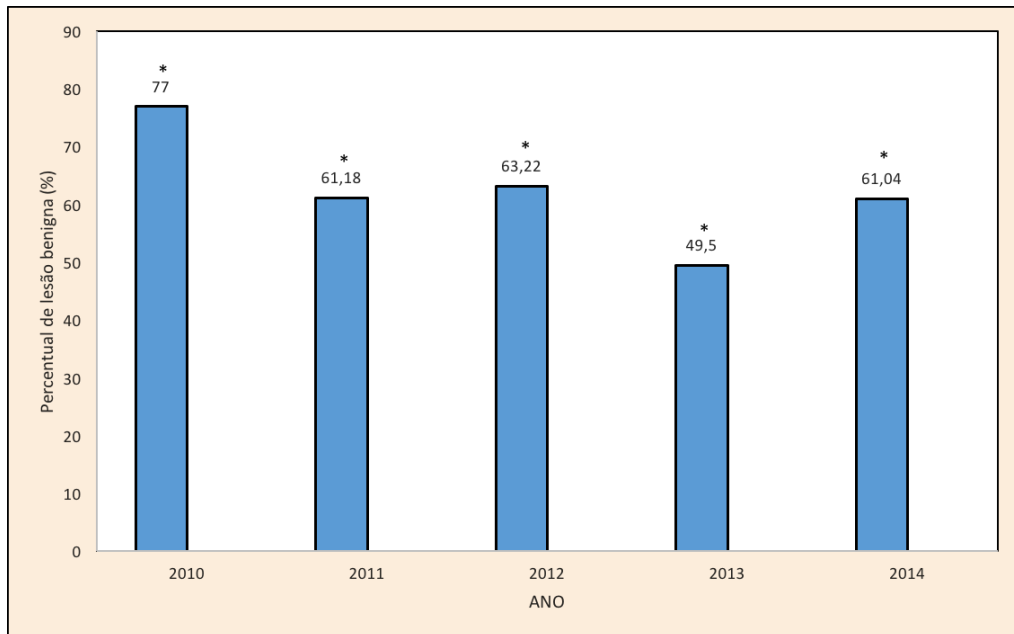
Não observamos alterações quanto a frequência relativa (proporção) de lesões pré-malignas ao longo dos anos avaliados.

A literatura refere que a mortalidade por câncer de boca possa ser reduzida quando as lesões pré-cancerosas são adequadamente seguidas e/ou tenham sido previamente removidas e, quando lesões malignas, que tenham sido efetivamente tratadas (NEVILLE et al., 2009).

Na amostragem coletada neste estudo, os pacientes com lesões benignas, também foram tratados. Quando se verificou necessidade de troca de próteses ou tratamento na atenção básica, os mesmos foram encaminhados aos setores responsáveis.

Na Figura 5 observamos tendência de correlação negativa entre a proporção de lesões benignas e os anos (-0,71), porém, não significativa devido ao tamanho da amostra (5 anos – n=5).

Figura 5 – Distribuição dos percentuais de lesões benignas ao longo dos anos de 2010 a 2014.



Nota: Análise de Regressão Linear ao longo dos anos ($p=0,17$).

*Análise de duas proporções ano a ano: $p < 0,01$. Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

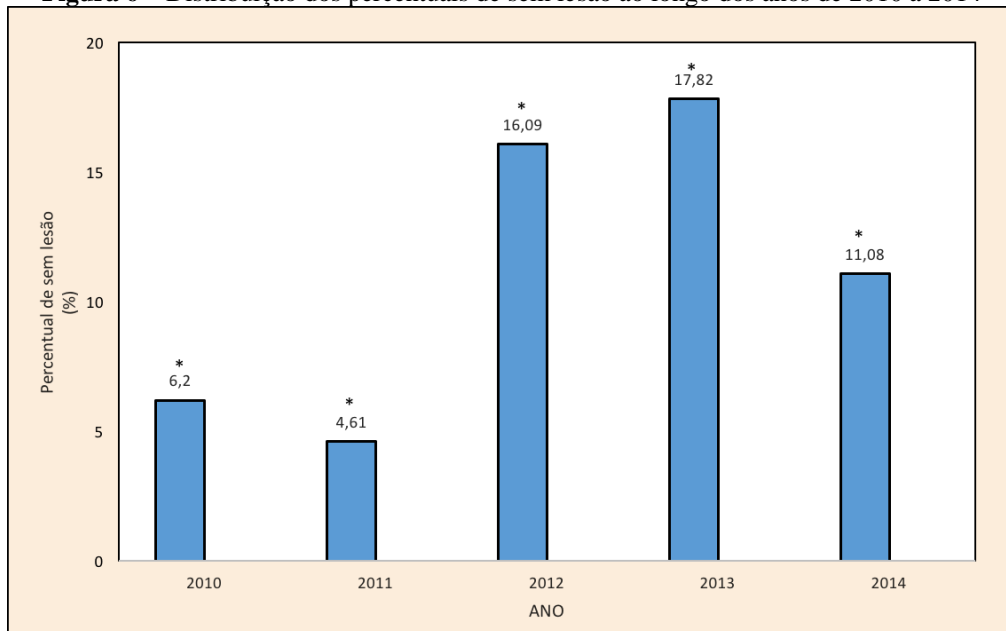
Constatamos, por meio de análise de regressão linear a ausência de alteração ao longo dos anos quanto à proporção de pacientes encaminhamentos de pacientes sem lesão, com diagnóstico inconclusivo e lesões com variação de normalidade (Figuras 6, 7 e 8, respectivamente). O resultado do teste para comparação de duas proporções mostra ausência de diferença significativa na porcentagem de lesões malignas e pré-malignas entre todos os anos. Por outro lado, quando executamos o mesmo teste para comparar as diferenças percentuais das amostras sem lesão, diagnóstico inconclusivo e variação da normalidade, obtivemos diferença significativa pontualmente entre alguns anos conforme Tabela 14 (ANEXO F). Com relação as essas três variáveis, observamos em menor escala, dificuldades de avaliação das lesões passíveis de serem encaminhadas ou não para elucidação diagnóstica. Indagamos sobre a possibilidade de que poucos profissionais dentre os que participaram do diagnóstico não estivessem capacitados a atuar em CPDPCB. O adequado treinamento dos

cirurgiões dentistas é etapa fundamental dos programas de rastreamento do câncer bucal. Elaboração de material com fotografias coloridas de lesões benignas, malignas e pré-malignas a serem diagnosticadas é de extrema necessidade. Outro aspecto a ser considerado é a forma de comunicação ao paciente sobre as possíveis lesões diagnosticadas potencial de malignidade.

Os pacientes encaminhados sem alguma alteração de mucosa (sem lesão) ou mesmo com variações de normalidade, não necessitariam ser encaminhados, poupando-os de consultas e preocupações desnecessárias.

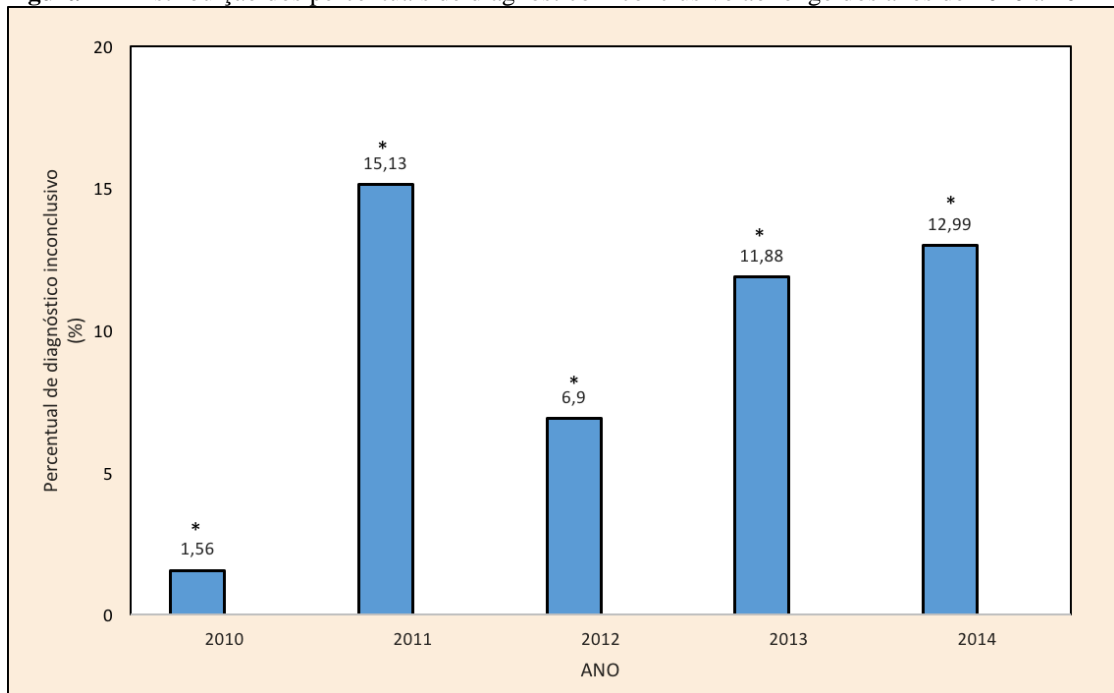
A Secretaria Municipal de Ribeirão Preto identificou os profissionais que emitiram diagnósticos inconclusivos, os quais foram capacitados para o correto preenchimento das guias de contra-referência. Contudo, os nossos dados demonstram que essa ação da secretaria não resultou em benefício para a redução da inconclusividade (Figura 7), uma vez que não houve diferença na distribuição das proporções ao longo dos anos. Notamos diferença estatística em análise ano a ano com tendência ao aumento na correlação. Mais uma vez, ressaltamos que a amostra foi pequena (n= 5 anos) para a relevância do poder do teste.

Figura 6 – Distribuição dos percentuais de sem lesão ao longo dos anos de 2010 a 2014



Notas: Análise de Regressão Linear ao longo dos anos (p= 0,26).

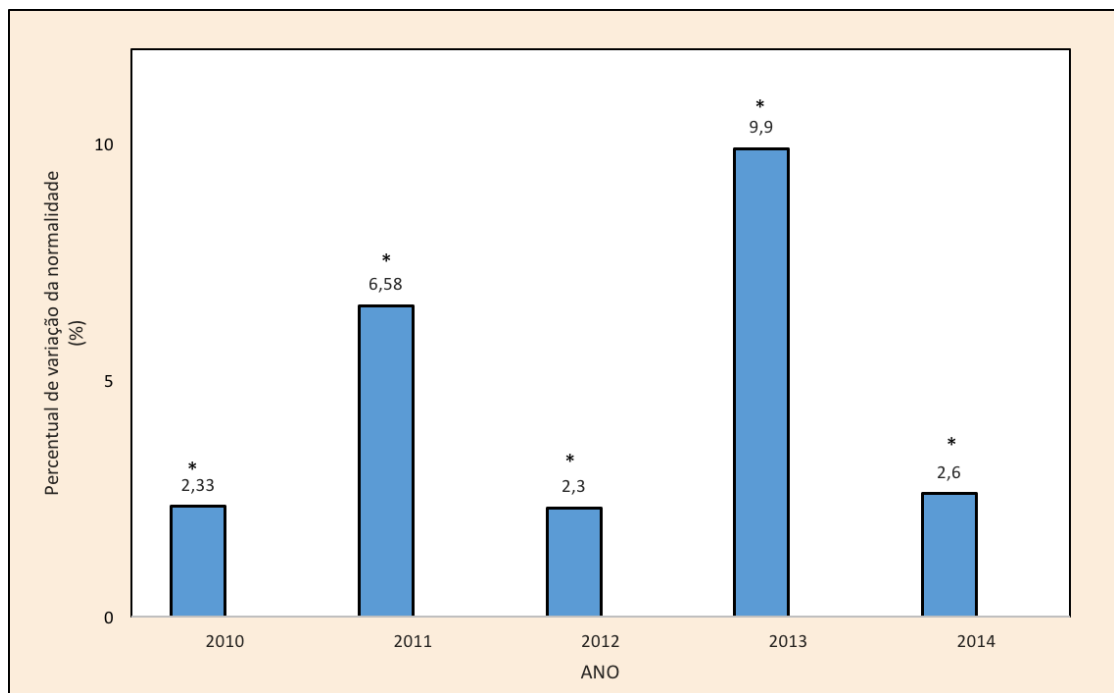
*Análise de duas proporções ano a ano: p < 0,01. Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016. **Fonte:** próprio autor.

Figura 7 – Distribuição dos percentuais de diagnóstico inconclusivo ao longo dos anos de 2010 a 2014

Notas: Análise de Correlação Linear ao longo dos anos ($p= 0,32$).

*Análise de duas proporções ano a ano: $p < 0,01$. Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

Figura 8 – Distribuição dos percentuais de variação de normalidade ao longo dos anos de 2010 a 2014

Notas: Análise de Regressão Linear Simples ao longo dos anos ($p= 0,77$).

*Análise de duas proporções ano a ano: $p < 0,01$. Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

8.2 INTERVENÇÃO EDUCATIVA DURANTE A CAMPANHA DE 2015

Os dados apresentados e discutidos a seguir são referentes aos resultados coletados por meio dos formulários aplicados previamente e posteriormente ao vídeo educativo: “Prevenção do Câncer Bucal” com 2 objetivos claros: 1) determinar o perfil socioeconômico e demográfico dos idosos amostrados durante a campanha contra gripe os quais foram inclusos na campanha de diagnóstico do câncer bucal no ano de 2015 (CPDPCB/2015); 2) avaliar o conhecimento dos idosos acerca do tema proposto.

Do total de 202 participantes amostrados em 5 dias, 200 foram inclusos na pesquisa e a responderam o formulário (autoaplicável).

Quanto ao perfil dos participantes, a maior parte (67,50%) era do sexo feminino. Houve predomínio de pessoas pertencentes a 5^a, 6^a, e 7^a décadas de vida. A maioria relatou ter formação primária (35%) e colegial (35,5%). Com relação a renda familiar, 58,5% ganhavam entre 2 a 5 salários mínimos (Tabela 9).

Pacientes do sexo feminino tendem a avaliar sua saúde de maneira mais negativa e também referem mais doenças crônicas que os homens. Os dados obtidos nesta pesquisa condizem com diversos estudos (GOMES et al.; 2007; TRAVASSOS et al.; 2002). Minayo (1995) relatou que as mulheres apresentam maior percepção dos problemas de saúde e busca precoce por tratamento.

A respeito da questão faixa etária, evidenciamos que o perfil da população inclusa nesse estudo é o mesmo da população das campanhas, pois as amostras foram coletadas durante o período de vacinação contra gripe em idosos. Entretanto, faixa etária que prevaleceu na intervenção educativa foi entre 61 a 70 anos (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição absoluta e relativa dos participantes da intervenção educativa durante a CPDPCB de 2015 conforme gênero, faixa etária, escolaridade e faixa salarial (Continua).

VARIÁVEL	Nº de Participantes	%
SEXO		
Masculino	65	32,5
Feminino	135	67,5
FAIXA ETÁRIA		
31 A 40	2	1
41 A 50	29	14,5
51 A 60	49	24,5
61 A 70	58	29
71 A 80	50	25
81 A 90	12	6

ESCOLARIDADE		
Até 4º Ano	71	35,5
Tabela 15 - Distribuição absoluta e relativa dos participantes da intervenção educativa durante a CPDPCB de 2015 conforme gênero, faixa etária, escolaridade e faixa salarial (Conclusão).		
VARIÁVEL	Nº de Participantes	%
Até 9º Ano	16	8
Colegial	70	35
Universitário	38	19
Pós	5	2,5
RENDIA FAMILIAR		
Até 1 SM	60	30
De 2 a 5 SM	117	58,5
De 6 a 10 SM	17	8,5
De 11 a 20 SM	4	2
Acima de 20 SM	2	1

Nota: SM: salario mínimo relativo a 07/2015.

Fonte: próprio autor.

No formulário da intervenção educativa, as perguntas sobre conhecimento, prevenção e cura da doença câncer de boca e o correto autoexame bucal, trouxeram como respostas a seguinte legenda que será empregada nas apresentações a seguir:

- N = não;
- S = sim e
- NS = não sei.

8.2.1 Análise das respostas antes e após vídeo educativo (intervenção) para a pergunta: “*sabe o que é a doença Câncer Bucal?*”.

Dados apresentados na tabela 16 indicam que as respostas S após a intervenção são superiores. Ou seja, havia desconhecimento e após a intervenção houve aprendizado. O resultado alcançado nesta intervenção favorece o caráter de educação não formal ou extramuros do trabalho desenvolvido para esta dissertação e indica potencial para ampliar esta atividade educativa como estratégia para informação sobre câncer bucal à população leiga. A educação em saúde deve inserir novos hábitos e mudar a opinião da população em relação a determinados assunto ou tema.

Com resultados similares, Mendoza et al. (2013), avaliaram o conhecimento de idosos sobre aspectos do câncer bucal como parte de um programa educacional em Cuba. Os autores também evidenciaram aumento do conhecimento da doença após intervenção educativa.

Muitos cirurgiões dentistas desempenham funções profissionais com foco nos aspectos curativos em detrimento da prevenção e deixam de realizar exames preventivos de câncer bucal em suas rotinas de trabalho. Detectamos neste estudo uma população carente de informações. Espera-se que a resposta às perguntas básicas, tais como “*sabe o que é a doença Câncer Bucal?*”, seja papel do cirurgião dentista. Contudo segundo Andrade (2014) o cirurgião dentista se julga ter conhecimento limitado sobre diagnóstico de câncer bucal, o que desfavorece atitude educativa voltada à atenção primária, ou seja, deixa de orientar sobre fatores de riscos, prevenção e principalmente sobre o autoexame bucal.

Falcão et. al. (2010) avaliaram o conhecimento sobre conceitos básicos de câncer bucal por parte de cirurgiões dentistas que atendem em consultórios particulares. Os autores concluíram que 3,8% obtiveram conceito ótimo, 27,5% conceito bom, 41,1% regular e 27,5% insuficiente. Do total, 69,5% relataram baixo nível de confiança para realizarem procedimentos de diagnóstico de câncer de boca.

Ainda enquanto graduandos, os estudantes de odontologia se formam sem preparo acadêmico adequado para lidar com a prevenção e a conduta aos pacientes com câncer bucal (DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005).

As campanhas educacionais e de incentivos à busca do saber não devem se restringir à população. Tais informações sinalizam a necessidade de educação continuada no processo de aprendizagem e elevação de confiança de cirurgiões dentistas e outros profissionais das diversas áreas que compõe equipes multidisciplinares que trabalham com câncer bucal.

Quadro 1 – Comparação pré e pós para variável “sabe o que é Câncer Bucal” durante intervenção educativa na campanha de 2015.

		SABE OQUE É_PÓS		Total
		N	S	
SABE OQUE É PRÉ	N	15	60	75 37,5%
	S	0	125	125 62,5%
Total		15 7,5%	185 92,5% *	200 100,0%

Notas: Teste McNemar. * $P < 0,001$. Pós (92,5% > 62,5%).

Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016

Fonte: próprio autor.

8.2.2 Análise das respostas antes e após vídeo educativo (intervenção) para a pergunta: “*sabe se a doença Câncer Bucal tem prevenção?*”.

Os dados do Quadro 2 demonstram que o número de respostas S após intervenção é superior, ou seja, os participantes assimilaram o assunto e adquiriram conhecimento que não possuíam antes da intervenção sobre como prevenir tumores malignos de boca.

De modo complementar, Costa et al. (2013) observaram que menos de 27,4% do total de sua amostra de idosos participantes de uma campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal na cidade de Piracicaba, SP, relataram saber prevenir essa doença.

Quadro 2 – Comparação pré e pós para variável “sabe se a doença Câncer Bucal tem prevenção”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.

		PREVENÇÃO_PÓS		Total
		NS	S	
PREVENÇÃO_PRÉ	NS	3	19	22 11,0%
	S	0	178	178 89,0%
Total		3 1,5%	197 98,5%*	200 100,0%

Notas: Teste McNemar. * $P < 0,001$. Pós (98,5% > 89,0%).

Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

8.2.3 Análise das respostas antes e após vídeo educativo (intervenção) para a pergunta: “*sabe se a doença Câncer Bucal tem cura?*”.

Como qualquer outro tipo de câncer, as chances de cura do câncer de cabeça e pescoço dependem do momento do diagnóstico e sobre tudo do estadiamento da doença. Quanto mais precoce o diagnóstico e o estadiamento maiores as chances de cura da doença. Os métodos terapêuticos são cirurgia e/ou a radioterapia, isolada ou associadas.

Para lesões iniciais, tanto a cirurgia quanto a radioterapia são estratégias terapêuticas com melhora no prognóstico, cujas indicações dependem da localização do tumor e das alterações funcionais provocadas pelo tratamento (cura em 80% dos casos). Para lesões tardias as chances de cura são 30 a 40% (SÃO PAULO, 2014).

Dos participantes de nossa pesquisa, 95% afirmaram que o câncer bucal possuía cura após aplicação vídeo educativo (Quadro 3).

Contrariamente, Tan (2001) mostrou que um terço dos idosos entrevistados na Malásia não concordavam que o câncer de boca poderia ser curado.

Quadro 3 – Comparação pré e pós para variável “sabe se a doença Câncer Bucal tem cura”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.

		CURA_PÓS			Total
		N	NS	S	
CURA_PRÉ	N	4	0	9	13 6,5%
	NS	0	6	38	44 22,0%
	S	0	0	143	143 71,5%
Total		4 2,0%	6 3,0%	190 95,0%*	200 100,0%

Notas: Teste McNemar. * * P < 0,001. Pós (95,0% > 71,5%).

Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

8.2.4 Análise das respostas antes e após vídeo educativo (intervenção) para a pergunta: “sabe fazer o autoexame bucal?”.

O autoexame bucal é uma das estratégias mais importantes para diagnóstico precoce do câncer de boca (THOMAZ et al. 2000). A maior parte da população desconhece esse método. É muito simples e deveria ser ensinado sistematicamente nas rotinas dos serviços de saúde público e privado pelos cirurgiões dentistas em linguagem clara e acessível.

Os participantes não apresentavam conhecimento sobre o autoexame, mas assimilaram as informações a eles transmitidas: 89,5% responderam saber fazer o autoexame pós vídeo educativo (Quadro 4).

Estudo sobre a importância da popularização do autoexame da boca, desenvolvido na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, evidenciou que esse objetivo deve ser alcançado em trabalho conjunto da equipe de saúde com equipe de comunicação por meio de folders explicativos, anúncios de revistas, rádio e televisão sobre o tema envolvido (ALMEIDA et al., 2011).

Quadro 4 – Comparação pré e pós para variável “sabe fazer o autoexame bucal”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.

	AUTOEXAME_PÓS		Total
	NS	S	
AUTOEXAME_PRÉ NS	21	115	136 68,0%
S	0	64	64 32,0%
Total	21 10,5%	179 89,5%*	200 100,0%

Notas: Teste McNemar. ** P < 0,001. Pós (89,5% > 32,0%).

Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

Ainda nessa intervenção, foi levantada a questão sobre medo do câncer de boca. Esta ação resultou que 89,6% dos participantes relataram “medo” da doença câncer de boca, e de possível diagnóstico positivo (Dados não mostrados em tabela).

Para Moura et al. (2008), o medo também foi fator preponderantemente presente entre os participantes da pesquisa sobre a representação social e a etiologia do câncer de boca no discurso dos usuários do SUS. Os autores evidenciaram que outros termos ligados ao medo como morte, perigo, doença sem cura e doença grave estavam associados à representação social do câncer de boca.

Está devidamente confirmada a relação entre o ato de fumar com tumores malignos de boca. O tabaco é usado no mundo todo em diversas maneiras, mas a forma mais evidente é o fumo de cigarros manufaturados. O uso de cachimbos, charutos e hábitos de mascar fumo também estão relacionados ao risco elevado de câncer bucal. O efeito simultâneo do álcool com o tabaco potencializa drasticamente o risco para câncer de boca (SÃO PAULO, 2014).

No Brasil, o consumo estimado de álcool por um adulto equivale a 8,7 litros por ano, quantidade superior à média mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Em relação a dieta, sabe-se que devemos estimular a ingestão de frutas, vegetais e leite e desestimular a ingestão de carnes vermelhas, ovos e bacon. Essas ações corroboram com os estudos de Toporcov et al. (2012) que investigaram o consumo de alimentos de origem animal e câncer de boca e orofaringe em pacientes atendidos em hospitais da cidade de São Paulo- SP entre 2006 a 2008.

Quanto ao fator de risco idade, estudos apontam que o envelhecimento populacional aumenta o risco de doenças crônico-degenerativas, conseqüentemente, os idosos ficam mais suscetíveis as morbidades do sistema estomatognático como, por exemplo, o Câncer Bucal. Moreira et al (2005).

Na análise do fator de risco radiação solar, destacamos que o sol é o fator mais importante para a etiologia dos CEC de lábio, principalmente o inferior e em indivíduos de pele clara. As queilites actínicas, lesões consideradas pré-malignas podem-se transformar em carcinomas espinocelulares, daí a importância de seguimento e observação de atipias celulares. Abreu, Souza e Caiaffa (2011) demonstrou que a queilite actínica crônica no tecido adjacente ao carcinoma espinocelular do lábio pode ser considerada indicador de melhor prognóstico ao paciente. Este estudo foi desenvolvido no estado de São Paulo entre 1993 a 2000.

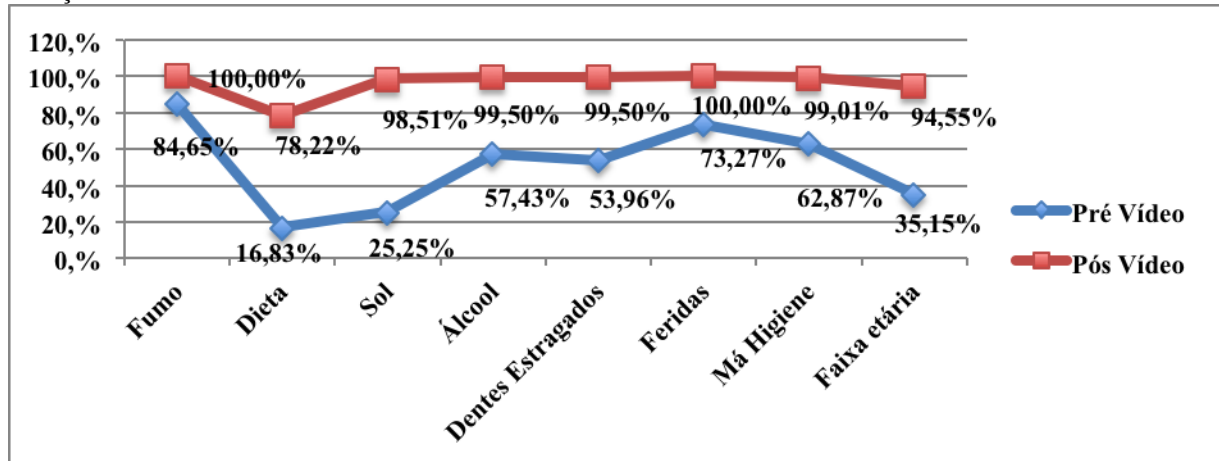
As feridas na boca em relação ao câncer bucal, podem estar associadas a próteses mal adaptadas ou dentes fraturados que resultam em uma ação irritativa crônica mecânica constante sobre as células epiteliais (ROTUNDO et al. 2013). Se o trauma mecânico não cessar, a ação de agentes carcinogênicos pode transformar a lesão formada em tumor maligno (REZENDE et al. 2008).

Investigações epidemiológicas assinalam que condições periodontais ruins associadas a má-higiene resultam em maior severidade da doença em portadores de câncer bucal. Rezende et al. (2008) evidenciaram doenças periodontais causadas por má higiene são apontadas com fatores de severidade para câncer de boca em pacientes com CEC de boca.

Para analisarmos o conhecimento dos participantes sobre os fatores de risco para Câncer Bucal, foram apresentados 7 fatores de risco no formulário antes e após a exibição do vídeo sobre Câncer Bucal. Os participantes deveriam escolher todos que estavam associados à doença. São eles: fumo, dieta, sol, álcool, dentes estragados, feridas na boca, má higiene e idade.

Obtivemos como resultado falta de conhecimento dos fatores de riscos para tumores malignos de boca previamente a exibição do vídeo educativo (Figura 9). Resultado semelhante foi obtido por Warnakulasuriya (1999) em estudo realizado na Grã-Bretanha.

Figura 9 - Análise comparativa do conhecimento dos fatores de risco da doença câncer bucal, pré e pós e exibição do vídeo educativo.



Notas: Teste McNemar. ** P < 0,001.

Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

De acordo com a Figura 9, antes da intervenção educativa, o fumo e feridas na boca foram os fatores mais lembrados, seguidos pela má higiene, pelo álcool, faixa etária, sol e dieta. A radiação solar, fator de extrema importância devido ao fato do Brasil ser um país tropical, foi muito pouco lembrada.

Após a intervenção educativa, o índice de acertos das questões do formulário elevou quase que a totalidade. Quando executamos teste McNemar para compararmos as diferenças em percentuais de acertos para cada fator de risco estudado antes e após intervenção educativa, encontramos que houve diferença significativa $P < 0,001$ para todos os fatores conforme os Quadros 5-12 (ANEXO F).

Horowitz et al. (1996) estudaram o conhecimento sobre fator de risco ao câncer bucal em mais de 30.000 pessoas nos Estados Unidos da América e notaram que 67% dos entrevistados associaram o uso do tabaco a doença, 36% a exposição solar e somente 13% o consumo de bebidas alcólicas.

Quirino et al. (2006) em um estudo que avaliava do conhecimento dos fatores de riscos para câncer de boca entre participantes da campanha para prevenção e diagnóstico precoce da doença em Taubaté – SP, também citaram baixa porcentagem de pessoas que conheciam as causas da doença.

Com base nos estudos encontrados nesse trabalho, verificamos que a maioria da população julga conhecer a doença câncer bucal, porém, diante dos dados expostos, demonstramos o contrário. Mais da metade dos participantes não sabiam fazer o autoexame bucal.

Constatamos que os participantes assimilaram a proposta da intervenção e compreenderam as informações transmitidas. Foi observada satisfação geral das informações por eles recebidas. Relataram que mais intervenções educativas poderiam ser executadas e sobre vários outros assuntos de saúde nas unidades enquanto esperam por atendimento.

9 CONCLUSÃO

Campanhas são potenciais estratégias para conscientizar a população sobre determinadas doenças. Cria-se uma mobilização em massa da população alvo a que se destina, de maneira a economizar recursos econômicos e humanos.

Neste estudo as campanhas de vacinação contra gripe em idosos se mostraram efetivas na mobilização da população alvo para as campanhas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. Houve capacidade de diminuição dos índices de tumores malignos de boca durante os cinco anos das campanhas de prevenção do câncer bucal. A manutenção e ampliação dessa estratégia deve ser incentivada para que a cobertura de exames bucais em idosos se aproxime a cada ano da cobertura vacinal do município. O incremento dos índices de pacientes examinados nas campanhas deve ser sempre estimulado a fim de que sejam diagnosticados maior número de lesões precoces de câncer de boca, pois essa doença pode ser curada na maioria dos casos quando diagnosticada em estágios iniciais.

Destaca-se que a boca é um local de fácil acesso ao exame, porém oportunidades diagnósticas são perdidas devido ao não conhecimento da doença por parte dos pacientes e da inabilidade de alguns médicos e cirurgiões dentistas no reconhecimento de sinais e sintomas do câncer de boca e faringe. Demonstrado por meio de literatura científica que há déficit na formação e conseqüentemente na atuação de profissionais.

Ressaltamos ainda a necessidade de capacitação permanente para cirurgiões dentistas e uma reflexão dos mesmos perante práticas e técnicas diárias referentes ao câncer de boca de modo que ao desenvolverem suas atividades profissionais se voltem mais ao aspecto preventivo que curativo desta doença.

É de suma importância o enfoque à prevenção, fatores de risco e diagnóstico precoce para a doença câncer bucal durante as campanhas e em programas de promoção e educação em saúde oral ao longo de todo ano.

A atividade educativa proposta neste estudo para a população idosa detectou baixo conhecimento sobre câncer de boca, seus fatores de riscos e o autoexame bucal. Quando o vídeo educativo foi exibido o conhecimento sobre esses temas aumentou substancialmente.

Diante do exposto, acreditamos que campanhas com intervenção educativas e campanhas preventivas devem ser executadas sistematicamente por meio de planejamento de ações conjuntas de equipes de saúde, coordenação de saúde bucal, vigilância epidemiológica e poder público local de maneira que a prevenção do câncer bucal evidencie impactos na diminuição do índice de morbimortalidade dessa doença.

Campanhas direcionadas à população idosa devem ser incentivadas em nível nacional, para envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. A. M. M.; PIMENTEL, D. R. N.; SILVA, O. M. P.; BLACHMAN, I. T.; MICHALANY, N. S.; HIRATA, C. H.; WECKX, L. L. M.; ALCHORNE, M. M. A. Carcinoma espinocelular do lábio: avaliação de fatores prognósticos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.70, n. 6, p. 765-770, nov./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992004000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992004000600010>
- ABREU, M. N. S.; SOUZA, C. F. de; CAIAFFA, W. T. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 935-943, maio 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500011>.
- AGÊNCIA BRASIL. **Ministério da Saúde prorroga campanha de vacina contra a gripe**, 2014. Disponível em: <<http://www.ribeiraopretoonline.com.br/saude/ministerio-da-saude-prorroga-campanha-de-vacina-contr-a-gripe/78768>>. Acesso em: 13 maio 2014.
- ALMEIDA, F.C.S.de; CAZAL, C.; BRANDÃO, T.B.; ARAÚJO, M.E.; SILVIA, D.P.; DIAS, R.B. Campanha de popularização do auto-exame da boca – Universidade de São Paulo. Brasil (Part I). **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v.4, n.3, p.147-156, jul./set.2005.
- ALMEIDA, F.C.S. de.; SILVA, D.P. da.; AMOROSO, M.A.; BRITO E DIAS; R. de.; CRIVELLO JÚNIOR, O.; ARAÚJO, M.E. de. Popularização do autoexame da boca: um exemplo de educação não formal - Parte II. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700095&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2014.
- ANDRADE, S. N.; MUNIZ, L. V.; SOARES, J. M. A.; CHAVES, A. L. F.; RIBEIRO, R. I. M. de A. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, jun. 2014. Disponível em <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722014000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2016.
- ANTUNES, J. L. F.; BIAZEVIC, M.G.H.; ARAUJO, M.E de; TOMITA, N.E.; CHINELLATO, L.E.M.; NARVAI, P.C. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980-1998. **Oral Oncology**. Oxford, v.37, n.4, p.345-350, jun.2001. Disponível em: <<http://www.oraloncology.com/article/S1368-8375%2800%2900113-5/abstract>> Acesso em: 21 jun. 2014.
- ARAUJO, C. S.; LIMA, R. da C.; PERES, M.A.; BARROS, A.J.D. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online].v.25, n.5, p 1063-1072, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/13.pdf>> Acesso em: 16 maio 2014.

AVI, A. L.R. de O.; TANIMOTO, H.M.; QUEIROZ, C.D. de S.; GERIM, L. R.; ZUZA, E. P.; TREVISANI, D. M.; CORRÊA DE TOLEDO, B. E.; PIRES, J. R. Neoplasia de boca e orofaringe: um estudo transversal na Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos, Brasil. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 41, n. 4, p. 273-280, jul./ago. 2012. Disponível em: < <http://revodontolunesp.com.br/files/v41n4/v41n4a09.pdf>> Acesso em: 15 jun. 2014.

BIANCONI, M. L.; CARUSO, F. Educação não-formal. **Ciência e Cultura** [online]. São Paulo, v.57, n.4, p.20-23, out/dez. 2005. Disponível em: < <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v57n4/a13v57n4.pdf>> Acesso em: 14 maio 2014.

BIAZEVIC, M. G. H. CASTELLANOS, R. A.; ANTUNES, J. L. F.; MICHEL-CROSATO, E. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2105-2114, out. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000016>.

BOCCIA, S.; CADONI, G.; SAYED-TABATABAEI, F.A.; VOLANTE, M.; ARZANI, D.; DE LAURETIS, A.; CATTEL, C.; ALMADORI, G.; VAN DUIJN, C.M.; PALUDETTI, G.; RICCIARDI, G. CYP1A1, CYP2E1, GSTM1, GSTT1, EPHX1 exons 3 and 4, and NAT2 polymorphisms, smoking, consumption of alcohol and fruit and vegetables and risk of head and neck cancer. **Journal of Cancer Research and Clinical Oncology**, v. 134, n. 1, p. 93-100, jan. 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17611777>> Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Brasília; Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentacao_SB2010.pdf> . Acesso em: 30 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Prevenção e Detecção**, 2014. Disponível em: <<http://www.INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER.gov.br/>>. Acesso em: 30 mar.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Campanha de combate ao fumo alerta sobre malefícios do narguilé**. 2012. Disponível em: <<http://www.INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER.gov.br/>>. Acesso em: 14 de fev. 2016.

BRENER, S.; JEUNON, F.A.; BARBOSA, A.A.; GRANDINETTI, H. de A. M. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Belo Horizonte, v.53, n.1, p.63-69, 2007. Disponível em: <http://www.INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER.gov.br/Rbc/n_53/v01/pdf/revisao4.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva** [online]. 2000, v.5, n.1, p.163-177. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf> . Acesso em: 15 maio 2014.

CAMARGO-CANCELA, M. de; VOTI, L.; GUERRA-YI, M.; CHAPUIS, F.; MAZUIR, F.; MAZUIR, M.; CURADO, M.P. Oral cavity cancer in developed and in developing countries: population-based incidence. **Head & Neck**. v.32, n.3, p.357-367, mar.2010. Disponível em < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.21193/pdf>> Acesso em: 15 maio 2014.

CARVALHO, A.L.; SINGH, B.; SPIRO, R.H.; KOWALSKI, L.P.; SHAH, J.P. Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and a developed nation. **Head & Neck**., v.26, n.1, p.31-38, jan.2004. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.10354/pdf>>. Acesso em: 13 maio 2014.

CHOI, C.S.; CHOI, G.; JUNG, K.Y.; CHOI, J.O.; CHAE, Y.S. Low expression of p27(Kip1) in advanced mucoepidermoid carcinomas of head and neck. **Head Neck** , v. 23, n. 4, p. 292-297, apr. 2001. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11400230>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

COLOMBO, J.; RAHAL, P. Alterações genéticas em câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n.2, p. 165-174, 2009. Disponível em: < http://www1.INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER.gov.br/rbc/n_55/v02/pdf/11_revisao_literatura2.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

CONWAY, D.I.; PETTICREW, M.; MARLBOROUGH, H.; BERTHILER, J.; HASHIBE, M.; MACPHERSON, L.M.D. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. **International Journal of Cancer**, v.122, n.12, p. 2811–2819, 15 jun.2008. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.23430/pdf>> Acesso em: 13 maio 2014.

COSTA, A. M. da.; TORRES, H. do N.; FONSECA, D. A. V. da.; WADA, R. S.; SOUSA, M. da L. S. Campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal: perfil dos idosos participantes. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro , v. 70, n. 2, dez. 2013 . Disponível em <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722013000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2016.

CZERNINSKI, R; ZINI, A. SGAN-COHEN, H.D. Lip cancer: incidence, trends, histology and survival: 1970-2006. **British Journal of Dermatology**., v.162, n.5, p.1103–1109, may 2010. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2133.2010.09698.x/full>>. Acesso em: 14 maio 2014.

DIB, L.L.; SOUZA, R.S.; TORTAMANO, N. Avaliação do conhecimento sobre câncer bucal entre alunos de Odontologia, em diferentes unidades da Universidade Paulista. **Revista Institucional de Ciência e Saúde**, v. 23, n.4, p. 287-295, out./dez. 2005. Disponível em: < http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2005/04_out_dez/V23_N4_2005_p287-296.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

FALCÃO, M.L.M.; ALVES, T. A. B.; FREITAS, V.S.; COELHO, T. C. B. Conhecimento do cirurgião dentista frente ao câncer bucal. **RGO Revista gaúcha de odontologia (Online)**, Porto Alegre, v.58, n.1, p.27-33, jan./mar. 2010.

FIGUEIREDO, A. M. **Prevalências e características clínico-epidemiológicas do câncer bucal e de cabeça e pescoço no Hospital Estadual de Bauru/SP**. 2013. 104f. Dissertação (Mestrado em Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-14102013-154333/>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

FREIRE, Paulo. **Política e educação: ensaios**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001. (Questões de nossa época; v.23).

GLOBO. Canal G1. Pacientes reclamam de demora em atendimento em pronto-socorro de Ribeirão Preto. **Jornal EPTV 2a edição**, Ribeirão Preto, 7 mar. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/jornal-da-eptv-2edicao//videos/v/pacientes-reclamam-de-demora-em-atendimento-em-pronto-socorro-de-ribeirao-preto/4233713/>>. Acesso em: 7 mar. 2016.

GABRIEL, J. G. **Progressão de lesões cancerizáveis da cavidade bucal: análise por citometria digital**. Porto Alegre, 2006. 108f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Doutorado em Odontologia, concentração em Estomatologia Clínica, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/563/1/000345780-0.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

GALASSI, M.A.S.; BARBIN, E.L.; SPANO, J.C.E.; MELO, J.A. de.; TORTAMANO, N.; CARVALHO, A.C.P. de. Atividades extramuros como estratégia viável no processo ensino-aprendizagem. **Revista da ABENO**. v.6, n.1, p.66-69, jan./jun. 2006. Disponível em : <http://www.abeno.org.br/aadm/adm/revista/arquivos_pdf/2006/Abeno%206-1.pdf#page=67> Acesso em: 14 maio 2014.

GAZETA DE RIBEIRÃO. **Mais de 5,5 milhões foram vacinados contra a gripe**, IG Paulista, 21 abr. 2013. Disponível em: <http://correio.rac.com.br/_conteudo/2013/04/ig_paulista/51024-mais-de-5-5-milhoes-foram-vacinados-contr-a-gripe.html>. Acesso em: 12 maio 2014.

GERVÁSIO, O. L. A. S.; DUTRA, R. A.; TARTAGLIA, S. M. A.; VASCONCELOS, W. A.; BARBOSA, A. A.; AGUIAR, M. C. F. Oral squamous cell carcinoma: A retrospective study of 740 cases in a Brazilian Population. **Brazilian Dental Journal**, v. 12, n. 1, p. 57-61, 2001.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAUJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>.

GOMEZ, I.; WARNAKULASURIYA, S.; VARELA-CENTELLES, P.I.; LÓPEZ-JORNET, P.; SUÁREZ-CUNQUEIRO, M.; DIZ-DIOS, P.; SEOANE, J. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? **Oral Diseases**. v.16, n.4, p.333-342, may 2010. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1601-0825.2009.01642.x/full>> Acesso em: 14 maio 2014.

HASSANEIN, K. A., MUSGROVE, B. T., BRADBURY, E. Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional status and coping mechanisms. **Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery**. v.33, n.6, p.404-409, 2005. Disponível em: <http://www.jcmfs.com/article/S1010-5182%2805%2900107-1/abstract> . Acesso em: 2 jul. 2014.

HONORATO, J.; CAMISASCA, D.R.; SILVA, L.C da; DIAS, F.L.; FARIA, P.A. S. de; LOURENÇO, S. de Q.C. Overall survival analysis in oral squamous cell carcinoma patients diagnosed at the National Cancer Institute in 1999. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 12, n.1, p. 69-81, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n1/08.pdf>> Acesso: 2 jul.2014

HOROWITZ, A.M; NOURJAH, P.A. Factors associated with having oral cancer examinations among US adults 40 years of age or older. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 56, n. 6, p. 331-335, sep. 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9089528> >. Acesso em: 15 jan. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa 2015**: projeção da população do Brasil e das Unidades de Federação. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 13 de fev. de 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER). **Estimativa 2014**: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < <http://www.INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER.gov.br/estimativa/2014/>> Acesso em: 20 abr. 2014.

LEÃO, J.C.; GOÉS, P.; SOBRINHO, C. B; PORTER, S. Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentists. **International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery**, v.34, p.436-439, jun. 2005. Disponível em: < <http://www.ijoms.com/article/S0901-5027%2804%2900285-1/fulltext>> Acesso em: 15 maio 2014.

LLEWELLYN, C.D.; LINKLATER, K.; BELL, J.; JOHNSON, N.W.; WARNAKULASURIYA. An analysis of risk factors for oral cancer in young people: a case control study. **Oral Oncology**. v.40, n.3. p.304–313, mar. 2004. Disponível em: < <http://www.oraloncology.com/article/S1368-8375%2803%2900184-2/fulltext>> Acesso em : 2 jul. 2014.

MARRON, M.; BOFFETA, P.; ZHANG, Z.F.; ZARIDZE, D.; WUNSCH-FILHO, V.; WINN, D.M.; WEI, Q.; TALAMINI, R.; SZESZENIA-DABROWSKA, NEONILA; STURGIS, E.M.; SMITH, E.; SCHWARTZ, S.M.; RUDNAI, P.; PURDUE, M.P.; OLSHAN, A.F.; ELUF-NETO, J.; MUSCAT, J.; MORGENSTERN, H.; MENEZES, A.; McCLEAN, M.; MATOS, E.; MATES, J.N.; LISSOWSKA, J.; LEVI, F.; LAZARUS, P.; LA VECCHIA, C.; KOIFMAN, S.; KELSEY, K.; HERRERO, R.; HAYES, R.B.; FRANCESCHI, S.; FERNANDES, L.; FABIANOVA, E.; DAUDT, A.W.; DAL MASO, L.;

CURADO, M.P.; CADONI, G.; CHEN, C.; CASTELLSAGUE, X.; BOCCIA, S.; BENHAMOU, S.; FERRO, G.; BERTHILLER, J.; BRENNAN, P.; MOLLER, H.; HASHIBE, M. Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk. **International Journal of Epidemiology**, v.39, n.1, p.182-196, 2010. Disponível em: <<http://ije.oxfordjournals.org/content/39/1/182.full.pdf+html>>. Acesso em: 14 maio 2014.

MARTINS, J. S.; MARTINS, J.S.; ABREU, S.C.C. de; ARAÚJO, M.E. de; BOURGET, M.M.M; CAMPOS, F.L. de; GRIGOLETTO, M.V.D.; ALMEIDA, F.C.S. de. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington , v.31, n.3, mar.2012. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2014.

MARTINS, A. M. E. de B. L.; BARRETO, S.M; SANTOS-NETO, P.E. dos.; BARBOSA DE SÁ, M.A.B.; SOUZA, J. G.S.; HAIKAL, D. S.; FERREIRA, E.F.F.; PORDEU, I.A. Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2239-2253, jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702239&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.15272014>.

MARUR, S.; D´SOUZA, G.; WESTRA, W.H.; FORASTIERE, A.A. HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic. **The Lancet Oncology**, v.11, n.8, p.781-789, aug.2010. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045%2810%2970017-6/fulltext#article_upsell>. Acesso em: 14 maio 2014.

MELO, A.U.C. de.; ALBUQUERQUE JÚNIOR, R.L.C.; MELO, M. de. F. B. de; RIBEIRO, C.F.; SANTOS, T. de. S.; GOMES, A.C.A. Análise das estimativas de incidência de câncer de boca no Brasil e em Sergipe (2000 - 2010). **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, Recife, v. 11, n. 1, jan./mar. 2012. Disponível em<http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882012000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2016.

MELLO, L.de C.; CRISTINA DA SILVA, M.; BERNARDO, J.M. de P.; MARQUES, E.B.; LEITE, I. C. G. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **RGO Revista gaúcha de odontologia (Online)**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, jul./set. 2010. Disponível em <http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372010000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2016.

MENDOZA FERNÁNDEZ, M.; ORDAZ GONZÁLEZ, A.M.; ABREU NOROÑA, A.D.C; ROMERO PÉREZ, O.; GARCÍA MENA, M. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. **Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río**, [S.l.], v. 17, n. 4, p. 24-32, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/1234>>. Data de Acesso: 20 jan. 2016.

MINAYO, C. Pref. In: PITTA, A. M. R. **Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-79.

MOREIRA, R. S., NICO, L. S., TAMITA, N. E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1665-1675, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600013>.

MOTA, R. R. de A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, jul./out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000200004&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000200004>. Acesso em: 15 fev. 2016.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. Patologias epiteliais. In: _____ . **Patologia oral & maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009, p. 388-425.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Organização Mundial de Saúde. Instituto Internacional de Prevenção do Câncer. **Breast cancer prevention (several languages)**, 2014. Disponível em: <<http://www.academyofpublicpolicies.org/index.php/prevencao-do-cancer-da-mama>> . Acesso em: 6 maio 2014.

QUIRINO, M. R.de S.; GOMES, F.da C.; MARCONDES, M. de S.; BALDUCCI, I.; ANBINDER, A.L. Avaliação do conhecimento sobre o câncer de boca entre participantes de campanha para prevenção e diagnóstico precoce da doença em Taubaté - SP. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 35, n. 4, p. 327-333, 2006. Disponível em: <<http://www.revodontolunesp.com.br/files/v35n4/v35n4a15.pdf>>. Acesso em: 13 jan.2016.

PEARSON, E.S.; HARTLEY, H.O. *Biometrika Tables for Statisticians*. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1966. v.1.

PETERSEN, P.E. Oral Cancer prevention and control: the approach of the World Health Organization. **Oral Oncology**, v. 45, n 4-5, p. 454-460, apr/may 2009. Disponível em: <http://www.who.int/oral_health/PEP%20WHO%20ORAL%20CANCER%20PREVENTION.pdf> . Acesso em: 15 maio 2014.

PETTI, S. Lifestyle risk factors for oral cancer. **Oral Oncology**, v.45, n.4, p.340–350, 2009. Disponível em: <<http://www.oraloncology.com/article/S1368-8375%2808%2900174-7/fulltext>> Acesso em: 29 mar.2014.

PRIETO, L.; SILVA, O.M.P.; ACCIOLY JR.H.; OLIVEIRA, E.F.; BIACHMAS, I.T. A representação social do câncer bucal para os profissionais de saúde e seus pacientes. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 34, n.4, 2005, p.185-191.

REGO, T. C. **Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação**. 16 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. (Educação e conhecimento).

REZENDE, C. P. de.; RAMOS, M. B.; DAGUILA, C.H.; DEDIVITS, R. A.; RAPOPORT, A. Alterações da saúde bucal em portadores de câncer da boca e orofaringe. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 74, n. 4, p. 596-600, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992008000400018>.

ROSIN, M.P.; POH, C.F.; ELWOOD, J.M.; WILLIAMS, M.; GALLAGHER, R.; MACAULAY, C.; LAM, W.W.; AULUCK, A.; ZHANG, L.; HISLOP, T.G. New hope for an oral cancer solution: together we can make a difference. **Journal of the Canadian Dental Association**, v.74, n.3, april. 2008, p.261-266. Disponível em: < <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-3/261.html>> . Acesso em: 16 maio 2014.

ROTUNDO, L. D. B.; TOPORCOV, T.N.; BIAZEVIC, G.H.; CARVALHO, M.C. de.; KOWALSKI, L.P.; ANTUNES, J.L.F.A. Are recurrent denture-related sores associated with the risk of oral cancer? A case control study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.16, n.3, sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000300705&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 maio 2014.

SANTOS, G. E. O. **Cálculo amostral**: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 25 jul.2014.

SANTOS, I. V.; ALVES, T.D.B.; FALCÃO, M.M. L.; FREITAS, V.S. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, Recife , v. 10, n. 3, jul./set. 2011 . Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v10n3/a03v10n3.pdf> >. Acesso em: 14 fev. 2016.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Grupo de Avaliação Técnica de Saúde, Centro Técnico de Saúde Bucal. **Prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal** [apostila]. São Paulo: SES-SP; 2002.

SÃO PAULO (ESTADO). Hospital A.C. Camargo. **Tipos de câncer**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/boca-e-garganta/1/>> Acesso em: 30 mar. 2014.

SARGERAN, K.; MURTOMAA, H.; SAFAVI, S.M.R.; VEHKALAHTI, M.M.; TERONEN, O. Survival after lip cancer diagnosis. **Journal of Craniofacial Surgery**, v.20, n.1, p. 248-252, jan.2009. Disponível em: < http://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/2009/01000/Survival_After_Lip_Cancer_Diagnosis.65.aspx> . Acesso em: 29 mar. 2014.

SANKARANARAYANAN, R.; RAMADAS, K.; THOMAS, G.; MUWONGE, R.; THARA, S.; MATHEW, B.; RAJAN, B.; TRIVANDRUM ORAL CANCER SCREENING STUDY GROUP. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. **The Lancet**, v.365, n.9475, p.1927 - 1933, jun.2005. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2805%2966658-5/fulltext>> Acesso em: 15 maio 2014.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1981.

SILVA, P.S.L. da; LEAO, V.M.L.; SCARPEL, R.D. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de Salvador- BA. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.11, supl.3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 jun. 2014.

SILVEIRA, E. J. D. da. ; LOPES, M.F.F.; SILVA, L.M.M.; RIBEIRO, B.F.; LIMA, K.C.; QUEIROZ, L.M. G. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro , v. 45, n. 3, p. 233-238, jun. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442009000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442009000300008>.

SILVERMAN J.R.S. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancer. The outcomes, the trends, the challenge. **The Journal of the American Dental Association**. v.132, suppl. 1, p. 7-11, nov. 2001. Disponível em: <http://adajournal.com/content/132/suppl_1/7S.full.pdf> . Acesso em: 16 maio 2014.

SMART, C. R. Screening for câncer of aerodigestive tract. **Cancer**, v. 72, n. 3. p. 1061-1065, aug. 1993. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8334658>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

TAN, B.S; NG, H.K; ESA, R. Health beliefs in oral cancer: Malaysian estate Indian scenario. **Patient Education Counsln**, v. 42, n.3, p. 205-211, march. 2001. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11164319>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

THOMAS, G.R; NADIMINTI, H.; REGALADO, J. Molecular predictors of clinical outcome in patients with head and neck squamous cell carcinoma. **International Journal of Experimental Pathology**, v. 86, n.6, p. 347-363, dec. 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16309541>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

THOMAS, E.B.A.F; CUTRIM, M.C.F.N; LOPES, F.F. A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. **Revista Acta Oncológica Brasileira**, v.20, n.4, p.149-152, 2000. Disponível em: < <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/139/0790.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 maio 2014.

TOPORCOV, T. N.; BIAZEVIC, M.G.H.; ROTUNDO, L.D.B.; ANDRADE, F.P.de; CARVALHO, M.B. de; BRASILEIRO, R.S.; KOWALSKI, L.P.; ANTUNES, J.L.F. Consumo de alimentos de origem animal e câncer de boca e orofaringe. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 32, n. 3, p. 185-191, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v32n3/v32n3a03.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

TORRES-PEREIRA, C. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact?. **Brazilian Oral Research**. [online]., v.24, suppl.1, p. 37-42, 2010 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bor/v24s1/a07v24s1.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2014.

TORRES-PEREIRA, C. et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.28, suppl. [cited 2016-04-03], pp.s30-s39. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. >. Acesso em: 3 abril 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300005>.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington , v. 11, n. 5-6, p. 365-373, jun. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500011>.

VANOYE, F.; GOLIOT-LÉTÉ, A. **Ensaio sobre a análise fílmica**. 5. ed. Campinas: Papirus, 2008. Tradução de Marina Appenzeller.

WADE, J.; SMITH, H.; HANKINS, M.; LIEWELLYN, C. Conducting oral examinations for cancer in general practice: what are the barriers?. **Family Practice**, v.27, n.1, p.77-84. feb. 2010. Disponível em: <<http://fampra.oxfordjournals.org/content/27/1/77.full.pdf+html>> Acesso em: 16 maio 2014.

WARNAKULASURIYA KAAS, HARRIS CK, SCARROT DM, WATT R, GELBIER S, PETERS TJ. An alarming lack of public awareness towards oral cancer. *Br Dent J*. 1999;187:31922. Disponível em: <<http://www.nature.com/bdj/journal/v187/n6/full/4800269a.html> Acesso em: 13 jan. 2016.

WARNAKULASURIYA, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral Oncology**, v. 45, n. 4-5, p. 309-316. apr./may 2009. Disponível em : <<http://www.oraloncology.com/article/S1368-8375%2808%2900183-8/fulltext>> Acesso em: 15 maio 2014.

WERNER, J. E.; FONTANELLA V. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de câncer bucal atendidos no Hospital Santa Rita, Porto Alegre/RS. **Stomatos**, Porto Alegre, v. 15, n.28, p. 3-16, jan./jun. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005, 60 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 6 maio 2014.

APÊNDICE I - Formulário**IDADE** _____ **Data de nascimento:** ____/____/____**SEXO**

- M
 F

ESCOLARIDADE

- NUNCA ESTUDOU
 ATÉ 4º ANO PRIMÁRIO
 ATÉ 9ª ANO PRIMÁRIO
 COLEGIAL
 NÍVEL UNIVERSITÁRIO
 PÓS GRADUAÇÃO

RENDA FAMILIAR

- ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO
 DE 2 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS
 DE 5 A 10 SALÁRIOS MÍNIMOS
 DE 10 A 20 SALÁRIOS MÍNIMOS
 ACIMA DE 20 SALÁRIOS MÍNIMOS

1- VOCÊ SABE O QUÊ É CÂNCER?

- SIM
 NÃO

2- VOCÊ OU ALGUÉM QUE VOCÊ CONHECE JÁ TEVE CÂNCER?

- SIM
 NÃO

3- VOCÊ TEM MEDO DE CÂNCER?

- SIM
 NÃO

4- VOCÊ ACHA QUE CÂNCER DE BOCA PODE SER PREVENIDO?

- SIM
 NÃO
 NÃO SEI

5- VOCÊ ACHA QUE CÂNCER DE BOCA TEM CURA?

- SIM
 NÃO
 NÃO SEI

6- VOCÊ ACHA QUE CÂNCER DE BOCA É CONTAGIOSO?

- SIM
 NÃO
 NÃO SEI

7- A INFORMAÇÃO DE CÂNCER DE BOCA FOI DADA POR QUEM?

- MÉDICO
- DENTISTA
- IMPRENSA: TV, RÁDIO, INTERNET, FILME EDUCATIVO, ETC
- NÃO RECEBEU INFORMAÇÃO

8- QUAIS FATORES DE RISCO VOCÊ RELACIONA AO CÂNCER DE BOCA? *(selecione o número de respostas que considerar corretas)*

- FUMAR CIGARRO, CACHIMBO, CIGARRO DE PALHA, MACONHA E OUTROS.
- DIETA
- SOL
- ÁLCOOL (bebidas)
- DENTES ESTRAGADOS
- FERIDAS NA BOCA
- MÁ HIGIENE

9- QUAL FAIXA ETÁRIA VOCÊ CONSIDERA MAIS SUSCETÍVEL À OCORRÊNCIA DO CÂNCER DE BOCA?

- 0 a 10 anos
- 10 a 20 anos
- 20 a 30 anos
- 30 a 40 anos
- acima de 40 anos

10- ALGUMA VEZ VOCÊ JÁ EXAMINOU A SUA BOCA?

- SIM
- NÃO

11- QUAL PROFISSIONAL JÁ EXAMINOU COMPLETAMENTE A SUA BOCA?

- DENTISTA
- MÉDICO
- NENHUM

12- VOCÊ JÁ FOI ORIENTADO A REALIZAR O AUTOEXAME BUCAL?

- SIM
- NUNCA

13- VOCÊ SABE FAZER O EXAME BUCAL?

- SIM
- NÃO SEI

14- QUANTAS VEZES POR ANO VOCÊ VAI AO DENTISTA?

- 1 VEZ
- 2 VEZES
- 3 VEZES OU MAIS
- SÓ QUANDO TENHO DOR

15- VOCÊ ACHA CORRETO ESCOVAR A SUA LINGUA?

- SIM NÃO
- NÃO SEI DIZER SE É CORR

APÊNDICE II - Vídeo Educativo

O vídeo educativo intitulado: “Prevenção do Câncer Bucal” foi elaborado pela pesquisadora com sete minutos com apresentação da doença câncer bucal, seus principais fatores de risco, lesões cancerígenas e precursoras de câncer, como fazer o autoexame bucal e como executar a higienização de próteses. Foi utilizada uma câmara filmadora HD Olympus com a locução dos textos escritos e imagens executados por Marisa Cury. A filmagem do autoexame bucal foi da autora Denise Calute Abranches da UNIFESP (Universidade Federal De São Paulo) e todas as outras filmagens foram de própria autoria com anuência dos participantes (Apêndice IV). A edição foi elaborada pelos programas de Edição Adobe Premier e programas de áudio Aster Effects e Soundforge.

APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estou ciente de que este trabalho faz parte do Projeto de Pesquisa do Mestrado Educação em Saúde da Universidade Ribeirão Preto UNAERP, sob orientação da professora Dra. Carolina Baraldi Araújo Restini, tem por finalidade avaliar o conhecimento sobre a doença câncer de boca, assim como os fatores de risco e como preveni-la e diagnosticá-la precocemente. Para participar desta pesquisa deverei:

❖ Responder a um questionário investigativo, formulado e aplicado pelos pesquisadores;

Estou ciente também que:

❖ Minha participação é voluntária;

❖ Posso desistir dessa participação a qualquer momento;

❖ Não estou exposto a nenhum dano mental ou físico;

❖ Não terei nenhum gasto e não receberei nenhum reembolso financeiro por esta participação;

❖ Os resultados poderão ser publicados em eventos científicos.

Sendo assim, eu _____
RG _____ concordo em participar deste Trabalho de Mestrado Educação em Saúde como voluntário (a).

Ribeirão Preto, _____ de _____ 2015.

Assinatura do (a) Voluntário (a)

Patrícia Lucca Dantas Voi
CPF: 113324188-30
Rg: 20402029-3
Fone: +55(16)32354576

Profa. Dra. Carolina Baraldi Araújo Restini - Orientadora
CPF: 15.29.74688-41
RG: 25250775-7
Código UNAERP: 12830
Fone: +55(16) 3603-6795
Endereço: Av. Costábile Romano, 2201
CEP: 14096-900

**APÊNDICE IV - Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz
Pessoa maior de 18 anos**

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos, autorizo expressamente a utilização da minha imagem e/ou voz, em caráter definitivo e gratuito, constante em fotos e filmagens decorrentes da minha participação em um vídeo educativo de promoção de saúde durante a campanha de diagnóstico e prevenção do câncer bucal.

Título do projeto: Resolutividade da campanha de diagnóstico e prevenção do câncer bucal na cidade de Ribeirão Preto.

Pesquisador: Patrícia L. Dantas Voi

Orientadora: Carolina Baraldi Araújo Restini

Objetivos principais:

- Identificação de fatores de risco
- Identificação de lesões mais frequentes
- Orientação sobre o autoexame bucal
- Orientação sobre limpeza e uso de próteses
- Orientação quanto à boa alimentação

As imagens e a voz poderão ser exibidas: nos relatórios parcial e final do referido projeto, na apresentação audiovisual do mesmo, em publicações e divulgações acadêmicas, em festivais e premiações nacionais e internacionais, assim como disponibilizadas no banco de imagens resultante da pesquisa e na Internet, fazendo-se constar os devidos créditos.

Fica autorizado a executar a edição e montagem das fotos e filmagens, conduzindo as reproduções que entender necessárias, bem como a produzir os respectivos materiais de comunicação, respeitando sempre os fins aqui estipulados.

Por ser esta a expressão de minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos a minha imagem e voz ou qualquer outro.

_____, _____ de _____ de 2015.

Assinatura

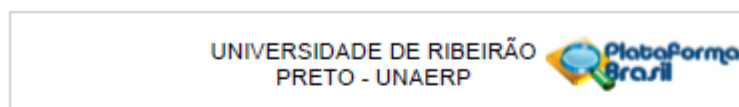
Nome: _____

RG.: _____ CPF: _____

Telefone 1: () _____ Telefone 2: () _____

Endereço: _____

APÊNDICE V – Parecer Consubstanciado do CEP - Plataforma Brasil (Continua)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DA CAMPANHA DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL E DA IMPLANTAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE NA POPULAÇÃO ALVO - NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

Pesquisador: Carolina Baraldi A. Restri

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36932614.6.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 816.685

Data da Relatoria: 02/11/2014

Apresentação do Projeto:

O Câncer Bucal representa um grave problema de saúde pública. No Brasil, o câncer oral contempla o 3º local anatômico mais frequente no homem e o 7º nas mulheres. Se diagnosticado precocemente possui 90% de chances de cura. Diante deste problema, justifica-se que a população seja informada sobre a doença, os fatores de risco, como preveni-la e diagnosticá-la precocemente enfatizando o autoexame de boca. Ações educacionais, organizadas simples e de baixo custo podem contribuir para reduzir a incidência ou promover uma conscientização para que esta doença seja detectada em fase inicial quando seria curável. Este projeto tem como objetivo avaliar o conhecimento e aprendizagem de pacientes sobre tumores malignos de boca mediante aplicação de um vídeo educativo sobre câncer bucal e avaliar a eficácia das Campanhas de Prevenção do Câncer Bucal na cidade de Ribeirão Preto nos anos de 2009 a 2014. No presente estudo pretende-se produzir efeitos na redução da incidência de casos novos de câncer bucal na população alvo.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBERIANA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBERAÓ PRETO
Telefone: (16)3603-6779 **Fax:** (16)3603-6817 **E-mail:** cetica@unaerp.br

APÊNDICE V – Parecer Consubstanciado do CEP - Plataforma Brasil (Continuação)

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 010.005

Objetivo da Pesquisa:

A ausência de informações específicas sobre conhecimento da doença câncer bucal por parte de profissionais de saúde e, principalmente, pacientes está evidente na literatura (THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2000) e nos dados divulgados por parte dos órgãos responsáveis pela Saúde Pública

Brasileira (BRASIL, 2014). Desta forma, denota-se a hipótese do presente projeto é que o levantamento do perfil da população-alvo, bem como

Intervenções educativas, que se mostrem ferramentas para acessar o conhecimento desta população acerca do câncer bucal (realização do autoexame e identificação de alterações fora do padrão de normalidade).

Objetivo Primário:

Avaliar a viabilidade da campanha por meio de informações dispostos em banco de dados e aplicar intervenção educativa como ferramenta para proporcionar e avaliar o conhecimento acerca dos objetivos da Campanha de Diagnóstico e Prevenção do Câncer Bucal .

Objetivo Secundário:

Considerando a campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal no município de Ribeirão Preto, serão desenvolvidos os seguintes

objetivos específicos:• Descrever os dados da campanha;• Avaliar o potencial em diminuir a incidência de novos casos de câncer de boca e lesões

precursoras de câncer (resolutividade);• Utilizar o potencial da campanha para desenvolver ações educativas de prevenção de câncer bucal na

população alvo;• Avaliar o conhecimento da população quanto ao tema proposto;• Avaliar a intervenção educativa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos diretos inerentes à abordagem proposta.

Benefícios:

Aprendizagem, conhecimento do autoexame bucal. Benefício preventivo do câncer bucal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de dois estudos observacionais:

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-8817 E-mail: cetios@unaerp.br

APÊNDICE V – Parecer Consubstanciado do CEP - Plataforma Brasil (Conclusão)

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 010.005

- 1- Estudo observacional descritivo por meio do qual serão realizados de levantamento de dados;
- 2- Estudo observacional analítico

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão apresentados e adequados: 1- Folha de rosto; 2- Autorização da prefeitura para o desenvolvimento da pesquisa e coleta de dados.

Recomendações:

Não tem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa adequado de acordo com a Resolução 466/12 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa aprovado.

RIBEIRAO PRETO, 02 de Outubro de 2014

Assinado por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: ceticos@unaerp.br

ANEXO A

Planilha 1 – Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal


**PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO
CÂNCER BUCAL**


PLANILHA 01

DATA ___/___/___

Não encaminhar esta planilha para FOSP.

DRS _____ Município _____

	Nome do paciente	* Avaliação profissional	Telefone
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

DENTISTA:


CROSP N°:

* Índice de avaliação profissional	Total
0 Normal	
1 Alteração reversível	
2 Suspeita de lesão cancerizável	
Total	

} Pacientes que devem ser encaminhados para 2ª avaliação

ANEXO B


Planilha 2 – Relação dos pacientes encaminhados para a 2ª avaliação



PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL

Planilha 02

RELAÇÃO DOS PACIENTES ENCAMINHADOS PARA 2ª AVALIAÇÃO



DRS _____ Município _____

Data: ___/___/___

Serviço de referência _____ Telefone : _____ Contato: _____

Nome do Paciente	Telefone para contato com o paciente	CONDUTA		
		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO REVERSÍVEL	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE MALIGNIDADE	<input type="checkbox"/> NÃO COMPARECEU
		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO REVERSÍVEL	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE MALIGNIDADE	<input type="checkbox"/> NÃO COMPARECEU
		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO REVERSÍVEL	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE MALIGNIDADE	<input type="checkbox"/> NÃO COMPARECEU
		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO REVERSÍVEL	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE MALIGNIDADE	<input type="checkbox"/> NÃO COMPARECEU
		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO REVERSÍVEL	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE MALIGNIDADE	<input type="checkbox"/> NÃO COMPARECEU
		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO REVERSÍVEL	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE MALIGNIDADE	<input type="checkbox"/> NÃO COMPARECEU
		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO REVERSÍVEL	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE MALIGNIDADE	<input type="checkbox"/> NÃO COMPARECEU
		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO REVERSÍVEL	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE MALIGNIDADE	<input type="checkbox"/> NÃO COMPARECEU
		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO REVERSÍVEL	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE MALIGNIDADE	<input type="checkbox"/> NÃO COMPARECEU
		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO REVERSÍVEL	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE MALIGNIDADE	<input type="checkbox"/> NÃO COMPARECEU
		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO REVERSÍVEL	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE MALIGNIDADE	<input type="checkbox"/> NÃO COMPARECEU
		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO REVERSÍVEL	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE MALIGNIDADE	<input type="checkbox"/> NÃO COMPARECEU
		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO REVERSÍVEL	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE MALIGNIDADE	<input type="checkbox"/> NÃO COMPARECEU

ALTERAÇÃO REVERSÍVEL: são os traumas crônicos, próteses mal adaptadas, aftas, dentre outras. CASOS RESOLVIDOS NA PRÓPRIA INSTITUIÇÃO.

SUSPEITA DE MALIGNIDADE: pacientes que devem ser encaminhados para biópsias. O resultado da biopsia deverá ser anotado na PLANILHA 4.

ANEXO C

Planilha 3 – Totalização dos Pacientes Examinados



PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO
CÂNCER BUCAL



Planilha 3

TOTALIZAÇÃO DOS PACIENTES EXAMINADOS

Município _____ DRS _____

Condensação dos dados das Planilhas 01 e 02

Quantidade de pacientes examinados durante a campanha (<i>todos os idosos atendidos</i>).	
Quantidade de pacientes que apresentaram alterações reversíveis (<i>próteses mal adaptadas, aftas, dentre outras</i>).	
Quantidade de pacientes que apresentaram lesões cancerizáveis (<i>encaminhados para biopsias</i>).	
Quantidade de pacientes que não compareceram para a 2ª avaliação .	

Responsável pela totalização dos dados: _____

Telefone para contato: () _____

Total de pacientes *vacinados* no Município

Encaminhar esta planilha para FOSP pelo FAX: (11) 3797-1833

ou por e-mail: saude.bucal@fosp.saude.sp.gov.br

ANEXO D

Planilha 4 – Ficha para coleta de dados dos casos encaminhados para 2ª avaliação

	PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL	
ANO 2009		
ATENÇÃO		
Após o preenchimento completo favor encaminhá-la para FOSP por FAX: (11) 3797-1833 ou por e-mail: saude.bucal@fosp.saude.sp.gov.br		
ANEXO 4		
Ficha para coleta de dados dos casos encaminhados para 2ª AVALIAÇÃO		
Município: _____	DRS: _____	
Nome do paciente _____		
Endereço _____		Cidade: _____
Data de nascimento ___/___/___	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino
Profissão _____		Escolaridade: _____
LESÃO CANCERIZÁVEL		
1. Biópsia: Data da biópsia: ___/___/___ Data do resultado: ___/___/___		
Área que foi realizada a biópsia: <input type="checkbox"/> Língua <input type="checkbox"/> Lábio <input type="checkbox"/> Palato <input type="checkbox"/> Orofaringe <input type="checkbox"/> Gengiva superior <input type="checkbox"/> Gengiva inferior <input type="checkbox"/> Outros _____		
Anatomopatológico: <input type="checkbox"/> Carcinoma escamocelular <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma <input type="checkbox"/> Outros _____		
Laboratório: _____		
PREENCHIMENTO PELO SERVIÇO DE CABEÇA E PESCOÇO		
Instituição que o paciente foi encaminhado para tratamento: _____		
Estadiamento: T _____ N _____ M _____		
Assinatura e carimbo do médico responsável:		

ANEXO E – Autorização da SMS para coleta de dados



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



Of. nº 2855/14-DASP
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 11 de julho de 2014.

Prezada Orientadora,
Profª. Drª. Carolina Baraldi Araújo Restini
Prezada pesquisadora
Patrícia Lucca Dantas Voi

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro**, a Coordenadora do Programa de Procedimentos Coletivos e Preventivos em Odontologia – **Josiane Aparecida Ferreira da Costa Montans**, o Gerente da UBDS Castelo Branco – **Glauco Garcia Ferreira de Carvalho**, o Complexo Regulador – **Luiz Roberto Caligares Pires**, bem como membro desta Comissão – **Rute Aparecida Casas Garcia**; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa “**AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DA CAMPANHA DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL E DA IMPLANTAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE NA POPULAÇÃO ALVO NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO**”, nas dependências desta Secretaria da Saúde.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidades de Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista às rotinas destes estabelecimentos de saúde, e que ao término do estudo seja disponibilizada uma cópia a área Programática.

Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2014 0186731.

Informo que a pesquisa está autorizada, porém a coleta dos dados e Ofício de Coparticipação acontecerá quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,


Fernanda Cristina Padiar
CRB - 8/8168

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Ilmo
Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

ANEXO F - Resultados numéricos - Tabelas e Quadros (Continua)

Tabela 7- Diferenças significativas encontradas entre pacientes encaminhados por pacientes examinados durante os 15 primeiros dias entre os anos das campanhas 2010 a 2014.

Ano	P
2010 x 2011	P = 0,002
2010 x 2012	P = 0,02
2011 x 2013	P = 0,002
2011 x 2014	P = 0,004
2012 x 2014	P = 0,02

Notas: Teste para comparação de duas proporções, diferenças significativas encontradas. Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

Tabela 9 - Diferenças significativas encontradas entre pacientes faltosos entre os anos das campanhas de 2010 a 2014.

Ano	P
2010 x 2011	P < 0,001
2010 x 2012	P < 0,001
2010 x 2013	P < 0,001
2011 x 2014	P < 0,001
2012 x 2014	P < 0,001
2013 x 2014	P < 0,001

Notas: Teste para comparação de duas proporções, diferenças significativas encontradas. Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

Quadro 5 – Comparação pré e pós para variável “fator de risco fumo”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.

	FUMO_PÓS	
	X	Total
FUMO PRÉ	31	31
	%	15,5%
X	169	169
		84,5%
Total	200	200
	100,0%*	100,0%

Notas: *P < 0,001 (100,0% > 84,5%).

Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016

Fonte: próprio autor.

ANEXO F - Resultados numéricos - Tabelas e Quadros (Continua).

Quadro 6 - Comparação pré e pós para variável “fator de risco dieta”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.

	DIETA_POS		Total
		X	
DIETA PRÉ	43	123	166
	25,9%	74,1%	83,0%
X	1	33	34
	2,9%	97,1%	17,0%
Total	44	156	200
	22,0%	78,0%*	100,0%

Notas: *P < 0,001 (78,0% > 17,0%) Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016

Fonte: próprio autor.

Quadro 7 – Comparação pré e pós para variável “fator de risco sol”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.

	SOL_PÓS		Total
		X	
SOL PRÉ	3	146	149
	2,0%	98,0%	74,5%
X	0	51	51
	,0%	100,0%	25,5%
Total	3	197	200
	1,5%	98,5%*	100,0%

Notas: *P < 0,001 (98,5% > 25,5%)

Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016

Fonte: próprio autor.

Quadro 8 – Comparação pré e pós para variável “fator de risco álcool”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.

	ÁLCOOL-PÓS		Total
		X	
ÁLCOOL PRÉ	1	84	85
	1,2%	98,8%	42,5%
X	0	115	115
	,0%	100,0%	57,5%
Total	1	199	200
	,5%	99,5%*	100,0%

Notas: *P < 0,001 (99,5% > 57,5%).

Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016

Fonte: próprio autor.

ANEXO F - Resultados numéricos - Tabelas e Quadros (Continuação).

Quadro 9 – Comparação pré e pós para variável “fator de risco dentes estragados”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.

	DENTES_POS		Total
		X	
DENTES PRÉ	0	93	93
	,0%	100,0%	46,5%
X	1	106	107
	,9%	99,1%	53,5%
Total	1	199	200
	,5%	99,5%*	100,0%

Notas: *P < 0,001 (99,5% > 46,5%)

Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

Quadro 10 – Comparação pré e pós para variável “fator de risco feridas na boca ”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.

	FERIDAS_POS		Total
		X	
FERIDAS PRÉ	53	53	53
	100,0%		26,5%
X	147	147	147
	100,0%		73,5%
Total	200	200	200
	100,0%*		100,0%

Notas: *P < 0,001 (100,0% > 73,5%). Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

Quadro 11– Comparação pré e pós para variável “fator de risco má higiene bucal”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.

	MÁ HIGIENE_POS		Total
		X	
MÁ HIGIENE PRÉ	1	73	74
	1,4%	98,6%	37,0%
X	1	125	126
	,8%	99,2%	63,0%
Total	2	198	200
	1,0%	99,0%*	100,0%

Notas: *P < 0,001 (99,0% > 63,0%) Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

ANEXO F - Resultados numéricos - Tabelas e Quadros (Conclusão).

Quadro 12 – Comparação pré e pós para variável “fator de risco idade”, durante intervenção educativa na campanha de 2015.

	IDADE_POS		Total
	1	X	
IDADE PRÉ	1 1,4%	73 98,6%	74 37,0%
X	1 ,8%	125 99,2%	126 63,0%
Total	2 1,0%	198 99,0%*	200 100,0%

Notas: *P < 0,001 (99,0% > 63,0%)

Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

Tabela 14 – Diferenças significativas encontradas entre todos os anos conforme tipo de lesão durante as campanhas de 2010 a 2014.

Tipo de lesão	Ano	P
Lesões Benignas	2010 x 2011	p = 0,002
	2010 x 2012	p = 0,02
	2010 x 2013	p < 0,001
	2011 x 2014	p = 0,003
Sem Lesão	2010 x 2012	p = 0,03
	2010 x 2013	p = 0,008
	2011 x 2012	p = 0,002
	2011X 2013	p = 0,007
Diagnóstico Inconclusivo	2010 x 2011	p < 0,001
	2010 x 2013	p = 0,002
	2010 x 2014	p < 0,001
Variação da Normalidade	2010 x 2013	p = 0,02
	2012 x 2013	p = 0,02
	2014 x 2013	p = 0,03

Notas: Teste para comparação de duas proporções.

Software: SPSS, versão 17.0. UNAERP, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Fonte: próprio autor.

ANEXO G – Currículo Lattes

-Patrícia Lucca Dantas Voi:

<http://lattes.cnpq.br/4422343915157688>

-Profa. Dra. Carolina Baraldi de Araújo Restini- Orientadora

<http://lattes.cnpq.br/5116056432515389>