

UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS-UNIPAC



DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO EM EDUCAÇÃO

MARIA DE FÁTIMA MACEDO DUARTE

**CONSIDERAÇÕES SOBRE PRÁTICAS DE CIRURGIÕES-
DENTISTAS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE BOCA
EM ITABIRA-MG**

**BARBACENA
2009**

MARIA DE FÁTIMA MACEDO DUARTE

**CONSIDERAÇÕES SOBRE PRÁTICAS DE CIRURGIÕES-
DENTISTAS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE BOCA
EM ITABIRA-MG**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Educação da Universidade Presidente Antônio Carlos-UNIPAC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Área de Concentração: Educação e Transdisciplinaridade
Linha de Pesquisa: Educação em Saúde: práticas preventivas e intervencionistas

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Rogério Gois Moreira

**BARBACENA
2009**

MARIA DE FÁTIMA MACEDO DUARTE

CONSIDERAÇÕES SOBRE PRÁTICAS DE CIRURGIÕES-DENTISTAS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE BOCA EM ITABIRA-MG

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sebastião Rogério Gois Moreira (UNIPAC) – ORIENTADOR

Prof. Dra. Suzana Maria Pires do Rio (Faculdade de Medicina de Barbacena-FAME)
MEMBRO EFETIVO-EXTERNO

Prof. Dra. Regina Célia Passos Ribeiro de Campos (UNIPAC) – MEMBRO
EFETIVO-INTERNO

Membros suplentes:

Prof. Dra Rosa Maria Corrêa das Neves-UNIPAC

Prof. Dra. Ângela de Fátima Soligo-UNICAMP

Aprovada em 17/09/2009

“Eterno, é tudo aquilo que dura uma fração de segundo, mas com tamanha intensidade, que se petrifica, e nenhuma força jamais o resgata!”

Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

Etapas vencidas nos levam a refletir a respeito dos presságios pelos quais percorremos e as pessoas envolvidas até a sua conclusão. Daí a necessidade dos agradecimentos.

A Deus, primeiramente, pelo dom da vida.

Aos meus pais, Luiz e Iuza, por permitirem minha existência, pelo amor e carinho incondicionais.

A meu marido Hernani, pela compreensão, paciência e companheirismo.

Aos meus filhos Rodrigo e Mateus, razão do meu viver, o pedido de desculpas pelas ausências e o agradecimento pela presença constante ao meu lado.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Sebastião Rogério, pela confiança, disponibilidade e pelas relevantes contribuições na construção deste trabalho.

Às professoras do Curso de Mestrado, Profs. Regina, Rosa, Marília, Maria Bellini e Maria Queiroga, pela oportunidade de obtenção do conhecimento e compreensão de filosofias nunca antes navegadas, devido à minha formação genuinamente técnica.

Aos meus colegas de curso, pela convivência e pelo aprendizado que, com formações das mais diversas, mostraram-me as nuances que a vida acadêmica e profissional oferecem no cotidiano do ser humano.

Aos meus colegas de profissão, cirurgiões-dentistas participantes desta pesquisa, pela colaboração e receptividade no decorrer da elaboração da mesma.

Por fim, agradeço a todos aqueles que participaram de alguma maneira na execução deste trabalho para que pudesse ser realizado e concluído.

Alegrias e tristezas, encantos e desencantos, na busca de novos caminhos que possam contribuir em prol da saúde e crescimento humanos.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo identificar práticas preventivas dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Itabira-MG em pacientes vulneráveis ao câncer de boca. Como objetivos específicos, procuramos conhecer em quais situações são realizadas as abordagens preventivas nas práticas cotidianas e quais aspectos eram considerados, nos permitindo relacionar o perfil dos profissionais participantes. Participaram desta pesquisa 19 cirurgiões-dentistas, sendo aplicada ficha de identificação e questionário com questões fechadas relacionadas a práticas preventivas da saúde bucal em todos os participantes. Um roteiro de entrevista semi-estruturada foi utilizado a um grupo de quatro cirurgiões-dentistas da amostra total, dois com maior tempo de graduação em Odontologia e outros dois com menor tempo de conclusão do curso, para a realização da análise de conteúdo. Os resultados obtidos mostraram-nos que os profissionais envolvidos na pesquisa exercem atitudes preventivas para o câncer de boca, porém de maneira descontínua e com ênfase em atividades individuais, com pouco destaque para as ações educativas. As atitudes muitas vezes se perdem, não apresentando continuidade, havendo pouco controle dos pacientes vulneráveis. A prática dos dentistas pesquisados é predominada por uma ação voltada para a técnica, de cunho curativista, com ênfase na cárie dentária. Os participantes de maior tempo de graduação demonstraram que as experiências de vida e profissionais constituem um diferencial na prática profissional, apesar de sua formação predominantemente tecnicista, mesmo com o passar dos anos, ser semelhante à dos entrevistados de menor tempo de graduação. Percebeu-se a filosofia adotada na formação dos odontólogos de desvinculação de uma disciplina a outra, sendo possível a aquisição de experiências mesmo não sendo estas diretamente voltadas a uma prática formativa para uma Odontologia Preventiva. Os profissionais de menor tempo de conclusão do curso fazem uma analogia entre tecnologia, biópsia e prevenção de câncer, o que os leva a concluir da condição *si ne qua non* de se necessitar de tecnologia para o diagnóstico do câncer de boca. O contrário acontece com aqueles de maior tempo de formados, os quais acreditam ser importante a observação, o conhecimento, antes de se lançar mão da tecnologia.

Palavras-chave: Prevenção, Câncer de boca, Educação em Saúde, Cirurgião-dentista.

ABSTRACT

This dissertation aims to identify preventive practices of dentists in the Basic Health Units in the city of Itabira-MG in patients prone to mouth cancer. As specific objectives, we know in which situations are carried out preventive approaches in daily practices and what aspects were considered, allowing us to relate the profile of the professional participants. Nineteen dental participants applied sheet and questionnaire with closed questions related to practice preventive oral health in all participants. A roadmap for semi-structured interview was used to a group of four dentists in the total sample, two more time undergraduate dental and two others with less time for completion of the course, for the analysis of content. The results showed us that the professionals involved in the research exercise preventative treatment for cancer of the mouth, but in a discontinuous, with emphasis on individual activities with little emphasis on educational activities. Attitudes often are lost, not continuous, there is little control of vulnerable patients. The practice of dentists surveyed is populated by an action-oriented technique of stamp curative, with emphasis on dental caries. Participants with longer graduation showed that the life experiences and professional make a difference in the practice, despite its predominantly technical training, even over the years, be similar to the respondents of shorter courses. Revealed the philosophy adopted in the training of dentists disconnection from one discipline to another, it is possible to acquire experience while not directly targeted at such a training practice for Preventive Dentistry. Professionals shorter end of the course make an analogy between technology, biopsy and cancer prevention, which leads to the conclusion of the condition itself qua non to need technology for the diagnosis of oral cancer. The opposite happens with those with longer formed, which believe in the importance of observation, knowledge, before they take hold of the technology.

Keywords: Prevention, Mouth cancer, Health Education, Dentist.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO-MG:	Associação Brasileira de Odontologia de Minas Gerais
ABRASCO:	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS:	Agente Comunitário de Saúde
ASB:	Auxiliar em Saúde Bucal
CD:	Cirurgião-Dentista
CEO:	Centro e Especialidades Odontológicas
CEO-IPSEMG:	Centro de Estudos Odontológicos-
DNA:	Ácido Desoxirribonucléico, parte da célula responsável pelas informações que passam de uma geração a outra
EFOA:	Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas
ENSP/FIOCRUZ:	Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz
ESB:	Equipe de Saúde Bucal
ESF:	Equipe de Saúde da Família
FAFEOD:	Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina
FOUI:	Faculdade de Odontologia da Universidade de Itaúna
FUNCESI:	Fundação Comunitária de Ensino Superior de Itabira
HPV:	Papiloma Vírus Humano
INCA:	Instituto Nacional do Câncer
MS:	Ministério da Saúde
OPAS:	Organização Pan Americana de Saúde

PSF:	Programa de Saúde da Família
PUC-MG:	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
SUS:	Sistema Único de Saúde
TSB:	Técnico em Saúde Bucal
UFMG:	Universidade Federal de Minas Gerais
UNAERP:	Universidade de Ribeirão Preto
UNINCOR:	Universidade Vale do Rio Verde
UNINGÁ:	Unidade de Ensino Superior Ingá Ltda.
UNIPAC:	Universidade Presidente Antônio Carlos
UNIVALE:	Universidade do Vale do Aço

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	FATORES ETIOPATOGÊNICOS.....	23
2.1	Processo de evolução do câncer de boca.....	23
2.2	Lesões precursoras do câncer de boca.....	24
2.3	Etiopatogenia do câncer bucal.....	25
2.4	Tabagismo.....	27
2.5	Alcoolismo.....	29
2.6	Fatores dietéticos.....	31
2.7	Papilomavírus humano (HPV).....	33
2.8	Irritação mecânica crônica.....	34
2.9	Hereditariedade.....	34
2.10	Fatores ocupacionais.....	35
3	PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....	36
3.1	Ações preventivas e de promoção da saúde de saúde bucal.....	42
3.2	Ações preventivas e de promoção de saúde do câncer bucal.....	47
3.2.1	Ações individuais.....	51
3.2.2	Ações coletivas.....	51
4	OBJETIVOS.....	54
4.1	Objetivo geral.....	54
4.2	Objetivos específicos.....	54
5	METODOLOGIA.....	55

5.1	Contexto do Locus de Pesquisa e descrição dos participantes.....	56
5.2	Instrumentos e materiais.....	57
5.3	Procedimentos.....	57
5.4	Proposta de análise dos resultados.....	58
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
6.1	Propostas preventivas e educativas sobre o promoção da saúde bucal durante a formação na graduação.....	68
6.2	Realização de ações preventivas relativas ao paciente vulnerável a contrair o câncer bucal – Ações mais freqüentes.....	69
6.3	Sinais e sintomas procurados na pesquisa de câncer de boca.....	70
6.4	Procedimento clínico em pacientes apresentando sinais e sintomas de câncer bucal.....	71
6.5	Existência ou não de atendimento a pacientes com suspeita de câncer de boca ou encaminhados para comprovação histológica.....	72
6.6	A alta tecnologia disponibilizada para o diagnóstico e tratamento odontológico como condição para o diagnóstico do câncer bucal.....	73
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS.....	83
	GLOSSÁRIO.....	91
	APÊNDICES.....	94

1. INTRODUÇÃO

A busca constante de respostas que supram as reais necessidades sociais em saúde vai ao encontro das necessidades de construções de ações efetivas, interagidas com as políticas públicas e tecnologias desenvolvidas pelo sistema de saúde do país, culminadas na promoção da saúde.

O trabalho na assistência à saúde, dentro do serviço público, como cirurgião-dentista, remete-me a indagações e pensamentos a respeito da realidade em que se vive em nosso país em relação à saúde bucal da população, dentro do contexto do indivíduo em sua totalidade.

Os conceitos atuais que são divulgados em relação à atenção básica em saúde são muito pertinentes e completamente aceitáveis para que se possa melhorar a saúde da população, porém há ainda um grande abismo entre tais conceitos e sua operacionalização.

Em se tratando especificamente da Odontologia, inúmeras vezes nos vemos limitados no momento de atuar em benefício da saúde do paciente, principalmente quando se trata de doenças comuns que podem ocorrer na boca, e que sua prevenção ou seu diagnóstico precoce não aconteceram, como por exemplo, de um câncer de boca.

Inquietações surgem quando percebemos que o cirurgião-dentista deveria ser o profissional mais adequado, mais bem informado e apto para realizar tais tarefas. Porém, em seu cotidiano, a busca por lesões pré-existentes em pacientes de risco a serem acometidos por um câncer de boca não acontece com frequência, sendo a pesquisa de cáries a prática mais valorizada em sua rotina de trabalho.

A maioria dos casos que surgem com necessidade de comprovação histológica para o câncer de boca, já se encontram em estágios avançados da doença, o que dificulta a cura do indivíduo e diminui a sua expectativa de vida. Estes pacientes que nos chegam nesta situação, são oriundos das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Itabira-MG.

A promoção em saúde ganha destaque no campo da saúde pública, à medida em que extrapola a assistência médico-curativa e se volta para uma concepção de saúde como produção social, com ações de cunho coletivo.

Neste contexto, as ações em saúde se desvinculam do âmbito individualista, tecnicistas e centradas apenas no adoecer, e passam a ter um olhar que direcione para o viver em coletividade, para prender-se a uma teia de interações muito mais complexa, delineada pelo modo de vida das pessoas, ou seja, pautado em seus costumes, hábitos, condições sócio-econômicas, crenças, cultura, valores. Assim, a estratégia de promoção de saúde tem como direcionamento o enfoque de aspectos que possam determinar o processo adoecimento no país, bem como potencializar formas de intervenção em saúde, como a violência, o desemprego, dificuldade de acesso à educação e aos serviços de saúde, habitação inadequada, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e água (BRASIL,2006).

O desenvolvimento econômico e tecnológico, a urbanização e a industrialização, bem como o aumento da expectativa de vida, vêm tornando o homem mais vulnerável às doenças, principalmente as crônicas ou as associadas aos processos de envelhecimento celular como o câncer.

O câncer tem sido considerado como sendo um problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, é responsável por mais de 6 milhões de óbitos a cada ano, sendo cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo (GUERRA et al,2005).

O câncer é considerado como um agravo constituído por mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos do corpo, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo (BRASIL, Instituto Nacional do Câncer, INCA, 2007)

Observa-se um empenho limitado e tímido no que se refere às ações preventivas, educativas e de promoção da saúde, especificamente em relação à prevenção e detecção com precocidade do câncer de boca. As políticas públicas de saúde são pouco abrangentes no tocante a esta especificidade. O acesso à informação a respeito dos fatores de risco responsáveis por este agravo atinge pequena parcela da população. Neste sentido, importante seria o papel da Educação em Saúde trabalhada por todos os profissionais de saúde inseridos no Programa de Saúde da Família (PSF) em suas comunidades.

Antes mesmo da atuação em suas comunidades, os profissionais de saúde necessitam de capacitação que contemple informações técnicas a respeito do câncer

bucal, bem como formas de atuação frente às diversidades de situações a serem deparadas. Hábitos como os de fumar, ingerir bebidas alcoólicas, mascar fumo, estão, em sua maioria das vezes, arraigados na cultura, nos costumes e nas crenças das pessoas, os quais muitas vezes tornam-se difíceis ou impossíveis de serem modificados ou eliminados.

Como preconiza a Política Nacional de Promoção da Saúde,

A saúde, como produção de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores - na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. (BRASIL, 2006, p.15)

O indivíduo por si só não pode ser o único responsável e “culpado” por sua doença ou sua saúde, como preconiza a medicina tradicional na qual o ser humano é considerado de maneira fragmentada. A ele, deverão ser ofertadas opções que condicionem melhores condições de vida e que favoreçam escolhas saudáveis, bem como para a coletividade.

Ao profissional de saúde, cabe a compreensão das representações sociais acerca da saúde bucal, as quais são dotadas de variáveis diversas e com as quais o profissional convive, na tentativa de uma maior compreensão das realidades individuais e coletivas. É pertinente à atuação do profissional de saúde o entendimento no que tange aos valores dados à saúde e à doença, à importância da saúde da boca e dos dentes na vida cotidiana, no trabalho, na escola, ou seja, no convívio social.

A importância da prevenção do câncer se dá também devido às estatísticas alarmantes em relação às taxas de incidência e mortalidade elevadas. Para Queiroz et al (2003), o câncer de boca, uma das neoplasias mais frequentes no mundo, constitui-se em um importante problema de saúde pública, sendo necessário um maior incremento da prática de ações efetivas no que diz respeito ao maior conhecimento das principais causas e fatores de risco para o combate desta patologia.

O câncer bucal, de acordo com registros hospitalares brasileiros, está entre as dez localizações mais frequentes para a ocorrência de câncer, ao lado da pele, colo uterino mama e estômago (COSTA;MIGLIOTATI, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que a detecção precoce do câncer é baseada na observação de que o tratamento é mais efetivo quando a doença é diagnosticada em fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos (INCA, 2005).

O câncer bucal corresponde, em média, a 6% de todos os cânceres diagnosticados (FONTES; SOUZA; ROSA, 2004). Das diversas neoplasias que acometem a cavidade bucal, de acordo com Tinoco et al, 2004, cerca de 90% são carcinomas epidermóides, cuja incidência difere entre os diferentes países do mundo e, no Brasil, varia entre as regiões, devido à diversidade de exposição aos fatores de risco. O câncer de lábio é de grande incidência, por ser o Brasil um país tropical de economia baseada em atividades rurais, onde os trabalhadores ficam expostos à luz solar variando assim a sua prevalência. Entretanto, as maiores taxas de câncer de boca são encontradas na Austrália e Canadá, principalmente em pacientes do sexo masculino (PRADO; TAVIEIRA,2003). Já em alguns países da Ásia, o câncer de boca apresenta-se como o tipo de câncer mais comum. (INCA,2002).

Dados do INCA, 2004, indicam que o câncer na cavidade oral tem sua incidência na população geral em torno de 40% de todos os tumores malignos da região de cabeça e pescoço, sendo que dados estatísticos mostram um aumento significativo dos casos de câncer nesta região. Desses, cerca de 3 a 5% irão a óbito logo após o diagnóstico da doença. Estima-se que em 30% dos casos a taxa de sobrevida não ultrapassa a 5 anos, visto que a maioria é diagnosticada tardiamente e levando a uma alta taxa de mortalidade.(INCA,1998). Somente 6,5% dos casos são diagnosticados em estágio inicial, propiciando uma pequena possibilidade de cura.

O câncer de boca ocupa a quinta posição entre os cânceres mais frequentemente observados no sexo masculino, com cerca de 270.000 novos casos por ano no Brasil. No sexo feminino, este tipo de câncer ocupa a sétima colocação, acometendo anualmente 142.000 mulheres (LA VECCHIA, TAVANI, FRANCHESCHI, 1997).

O perfil da população vulnerável ao câncer bucal são homens, com idade entre 50-70 anos, de baixa escolaridade e baixo poder econômico, que não possuem o hábito

de “cuidar de si” na sua totalidade e especificadamente na região bucal que, muitas vezes, é tratada em condições secundárias. As mulheres demonstram ser mais atentas que os homens às suas sensações e percepções, podendo tal patologia ocorrer em consequência de determinantes sociais (MATOS; ARAÚJO, 2003).

Do ponto de vista anatômico, o câncer de boca inclui qualquer alteração maligna com localização no lábio, língua, glândulas salivares, gengiva, assoalho da boca, mucosa jugal, vestíbulo da boca, palato, úvula, além da parte óssea, como da mandíbula e a maxila. Os cânceres localizados na língua têm o pior diagnóstico dentre todas as outras localizações da cavidade oral (ANTUNES et al, 2003). Este fato se explica devido a língua, em algumas de suas partes, possuir alta vascularização. Na base da língua, que é uma região mais próxima da garganta, e de difícil visualização pelo próprio indivíduo, há uma maior indução a um diagnóstico tardio, pela ausência de sintomatologia precoce.

O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua oral e assoalho da boca). Em pessoas de cor branca, o câncer de lábio é mais comum, havendo registros de maior ocorrência no lábio inferior em relação ao superior (INCA, 2007).

Quando não diagnosticado precocemente, o câncer é uma doença crônica que leva à internação hospitalar e acompanhamento ambulatorial frequentes. O diagnóstico e o tratamento são realizados por equipe multiprofissional altamente especializada, que emprega geralmente tecnologia sofisticada e dispendiosa. Assim, o alto tributo pago pela sociedade e pelos indivíduos acometidos de câncer justifica a urgência de adoção de medidas eficazes para seu controle (SILVERMAN, 1998).

O fácil acesso à cavidade bucal facilita o exame clínico, possibilitando o diagnóstico precoce da doença. Assim, atualmente, espera-se um aumento no índice de sobrevivência dos pacientes devido à sua detecção e seu tratamento precoce (REGAZZI; SCIUBBA, 2000; PARISE JÚNIOR, 2000). Além disso, o conhecimento adquirido nas últimas décadas a respeito dos fatores de risco associados à etiopatogenia do câncer, de maneira geral, vem tornando possível identificar quais indivíduos seriam mais susceptíveis a desenvolver a doença, tornando-os alvo de ações preventivas (FONTES; SOUZA; ROSA, 2004). Apesar de os profissionais responsáveis pelo diagnóstico precoce do câncer de boca possuírem facilidade de acesso e visualização de lesões

iniciais na cavidade bucal, o aparecimento de novos casos de câncer bucal ainda permanece grande.

Através de um exame cuidadoso e rotineiro da cavidade oral, uma vez que mais de $\frac{3}{4}$ dos cânceres orais estão localizados em regiões de fácil visualização e palpação, aproximadamente, 90% das neoplasias malignas dessa região são detectadas já em estágios de desenvolvimento avançados (VANDERLEI et al, 1998). Uma outra alternativa que também poderia estar contribuindo satisfatoriamente para a detecção precoce e prevenção do câncer bucal seria a Educação em Saúde visando o estímulo à realização do auto-exame da boca. O auto-exame já foi implantado para a prevenção do câncer de mama e tem apresentado bons resultados (VIDAL et al, 2003). A suspeita de haver algo diferente na cavidade bucal levaria o indivíduo a procurar um serviço odontológico especializado mais rapidamente, levando-se muitas vezes a um diagnóstico precoce e aumentando-se as chances de uma intervenção rápida, podendo levar até a cura da doença. A realização do diagnóstico precoce nos casos de câncer bucal é o melhor caminho para a sua cura, que pode ocorrer quando detectado em sua fase incipiente.

Ações de promoção de saúde, como por exemplo, a Educação em Saúde, visam proporcionar aos indivíduos conhecimentos que lhes permitam obter saúde na concepção lato da Organização Mundial de Saúde (OMS) e qualidade de vida. A OMS define qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo, de sua posição de vida, dentro do contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações.

Uma análise pertinente em relação ao estímulo da realização do auto-exame da boca, para a detecção de lesões incipientes, seria a forma de abordagem realizada que levasse a população a perceber a existência de alterações de cor, úlceras indolores. A população percebe muito mais facilmente aquelas manifestações visíveis e concretas, que coincidem com os estágios avançados da doença, como dificuldade para alimentar, falar, dores, ou mesmo quando o indivíduo se sente fisicamente incapaz para a realização de seu trabalho. (MATOS; ARAÚJO, 2003).

Um dos aspectos mais críticos do câncer de boca é que a maior parte dos casos chega aos hospitais especializados em estágio avançado, aumentando-se as possibilidades de mutilações e reduzindo-se as de cura. Neste aspecto, a doença reverte-se em alto custo econômico e social para o Estado e para a família, devido à dificuldade

de reintegração do indivíduo mutilado na sociedade (FREITAS, 2005). Além disso, o tratamento desses casos implica em mutilações que, muitas vezes, inabilitam o paciente para a reintegração familiar, social e profissional, de modo temporário ou definitivo (INCA, 1998).

No Brasil, a prevenção primária do câncer de boca consiste fundamentalmente em programas e medidas educativas e de combate ao consumo de tabaco e álcool, num esforço integrado de promoção de saúde que leva à redução de vários agravos visando à qualidade de vida da população em geral e especificamente dos indivíduos portadores de lesões potencialmente malignas.

Para se criar um programa, visando ações curativas, preventivas e educativas, direcionados às doenças bucais, deve-se considerar atitudes, valores, crenças, enfim, as representações sociais acerca das doenças bucais. A partir daí, pode-se iniciar um trabalho para modificar o atual quadro, pois a abordagem preventiva e educativa deve ser mais eficaz em relação a este tipo de câncer.

Sendo considerado como um problema de saúde pública, o câncer requer uma abordagem multidisciplinar, e envolveria esforços no sentido de reduzir a mortalidade, reduzir a incidência dos novos casos e melhorar a qualidade de vida do paciente (BRASIL/MS, 2007). Na medida em que investimentos financeiros de grande proporção forem realizados na tentativa da redução do aparecimento de novos casos, as taxas de mortalidade irão se reduzir, e recursos maiores poderão ser aplicados na melhoria da qualidade de vida daqueles que já possuem a doença instalada.

Paralelamente às ações políticas e educativas de promoção da saúde, o ensino superior em Odontologia exerce um papel fundamental na formação do profissional de saúde. Este profissional, teoricamente, estaria destinado a interagir com os indivíduos que necessitam de sua assistência. A instituição formadora de profissionais tem o papel de transcender o modelo biomédico, dispendo-se a adotar um conceito holístico em relação à saúde do indivíduo, com formação comprometida com as questões sociais, mais conscientes, mais participativos, compromissados com a coletividade, num resgate ao caráter coletivo da prática odontológica.

A formação odontológica realizaria, através do estímulo à reflexão a respeito dos problemas da atenção em saúde bucal e daqueles com os quais poderá se deparar no contato com a realidade da comunidade, um despertar para um olhar e senso crítico,

analisando fatores que influenciariam na aquisição da doença, como hábitos que possam ser deletérios à saúde, pois, é possível que, na medida que os saberes forem impostos de forma unilateral e autoritária, estes sejam acolhidos de forma passiva pela população, não surtindo o impacto necessário e desejado. Para melhorar o nível de compreensão e as práticas preventivas sobre as doenças da boca, é preciso identificar os fatores que motivam cada pessoa e que condicionam suas atitudes e práticas terapêuticas (MATOS; ARAÚJO,2003). Deve-se considerar, sobretudo, que mudanças de comportamento muitas vezes implicam em mudanças de hábitos, arraigados na cultura do indivíduo.

A odontologia hegemônica prioriza a fragmentação do indivíduo em sua prática em saúde bucal, sendo pautada em um modelo assistencialista e curativista, voltado para o biologismo e centrado em ações individualistas, exigentes de altas tecnologias e priorizando a “Odontologia Cosmética”. Uma reversão desta atitude pode estar no incentivo à interdisciplinaridade na formação acadêmica em Odontologia. O indivíduo não é só dentes, ou não é só gengiva. Existem as mucosas que se interpõem sobre e sob estas estruturas, onde poderá estar abrigada alguma lesão pré-maligna ou cancerizável,ou seja, aquela que possui potencial de malignização O indivíduo não é só boca, e deve ser visto como um ser completo, que possui uma cabeça,onde está a boca e um corpo que sustenta a cabeça. É também um ser social, que vive em uma comunidade, possui relações interpessoais, está inserido no processo de produção de trabalho e em todo um contexto sócio econômico cultural que o cerca.

A história natural do câncer de boca indica que a doença apresenta, em muitas situações, um curso relativamente longo, que pode ser precedido de lesões cancerizáveis e perceptíveis, o que facilita o seu diagnóstico. A minuciosa inspeção e palpação da cavidade bucal, o conhecimento sobre os fatores de risco e o exame histopatológico da peça cirúrgica biopsiada são fundamentais para o diagnóstico conclusivo. Portanto, a progressão do tumor, o preparo do cirurgião-dentista para o diagnóstico e o acesso ao sistema de saúde para tratamento determinarão a lógica da evolução da doença (FREITAS, 2005).

Conhecendo todas estas informações que nos deixam preocupados e alarmados e, estando inserida no serviço público onde são realizados inúmeros procedimentos odontológicos especializados para uma grande parcela da população da cidade de Itabira, MG, surgiu uma inquietação no que se refere à intervenção e conduta do cirurgião-dentista, especialmente em relação ao câncer bucal. Pacientes que são

acolhidos no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) da referida cidade, referenciados pelas Unidades de Saúde responsáveis pela atenção básica, com queixa da existência de alguma anormalidade perceptível em sua boca, que não diz respeito à estrutura dentária, são examinados e encaminhados para a realização de pequena cirurgia para remoção de fragmento de uma lesão ou de parte dela. A partir daí será realizado um exame deste fragmento, ou seja, será feita uma biópsia. Quando é divulgado o resultado da biópsia, se a lesão foi diagnosticada como sendo uma neoplasia, a mesma poderá se encontrar em estágio avançado, e o paciente por sua vez é encaminhado para um serviço especializado na capital mineira. Notoriamente, os casos de câncer bucal que chegam aos serviços públicos se encontram em estágios avançados, dificultando a cura e diminuindo a chance de sobrevivência do paciente.

Observamos que a população é carente de informações básicas a respeito da necessidade de manutenção da saúde, e principalmente em relação à saúde bucal. Culturalmente, a saúde só é considerada como um fator relevante quando a sua existência é ameaçada, com procura pela assistência odontológica em casos de presença de dor, sendo as medidas preventivas pouco conhecidas e difundidas. Com a saúde bucal, este comportamento se manifesta de forma semelhante e talvez de maneira que provoque maiores preocupações, pois a mesma, na maioria das vezes, é considerada como sendo uma necessidade merecedora de atenção secundária, incorporada ao autocuidado pessoal.

O conhecimento a respeito das medidas e atitudes preventivas é de suma importância para a aplicabilidade das mesmas. Uma das dificuldades existentes seria encontrar a maneira adequada para efetivar a transmissão destas idéias. Para se ter um acesso mais próximo à população, é mister a criação de canais de comunicação com a mesma, inserir-se na sua realidade, conhecer seus anseios, suas angústias, seu cotidiano para que possam ser definidas medidas estratégicas eficazes e resolutivas na realização de intervenções que efetivamente mostrem resultados positivos. Um fator a ser considerado no que tange à relação profissional-usuário na transmissão de informações seria o respeito à sabedoria popular, que em nenhum momento deve ser ignorada. Na verdade, devemos observar o valor que há em uma troca de informações, como consequência do acúmulo de saberes proporcionados ao longo da vida das partes e não propriamente uma transmissão de conhecimentos (VASCONCELOS, 2004).

Através de uma atitude diferenciada dos profissionais de saúde no modo de se relacionar com o indivíduo e a comunidade, com a aplicação de uma linguagem simples, sintonia com o conteúdo proposto e a realidade local, com estímulo ao aprendizado participativo, novos conceitos passam a ser assimilados e utilizados nas práticas cotidianas e, somados a outros precedentes e à sua própria experiência vão, gradativamente, modificando ações e pensamentos, que podem provocar transformações benéficas à saúde e à vida das pessoas.

A aquisição de novas formas de pensar e de agir do profissional de saúde e, especificamente do cirurgião-dentista, leva-o a uma mudança de perfil e de atuação acerca da saúde e da doença, atuando como um instrumento de promoção de saúde na conscientização da comunidade. Este profissional passa a ser um facilitador em seu preparo para atuar em um ambiente no qual estão inseridos os fenômenos de globalização e socialização dos conhecimentos e dos cuidados de saúde, que devem ser compreendidos em sua totalidade e complexidade.

A odontologia, de acordo com Kovalski et al (2006), possui seus limites, sendo insuficiente para discutir a saúde bucal e a relação da boca com a sociedade. Dentro deste contexto, Botazzo (2006) propôs a “bucalidade” como sendo um conceito inserido no processo saúde-doença, tornando-se uma alternativa para uma nova compreensão da boca e da saúde bucal, podendo estar surgindo como próprio objeto da odontologia.

Na proposta do uso e aplicação do termo “bucalidade”, são levados em conta os trabalhos bucais como consumo do mundo para sobreviver no plano natural (manducar), ou seja, apreender, triturar, insalivar, deglutir; como produção e consumo de palavras (linguagem), e como relação amorosa e produção de atos bucais sexuais (erótica). São as expressões sociais dos trabalhos realizados pela boca humana. Para Botazzo (2006), o estudo da boca e dos dentes como órgão funcional esconde uma trama de desejos e sentimentos. Para uma maior compreensão da produção da subjetividade da boca, é necessário haver uma discussão que ultrapasse os limites da odontologia, pois há uma dificuldade na compreensão dos fatores externos à boca, principalmente aqueles potencializados pela sociedade. A saúde bucal deve ser discutida a partir de modos de vida, sem a superficialidade do biologismo que norteia o pensar e o fazer da odontologia praticada nos dias atuais.

Há de se convir que o combate ao câncer de boca constitui um desafio que envolve a realização de políticas públicas de saúde efetivas de prevenção que

contemplem a coletividade e ao estímulo à realização do diagnóstico precoce desta patologia. As instituições responsáveis pela formação dos profissionais, cuja filosofia de ensino necessita de uma reformulação, bem como os próprios profissionais, frutos de uma formação acadêmica tecnicista e cientificista, poderiam estar contribuindo mais efetivamente, ao se aproximarem, em sua prática, da realidade e da sociedade brasileira.

Para proporcionar um melhor entendimento em relação ao câncer de boca e à sua prevenção, bem como de todo o processo que envolve a discussão a seu respeito, ao final deste trabalho, constam os significados de todos os termos e palavras empregados.

2. FATORES ETIOPATOGÊNICOS

2.1-Processo de evolução do câncer de boca

Inúmeros estudos mostram que o desenvolvimento de vários tipos de câncer nos seres humanos ocorre em consequência da exposição dos mesmos a agentes externos de natureza física, química e biológica, podendo haver uma interação destes fatores com as características individuais do hospedeiro, incluindo a herança genética. Estes fatores de origem externa, quando em contato com o indivíduo susceptível, lesam o ácido desoxirribonucléico (DNA) do núcleo das células, produzindo mutações, ou seja, transformações, fraturas nos cromossomos e alterações no material genético das células, promovendo uma multiplicação atípica, diferenciada e, muitas vezes, exageradamente acelerada das mesmas.

Para um melhor entendimento do mecanismo de desenvolvimento do câncer, o mesmo é dividido em três fases, segundo INCA, 2002, pág.13:

- 1) Iniciação: Consiste na exposição a um carcinógeno, que irá interagir com o DNA nuclear da célula, provocando uma alteração permanente na mesma, a qual ficará modificada de forma latente, porém vulnerável a novos estímulos, podendo também ser eliminada pelo organismo.
- 2) Promoção: Após terem sido lesadas, as células iniciadoras podem apresentar efeitos carcinogênicos, caso sejam expostas aos agentes promotores. Estes agentes não são mutagênicos, isto é, não modificam a estrutura da célula, podendo seus efeitos serem reversíveis numa fase inicial, mas se submetidos a exposições prolongadas aos carcinógenos, poderão ser induzidos ao processo da carcinogênese.
- 3) Progressão: Processo no qual são atingidos os mecanismos de replicação celular e organização das células, ficando assim estabelecido o fenótipo maligno, fase na qual a modificação celular para a sua estrutura normal é irreversível.

O processo de evolução do câncer nas fases de iniciação e de promoção constituem momentos iniciais da doença passíveis de intervenção, através da interrupção da exposição a agentes externos, impedindo-se assim a sua progressão.

2.2-Lesões precursoras do câncer de boca

O diagnóstico precoce do câncer de boca é de suma importância para seu tratamento e aumento da sobrevivência do paciente. A detecção de lesões incipientes ou que possuem potencial de malignização são fatores relevantes para o direcionamento do tratamento, devendo-se estar atento principalmente àqueles pertencentes ao grupo de risco. As lesões cancerizáveis, precursoras do câncer de boca, necessitam de vigilância redobrada em pessoas deste grupo, estando presentes em tecidos com alteração morfológica benigna, com risco maior do que o normal para transformação maligna (NEVILLE et al, 2002). Estas lesões podem se apresentar como sendo brancas ou vermelhas.

As lesões brancas possuem coloração acinzentada ou esbranquiçada, contrastando com a coloração róseo-avermelhada normal da mucosa bucal. Elas são representadas principalmente pelas leucoplasias, caracterizadas por placas ou manchas esbranquiçadas localizadas na mucosa da boca, não se destacam com facilidade, são indolores, localizam-se principalmente na mucosa jugal e assoalho da boca. O tabaco um ítem importante na formação destas lesões, sendo a sua associação com o álcool um fator que possui ação potencializadora para o câncer bucal (INCA,1996-2001).

A leucoplasia é caracteristicamente considerada uma lesão pré-cancerígena ou pré-maligna. Quando se avaliam as conseqüências de um grande número de lesões leucoplásicas, a freqüência de transformação em lesões malignas é maior do que o risco associado à mucosa normal ou sem alteração (NEVILLE et al, 2002).

As eritropias constituem as lesões vermelhas, mais avermelhadas do que a mucosa normal. São geralmente assintomáticas, de cor vermelho escuro, bem delimitadas, homogêneas, não fazendo parte do quadro clínico de alguma doença já diagnosticada no indivíduo (INCA,1996-2001). Aparecem com mais freqüência no assoalho bucal, no palato e nas bordas da língua, sendo mais raras que as leucoplasias, podendo também surgir em associação com as mesmas.

O líquen plano é uma doença dermatológica relativamente comum que pode afetar a mucosa bucal, com lesões brancas semelhantes a linhas que se entrelaçam. De acordo com Neville et al (2002), a maioria dos casos de transformação maligna são muito mal documentados pela literatura científica específica do tema.

2.3-Etiopatogenia do câncer bucal

As estruturas bucais encontram-se em contato constante com grande variedade de substâncias químicas presentes no ar, na água, nos alimentos, nos medicamentos, nas bebidas e no tabaco. Muitas dessas substâncias químicas são potentes agentes carcinógenos, ou seja, são substâncias que possuem a capacidade de originar uma doença neoplásica. A intensidade e o tipo de interação entre essas substâncias carcinógenas e a mucosa bucal estão relacionados a vícios sociais e individuais, ao grau de vulnerabilidade do tecido, sua programação genética e a alterações que estiverem ocorrendo na célula de ordem funcional ou anatômica (PRADO; TAVIEIRA, 2003).

De acordo com os referidos autores, estes agentes químicos têm destaque em função do amplo e inevitável contato do ser humano com os mesmos, sendo que inúmeras pesquisas realizadas no mundo preocupam-se em avaliar o potencial carcinogênico de cada uma destas substâncias químicas, especialmente aquelas utilizadas como medicamentos e nos processos industriais voltados à alimentação. Ainda segundo estes autores, os agentes químicos e os fatores carcinógenos são avaliados de maneira detalhada para que seu potencial carcinogênico seja bem estabelecido, levando-se em conta a intensidade e frequência de exposição necessária para o desenvolvimento de neoplasias.

A interação de fatores ambientais e de fatores do indivíduo pode exercer influência na aquisição de doenças, dentre estas o câncer de boca. Tais fatores, associados ao tempo de exposição, é condição básica na gênese dos tumores malignos que ocorrem na boca, sendo variada a sua influência na gênese do câncer de boca, a qual não está totalmente esclarecida, apesar da consideração que se deve ter em relação à herança genética, sexo e idade. A agressão por fatores externos, como agentes físicos, químicos e biológicos está relacionada a 80% das neoplasias (FONTES; SOUZA; ROSA, 2004). Esta relação de causa e efeito está suficientemente documentada como fator determinante para o câncer bucal (INCA, 1996-2001).

A carcinogênese do câncer bucal pode ser resultado da combinação dos fatores de risco relacionados a ele, como os fatores ambientais, que possuem relação com o estilo de vida e associados ao consumo de álcool, ao tabagismo, à dieta, não podendo

ser ignoradas as variações demográficas e o fator sócio-econômico, que determinam o estilo de vida sócio-cultural das populações (LEITE; GUERRA; MELO, 2005).

O fumo e o álcool são fatores passíveis de intervenção por programas de prevenção primária que realizem ações legislativas, educativas e econômicas com o objetivo de reduzir o acesso ou a exposição da população a esses fatores (INCA, 2002). A educação em saúde que possui olhares para a comunidade observando seu modo de vida, suas características peculiares, tende a trilhar um caminho que possibilite resultados aceitáveis

Afora a localização no lábio, induzido principalmente pela radiação solar, o câncer em outras regiões da boca acomete principalmente tabagistas, e os riscos aumentam quando o tabagista também é etilista. A nicotina é o maior constituinte do tabaco e é também responsável por causar sua dependência, sendo que o tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo, ou seja, o consumo do tabaco poderia ser mais controlado, evitando-se assim a determinação de várias doenças.

Quando as pessoas possuem a possibilidade de serem afetadas por uma doença, isto significa que elas constituem um grupo de risco, tendo em comum determinadas características chamadas fatores de risco. Sendo assim, tais pessoas apresentam as possibilidades, a vulnerabilidade para adquirir doenças, porém não necessariamente a desenvolverão, apenas têm maiores probabilidades de serem afetadas quando comparadas com a população em geral, que não apresenta estes fatores.

A existência de fatores de risco relacionados ao câncer bucal desempenha um papel relevante na determinação do elevado índice de incidência da doença. Dentre os fatores, que são considerados como marcadores de grupos de risco, estão o fumo, o álcool, fatores dietéticos (baixa ingestão de vitaminas A e C), agentes biológicos, como vírus do papiloma humano (HPV), irritação mecânica crônica, fatores ocupacionais (INCA,2002). Dentro deste grupo, o tabagismo ocupa lugar de destaque no que diz respeito à propensão ao câncer bucal.

O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra anual de 4,9 milhões, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. De acordo com pesquisa da OMS (2003), caso as atuais tendências de expansão do consumo de tabaco sejam mantidas,

esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva, entre 35 e 69 anos.

O tabaco está associado a 90% dos casos de câncer oral nos homens e a 60% em mulheres. O álcool está associado a 55% dos casos. Individualmente, esses fatores aumentam o risco de desenvolvimento do câncer da boca em duas a três vezes. Quando combinados, ambos podem aumentar o risco em 15 a 20 vezes. (INCA,2002).

2.4-Tabagismo

No Brasil, estima-se que cerca de 200.000 mortes/ano são decorrentes do tabagismo (OPAS, 2002). De acordo com o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (INCA,2004), realizado em 2002 e 2003, entre pessoas de 15 anos ou mais, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, a prevalência de tabagismo variou de 12,9 a 25,2% nas cidades estudadas. Os homens apresentaram prevalências mais elevadas do que as mulheres em todas as capitais. Em Porto Alegre, encontram-se as maiores proporções de fumantes, tanto no sexo masculino quanto no feminino, e em Aracaju, as menores. Essa pesquisa também mostrou que a concentração de fumantes é maior entre as pessoas com menos de oito anos de escolaridade do que entre pessoas com oito ou mais anos de escolaridade. Em relação à prevalência de jovens que já experimentaram ou que fazem uso de cigarro, de acordo com estudo realizado entre escolares de 12 capitais brasileiras, nos anos de 2002-2003 (INCA,2004), a prevalência do uso de cigarro nessas cidades variou de 36 a 58% no sexo masculino e de 31 a 55% no sexo feminino, enquanto a prevalência de escolares fumantes atuais variou de 11 a 27% no sexo masculino e 9 a 24% no feminino (OPAS,2002).

Dentre os fatores externos potencializadores para o câncer de boca, o fumo é um dos mais potentes agentes cancerígenos conhecidos que o ser humano introduz em seu organismo(BRASIL, 1996-2001). O tabaco é usado em todo o mundo sob diversas formas, sendo que o fumo de cigarros manufaturados é a forma mais prevalente. O uso de cachimbo e charutos é também considerado como um fator de risco importante em

cânceres bucal e de faringe. (WARNAKULASURIYA; SUTHERLAND ; SCULLY ,2005)

O tabagismo representa um problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. O tabaco é responsável pelo aumento de risco de mortes prematuras e limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer, como os de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas, bexiga, rim e colo do útero (BRASIL/MS.Pol. MS p/ atenção aos us. Álcool e outras drogas, 2003).

Além de provocar danos à saúde, o tabagismo também é a causa de problemas sociais, econômicos e ambientais. Em países desenvolvidos, são gastos com problemas de saúde relacionados ao tabagismo cerca de 6% a 15% da despesa total em saúde. Em relação ao meio ambiente, para a cura da folha de tabaco são usados pesticidas e fertilizantes no plantio, destacando também o desflorestamento necessário para sua cultura (INCA.Tabagismo como problema de Saúde Pública, 2004).

Atualmente, em países desenvolvidos, tem-se observado um ligeiro declínio da prevalência de fumantes masculinos, bem como em alguns em desenvolvimento, havendo nestes, proporcionalmente, um aumento do número de mulheres fumantes .Em países como a Austrália, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos, houve declínio no número de usuários de cigarro do sexo feminino, o mesmo não acontecendo em países desenvolvidos da Europa.(INCA, 2003).

Estudos mostram que a taxa de mortalidade do câncer da cavidade bucal é similar para qualquer forma de tabaco usada. A quantidade de tabaco utilizada por dia possui relação direta com a duração do período de exposição (relação dose-resposta), havendo uma diminuição do risco com a cessação do tabagismo (INCA, 1996-2001).

Os derivados do tabaco, como o charuto e o cachimbo, possuem as mesmas substâncias tóxicas da fumaça do cigarro, sendo que naqueles o alcatrão e o monóxido de carbono são encontrados em concentrações maiores que na fumaça do cigarro. Comparado com o fumante de cigarro, o fumante de charuto ou cachimbo tem o risco menor de desenvolver câncer de pulmão e maior para o câncer de boca (INCA.Tab. como prob. de Saúde. Púb., 2004).

O hábito de mascar fumo é extensamente propagado entre a antiga geração, principalmente em países em desenvolvimento. Na Ásia, é evidente o aumento do risco

de câncer de boca entre os mascadores de fumo quando comparados àqueles que não possuem este hábito (ZAIN, 2001). Estudos epidemiológicos confirmam que o uso do tabaco, quer fumado, mascado ou aspirado (rapé), constitui um dos principais fatores de risco do câncer na cavidade bucal (INCA,1996-2001).

O uso do tabaco sem fumaça permite a deposição de resíduos entre a bochecha e a língua, havendo um contato mais prolongado das substâncias cancerígenas com a mucosa bucal. Os consumidores de tabaco possuem um risco quatro vezes maior de desenvolver o câncer bucal, podendo este risco chegar até 50 vezes mais caso o tabaco seja consumido por longos períodos (INCA,1996-2001).

Além de sua ação carcinogênica química, o cigarro possui uma ação mecânica pelo atrito com a mucosa, provocando ainda uma agressão térmica devido às altas temperaturas da fumaça aspirada através da boca e das vias aéreas (NOGUEIRA et al, 2004).

Alguns trabalhos demonstram que o fumo passivo também pode atuar como fator de desenvolvimento do câncer (ERIKSE; LeMAISTRE; NEWELL, 2001), além de doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência coronariana, sendo considerado o fumante passivo aquelas pessoas que compartilham o mesmo ambiente fechado com fumantes e que aspiram a fumaça produzida pelo uso do cigarro através da queima do tabaco (SOUZA JUNIOR, 2006).

2.5-Alcoolismo

O álcool consiste em uma das poucas drogas cujo consumo é permitido e incentivado pela sociedade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a mortalidade e limitação da condição funcional associada ao consumo de bebidas é maior do que aquelas associadas ao tabagismo. O consumo de álcool está relacionado a 3,2 % de mortes em todo o mundo, sendo que em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, o álcool é o fator de risco que mais contribui para a carga de doenças (INCA,2004).

O alcoolismo constitui um importante fator de risco para o câncer de boca, sendo seu aparecimento mais comum no assoalho bucal e língua (INCA,1996-2001). Os

efeitos do etanol isoladamente sobre a mucosa bucal permanecem pouco esclarecidos, sobretudo devido ao baixo número de não-fumantes consumidores crônicos de bebidas alcoólicas (REIS et al 2006).

O consumo de bebidas alcoólicas aumenta cerca de 9 vezes o risco de câncer de boca, e, quando este consumo se associa ao do tabaco, o risco aumenta em 35 vezes, sendo que ao consumo excessivo de álcool são atribuídos de 2 a 4% das mortes por câncer, perfazendo 50% a 70% de todas as mortes por câncer de língua, faringe e esôfago (BRASIL/MS, 2002).

De acordo com Franco, Kowalski e Oliveira (1989), foi demonstrado como sendo um importante fator de risco o consumo de álcool etílico cumulativo, principalmente em forma de cachaça, sendo que o consumo de vinho de forma crônica é mais maléfico para o câncer de língua.

Quando o consumo de álcool é de forma crônica, realizado em grandes proporções e associado com todos os tipos de bebidas alcoólicas, o risco relativo de câncer de boca atinge índices 8,5 a 9,2 vezes maior do que o grupo não consumidor (INCA,1996-2001)

No que diz respeito ao alcoolismo, sua participação no risco de neoplasias do trato aéreo-digestivo superior foi descrita no Brasil não apenas como fator independente, mas como efeito de interação com o tabaco (SCHECHT et al 1999) potencializando assim o efeito carcinógeno, sendo porém o tabagismo o agente de maior peso neste efeito.

Agravando o problema do álcool como fator de risco para câncer, estudos no país têm apontado maior prevalência de fumantes entre as pessoas submetidas ao consumo habitual de bebidas alcoólicas (LIMA et al, 2003). Estas observações são compatíveis com a persistência de níveis mais elevados da mortalidade por câncer de boca e orofaringe para homens (BIAZECIC et al 2006).

Em resultado de pesquisa realizada por Carvalho et al 2001, ficou constatado que o álcool, isoladamente, bem como associado ao tabagismo, afetou de maneira desfavorável a incidência de carcinoma de cavidade oral, tanto em mulheres quanto nos homens, proporcionando um aumento da incidência em faixas etárias mais precoces.

2.6-Fatores dietéticos

Estudos atuais vêm demonstrando a importância da dieta como fator de risco na determinação do câncer de boca. Considerando-se ainda, que outros fatores cancerígenos não-dietéticos podem ocorrer simultaneamente, são inúmeras as possibilidades de equívocos nos estudos que envolvem fatores de risco e câncer (GARÓFOLO et al 2004).

De acordo com estudos de Glanz (1997), há evidências de que a alimentação tem um papel importante nos estágios de iniciação, promoção e propagação do câncer, destacando-se entre outros fatores de risco. Entre as mortes por câncer atribuídas a fatores ambientais, a dieta saudável contribui com cerca de 35%, seguida pelo tabaco (30%) e outros, como condições e tipo de trabalho, álcool, poluição e aditivos alimentares, os quais contribuem com menos do que 5%. Acredita-se que uma dieta adequada poderia prevenir de três a quatro milhões de casos novos de cânceres a cada ano.

Os nutrientes específicos que são responsáveis pelos mecanismos anticarcinogênicos não estão completamente identificados, sendo necessária a adoção de hábitos saudáveis, incluindo a alimentação, constituindo assim um fator de proteção contra o desenvolvimento de várias doenças, inclusive vários cânceres. (GARÓFOLO et al 2004)

Em pesquisa realizada na região metropolitana de São Paulo, Marchioni et al, 2007, investigou-se a associação dos fatores dietéticos com o câncer oral. Este estudo, do tipo caso-controle de base hospitalar, baseado em dados obtidos no município de São Paulo, buscou verificar as associações entre alimentos e grupos de alimentos e o câncer oral. Foi observado que casos de câncer oral diferiram dos controles em determinados aspectos do seu comportamento alimentar: no menor consumo de arroz e massas, feijão e vegetais crus e saladas. Esses achados foram independentes do consumo de álcool, tabagismo e demais variáveis de controle.

Como resultado deste estudo, os autores constataram o feijão como sendo fator protetor para o câncer oral, com tendência significativa para diminuição do risco com o aumento do consumo, tendo as leguminosas recebido destaque na literatura científica recentemente. Apesar disso, foi possível identificar associações entre a dieta e o câncer

oral, destacando-se o papel protetor de alimentos básicos da dieta brasileira, como o arroz e feijão. Se esse padrão é realmente favorável para a prevenção do câncer oral, é mais uma motivação para a reversão da tendência da adoção dos padrões dietéticos de sociedades afluentes, cujas conseqüências já reconhecidas são o aumento das doenças crônicas não transmissíveis.

Por outro lado, de acordo com o referido trabalho, o consumo de batatas associou-se positivamente com o câncer oral, além deste alimento também ter apresentado tendência significativa para aumento de risco de acordo com o aumento do consumo. Para o consumo de carnes quer vermelha, branca ou para o somatório de consumo de todos os tipos, não se observou associação estatisticamente significativa. Foi observada uma tendência significativa para diminuição do risco de câncer oral quanto maior o consumo de vegetais e frutas, que de acordo com os achados mais consistentes dos estudos epidemiológicos investigados, consistem em efeitos protetores para o câncer de boca. Os hábitos alimentares, tais como a inclusão de frutas e verduras na dieta, podem refletir a posição sócio-econômica e nível educacional, estando educação e renda positivamente relacionadas (MARCHIONI et al 2007).

O mineral denominado selênio, quando atua conjuntamente com a vitamina E, possui uma poderosa ação protetora para o câncer de boca. Esta substância está presente em frutas e vegetais, tendo sido provado o baixo risco de desenvolvimento de câncer de boca em indivíduos que consomem altos índices destes alimentos. Alimentos que contêm beta-caroteno, substância precursora da vitamina A e que é encontrada na cenoura, mamão, abóbora, batata doce, couve, espinafre, constituem também grande importância nutricional em se tratando do câncer bucal.(BRASIL/MS.1996- 2001).

Em estudo a respeito da influência de alimentos ricos em gordura animal como fator de risco para o câncer bucal, Toporcov, Antunes, Tavares (2004), avaliaram a frequência do consumo desses alimentos e a relação deste hábito com uma maior ou menor predisposição para o desenvolvimento de neoplasias na boca. Como resultado, foi observado que o consumo excessivo de alimentos ricos em gordura saturada pode influenciar na transformação celular, demonstrando também o efeito protetor da margarina e da manteiga consumidas quando não cozidas, talvez pelo fato da existência de vitamina A nestes alimentos.

2.7-Papilomavírus humano (HPV)

Nas últimas décadas, tem se observado um crescente aumento do número de pessoas infectadas pelo Papilomavírus Humano (HPV), tanto homens quanto mulheres. Os HPV constituem a maior causa de cânceres anogenitais, além de estarem relacionados com câncer de cabeça e pescoço, pois o DNA viral tem sido encontrado em tumores desta região (SOUZA Jr, 2006)

Nos estudos do trato genital, a prevalência está bem definida, o mesmo não acontecendo com a cavidade oral e orofaringe. Em pesquisa realizada por Castro (2004), foi constatado que a prevalência do HPV na mucosa normal apresenta resultados discrepantes, sendo confirmada a prevalência do HPV nas lesões benignas associadas ao vírus. De acordo com o autor citado, o HPV pode ser transmitido para a cavidade oral através da transmissão pelo próprio indivíduo ou pelo sexo oral.

O papilomavírus humano está associado com lesões benignas e malignas do epitélio da pele e das mucosas. Os relatos do HPV na carcinogênese oral são muito diferenciados, com taxas de infecção que variam em torno de 0 a 87%. Estudos revelam que pacientes portadores de tumores HPV positivos têm uma maior taxa de sobrevivência do que aqueles com tumores HPV negativos, fato este que coloca a identificação do HPV de suma importância (VENTURI; CABRAL; LOURENÇO, 2004).

O trabalho destes mesmos autores revela que a infecção pelo HPV parece não ter relação direta com a exposição ao álcool ou fumo, já que a mesma apresenta menor prevalência que o consumo de álcool e tabaco, podendo o HPV ser detectado tanto em tumores primários quanto em metástases, cujos resultados foram obtidos em regiões geograficamente distintas. Eles citam que, especificamente em um tipo de câncer oral, o carcinoma de células escamosas ou epidermóide, o de maior prevalência na boca, estudos demonstram que em relação à idade dos indivíduos estudados, a detecção do HPV foi maior em indivíduos jovens e do sexo masculino, sendo que todos os pacientes jovens não-fumantes e não etilistas apresentavam tumores HPV positivos. Estudos epidemiológicos mostram um aumento de câncer epidermóide em pacientes menores de 45 anos de idade, a partir da década de 80.

Um estudo mais definido a respeito da etiologia e das alterações celulares que levam à evolução dos tumores, bem como a disponibilidade de informações realizada

pela comunidade científica de maneira clara e ampla, permitirão que tais tumores sejam diagnosticados precocemente, tratados de maneira adequada e com maior possibilidade de cura e prevenção.

2.8-Irritação mecânica crônica

Um fator local que deve ser considerado de grande importância para o diagnóstico do câncer bucal é a existência de irritações mecânicas crônicas na cavidade bucal. Neste sentido, merece atenção a ação constante e prolongada sobre a mucosa bucal de próteses mal adaptadas, de câmaras de sucção nas dentaduras, usadas com a finalidade de se aumentar a retenção das mesmas e de dentes fraturados ou restos dentários. Todos estes agentes podem dar origem a lesões hiperplásicas, que constituem aumento de volume da mucosa bucal, as quais predisõem-se ao trauma constante e constituem um co-fator do desenvolvimento do câncer de boca, favorecendo assim a ação de outros carcinógenos, principalmente o álcool e tabaco (INCA, 2002).

Próteses mal adaptadas podem causar a hiperplasia fibrosa inflamatória ou traumática. As lesões pequenas podem regredir, através do ajuste da prótese, sendo que as maiores, em sua maioria, devem ser removidas e submetidas ao exame histopatológico. Uma relação causal entre irritação crônica e lesão cancerígena maligna ainda não está bem estabelecida (INCA, 2002).

2.9-Hereditariedade

As mutações ou modificações celulares herdadas representam alterações de constituição de todas as células somáticas do indivíduo afetado, que podem ser transmitidas para gerações futuras e representar um fator de predisposição ao desenvolvimento de lesões tumorais (SOUZA JUNIOR, 2006). Esta condição, porém, de acordo com o mesmo autor, torna-se responsável por uma pequena parcela das mutações verificadas em cânceres, os quais são de origem somática, originam-se espontaneamente ou surgem em função da ação de fatores ambientais.

De acordo com informações do INCA(2008), são raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos, apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese.

2-10-Fatores ocupacionais

Algumas substâncias químicas usadas na indústria podem constituir como fator de risco para trabalhadores de várias funções, sendo que o tabagismo atua como um agente potencializador para o desenvolvimento do câncer, interagindo com a capacidade cancerígena de algumas substâncias (INCA, 2008). Como nos mostra esta fonte de pesquisa, o asbesto, substância encontrada em fibras de amianto e cimento, bem como os agrotóxicos, parecem agir sobre a bexiga, sendo que exposições ocupacionais a agentes cancerígenos podem provocar lesões em regiões do corpo que entram em contato direto com os mesmos, como por exemplo a pele, as vias respiratórias , atingindo o pulmão; ou através dos aparelhos excretores destas substâncias, como a bexiga.

Andreotti et al (2006) em estudo, detectou que atividades em oficinas mecânicas, em especial o mecânico de veículos, constituem situação de risco para o câncer da boca e orofaringe, sem que haja influência do consumo de álcool ou tabaco.

A existência de inúmeros fatores determinantes para o câncer de boca, que podem ser de origem ambiental, relacionados com a hereditariedade, hábitos alimentares, de comportamento sexual, com a ocupação no trabalho e com a forma de vida dos indivíduos, remete-nos à preocupação com a possibilidade de aplicação de ações passíveis para o controle da doença.

Para o controle das doenças, faz-se necessário o conhecimento de seus fatores de risco, e, acima de tudo, a análise da possibilidade de aplicação das atitudes preventivas e promoção da saúde do indivíduo e da coletividade, no sentido de anular ou amenizar a influência destes fatores de risco na determinação dos agravos.

3. PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

As políticas de saúde no Brasil, desde a sua colonização, período da raiz histórica das doenças, percorreram uma trajetória que privilegiou as necessidades das oligarquias, os investimentos na expansão da produção, os interesses do setor privado, perpassando por caminhos trilhados através do combate de surtos endêmicos, insuficiente expansão dos sistemas de saneamento, ficando evidenciada a fragilidade das medidas sanitárias.

A partir da institucionalização da saúde na Constituição Federal de 1988, de acordo com o art. 196, que reza que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”, foi implementado o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi sistematizado pelos princípios de universalidade no atendimento; equidade; integralidade nas ações em saúde; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; fortalecimento dos municípios; descentralização da gestão administrativa; resolutividade e participação popular. Por consequência deste fato, as políticas públicas, a assistência e os modos de agir em relação à saúde passaram a sofrer um processo de mudanças, visando a uma adequação a este modelo de atenção baseado na promoção da saúde.

Nesse contexto de mudanças oficializou-se, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). Desta forma, foi exigida a participação cada vez maior de profissionais das mais variadas especialidades no campo da saúde, para que pudessem compor a Equipe de Saúde, cuja atuação estaria centrada na atenção primária voltada para a coletividade. As diretrizes da atenção à família objetivam romper com o comportamento passivo das equipes de saúde e estender suas ações para toda a comunidade, sendo que o trabalho desta equipe está referenciado em fundamentos teóricos da vigilância e promoção da saúde (ALVES, AETS, 2007).

As diretrizes da Estratégia Saúde da Família, para a implementação do PSF, têm como objetivo romper com o comportamento passivo das equipes de saúde e estender as ações de saúde para toda a comunidade, com ações interdisciplinares. As equipes são

compostas por no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários para uma população de, em média, 4000 pessoas. À equipe é também dada a responsabilidade pela população adstrita em seu território, com o resgate dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre ela e a população, reorganização da atenção básica e garantia da oferta de serviços dentro dos princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL,PSF,2003).

O trabalho das equipes de Saúde da Família está fundamentado nos referenciais teóricos da vigilância e promoção da saúde. Assim, devem atuar a partir da oferta organizada de serviços, planejando seu processo de trabalho de forma a atender não somente à demanda que vem espontaneamente aos serviços de saúde, mas, especialmente, desenvolver ações para as pessoas que ainda não conhecem ou não freqüentam o serviço de saúde. Para tanto, é necessário que conheçam o seu território, suas peculiaridades e as pessoas moradoras nessa área para que possam introduzir como rotina em seu trabalho a realização da visita domiciliar.

As equipes devem atuar na perspectiva de ampliar e fortalecer a participação popular e o processo de desenvolvimento pessoal e interpessoal. Para isso, o trabalhador em saúde deve ter disponibilidade interna de se envolver na interação com os usuários e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico e promotor da saúde. Nesse sentido, indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento de problemas e agravos a sua saúde.

Na perspectiva da promoção da saúde, as práticas educativas assumem um novo caráter uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos. No entanto, para que isso ocorra, as informações sobre saúde necessitam ser trabalhadas de forma simples e contextualizada, instrumentalizando as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de vida. Nesse sentido, Libâneo (1994) conceitua a prática educativa como o processo de prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tornem aptos a atuar no meio social e a transformá-lo.

A promoção da saúde é conceituada como sendo o processo de capacitação do indivíduo em melhorar e controlar sua saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com seu ambiente. A saúde é vista, portanto, como um meio de vida e não um objetivo.

Como foi bem pontuado na Carta de Otawa (1986) (1), a política de promoção de saúde envolve abordagens diversas, mas complementares, levando em conta as diferenças sociais, culturais e econômicas de cada país.

A promoção da saúde possibilita o enfoque de aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento como a violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e a potencialização das formas mais amplas de intervir em saúde.(MS,Política Nacional de Promoção da Saúde,2005)

Para Akerman (2002, p. 4)

Promover a saúde é promover vida. É compartilhar possibilidades para que todos possam viver seus potenciais de forma plena. É perceber a interdependência entre indivíduos, organizações e grupos populacionais e os conflitos decorrentes desta interação. É reconhecer que a cooperação, solidariedade e transparência, como práticas sociais correntes entre sujeitos, precisam ser, urgentemente, resgatadas. É compreender que promoção de saúde não é apenas um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações ou que controlem determinantes de grupos populacionais. Promover a saúde é uma imposição das circunstâncias atuais que apontam para a necessidade imperiosa de novos caminhos éticos para a sociedade.

É pertinente a adoção da promoção da saúde como opção política, fato este inexorável para se ter uma visão holística das necessidades e ansiedades da sociedade, que busca posicionar-se político-socialmente, exigindo mudanças e adequações na forma de abordagem dos problemas.

Conforme foi declarado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO,2004) foram reafirmados conceitos como sendo a saúde qualidade de vida, que é o fruto das satisfações vitais de indivíduos e da coletividade, as quais são socialmente estabelecidas, através de pactos intersubjetivos em contextos econômicos, sociais, culturais, historicamente definidos e cristalizados em contratos sociais definido-

(1) Carta de Ottawa: I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde realizada em Ottawa, Canadá, 1986, onde foi destacada a importância da promoção de saúde para todos os povos do mundo, procurando responder as expectativas por uma nova saúde pública no mundo. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=15> Acesso:09/03/08.

res de direitos e deveres, tornando a saúde um direito humano fundamental.

Conforme foi declarado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO,2004) foram reafirmados conceitos como sendo a saúde qualidade de vida, que é o fruto das satisfações vitais de indivíduos e da coletividade, as quais são socialmente estabelecidas, através de pactos intersubjetivos em contextos econômicos, sociais, culturais, historicamente definidos e cristalizados em contratos sociais definidores de direitos e deveres, tornando a saúde um direito humano fundamental.

De acordo com o Seminário de Promoção de Saúde realizado pelo Ministério da Saúde/MS (2002), em uma abordagem mais ampla, a promoção de saúde está baseada no aspecto de recuperação e fortalecimento da noção da determinação social do processo saúde-doença, bem como nos limites de abordagem do tema promoção/prevenção de saúde somente no enfoque educativo, sendo estendida a visão do processo saúde-doença não apenas por enfoque unicausal, mas levando-se em conta também fatores sociais, econômicos e ambientais.

A compreensão pela sociedade da necessidade do conhecimento da significação e aplicabilidade do termo cura e cuidado é fundamental, pois o cuidado implica na compreensão do ser humano nos seus direitos, na sua especificidade, na sua integralidade (OPAS, 2008). Assim, de acordo com a referida entidade, mudanças no conceito de promoção da saúde devem acontecer, pois “orientar-se pelo cuidado é romper com a lógica de formação excessivamente baseada na hegemonia biomédica, no autoritarismo das relações, no poder construído a partir de um saber que silencia outros e coisifica os sujeitos.”

O envolvimento da população tornou-se atualmente um fator preponderante na efetividade dos projetos no campo social. O potencial de participação comunitária necessita ser organizado em redes sociais para que se possa enfrentar o desafio da sistematização de propostas, e também para que se possa conhecer e aprender com outros saberes e experiências.

Uma estratégia que auxilia na determinação e resolução dos problemas de uma comunidade seria a Educação Popular. Ela surgiu no final da década de 50, através do interesse de intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica, que sofreram influência do humanismo personalista na Europa, e se voltaram para questões populares (VASCONCELOS, 2004). Nela, busca-se trabalhar pedagogicamente os grupos

envolvidos na sociedade, realizando formas coletivas de aprendizado e investigação, através da problematização daquilo que incomoda ou oprime o indivíduo ou a sua comunidade.

De acordo com Vasconcelos (2004), na aplicação da Educação Popular, as questões referentes à saúde, sofrem uma reorientação das práticas ali realizadas, o que tem contribuído na superação do biologicismo, ou seja, na busca das causas sociais das enfermidades, no combate ao autoritarismo do doutor, onde há um desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares e da imposição da aplicação de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais que dominam a medicina atual.

Alves (2005) relata ter surgido o movimento da Educação Popular em Saúde, em decorrência da insatisfação de alguns profissionais de saúde pela prática vigente, causando um rompimento com a verticalidade da relação profissional-usuário. Em contraposição à passividade usual das práticas educativas tradicionais, são valorizadas as relações interpessoais, buscando-se, através de diálogos, a compreensão do saber popular. Através do diálogo, em uma interlocução com o serviço de saúde, é possível o desenvolvimento de uma análise crítica acerca da realidade, o que possibilita a visualização e luta pelas reais necessidades da comunidade.

Neste sentido, a mesma autora propõe, de acordo com a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), a reorganização da atenção básica, das práticas de saúde, bem como da reorientação do modelo assistencial. Dentro deste processo, renova-se a adoção de uma nova postura no que diz respeito à visão ampliada do processo saúde-doença, com assistência integral e continuada, numa ruptura de práticas convencionais e hegemônicas de saúde.

Para Franco (2007), o investimento em programas educacionais em saúde tem sido convertido em mudanças significativas nas práticas de cuidado. O autor sugere o direcionamento das práticas pedagógicas aos sujeitos implicados com a produção do cuidado, que trabalhariam em busca de melhor compreensão por parte dos mesmos do significado da saúde e da doença e, principalmente, com as subjetividades que envolvem este processo. Assim, haveria a possibilidade do desenvolvimento de metodologias ligadas à educação permanente em saúde.

Neste contexto, Ceccin (2005,p.163-164), define e defende que:

A introdução da Educação Permanente em Saúde seria estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde.

Os processos de mudança perpassam obrigatoriamente pela Educação Permanente em Saúde, através da qual são estreitadas as relações usuário-profissional na busca da compreensão e resolução dos problemas com uso crítico e otimizado das tecnologias a serviço da saúde.

L'abbate (1994), delinea a Educação em Saúde como “um campo de práticas que se dão ao nível das relações sociais, normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades” (p.482). De acordo com a autora, a utilização deste instrumento requer atitudes no âmbito pessoal e profissional, institucional e político.

Apesar da mudança do paradigma da promoção de saúde, os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade dos serviços de saúde com qualidade, atenção humanizada, não têm sido cumpridos, já que os serviços prestados nas Unidades de Saúde ainda são muito desenvolvidos baseando-se na ênfase às ações curativas, de forma individual, fragmentadas e com pouca resolutividade (MS, Sem. Prom. Saúde, 2002).

As ações em saúde realizadas no país constituem em uma prática médica descontextualizada da realidade dos cidadãos. As atuais práticas de informação, por se fundarem numa perspectiva objetiva, não consideram as dimensões culturais, subjetivas, emocionais e espirituais da vida, saúde e adoecimento humano, dado este que coloca o usuário em situação de exclusão, já que são desconsideradas suas vivências e seus saberes. De acordo com Buchabqui;Capp e Petuco (2006), “saúde é filosofia, é ideologia e é política” (p.33), e seus cuidados nada possuem de objetividade. Desta maneira, a saúde não deve ser considerada e abordada apenas no contexto da ausência de doença, e sim colocada como um fator determinante na representação social do sujeito, que participa do processo de produção, e de seu modo de vida dentro da sociedade.

Constituindo uma proposta, o Ministério da Saúde, juntamente com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), possui um programa denominado Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. O INCA coordena e executa-o em âmbito nacional, “visando à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças relacionadas ao tabaco no país.” (BRASIL/MS/INCA, 2009). Propõe-se a adesão do município de Itabira a este programa que, através da Secretaria Estadual de Saúde, poderia se estruturar, capacitar recursos humanos para a implantação do programa em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho. O referido programa possui como estratégias a ação sobre a prevenção da iniciação ao tabagismo, sendo o público alvo as crianças e os adolescentes; ações que estimulem o cessar de fumar; ações onde são inseridas medidas de proteção à saúde aos não fumantes da exposição à fumaça em lugares fechados, e finalizando, medidas que regulem os produtos de tabaco e sua comercialização. É importante que o município garanta recursos suficientes para a implantação das ações de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce, assistência, recuperação e reinserção social de pacientes com diagnóstico de câncer bucal, sob a coordenação da Saúde Bucal.

3.1-Ações preventivas e de promoção de saúde bucal

Após o descobrimento do Brasil, foram necessários cem anos para a efetivação de seu povoamento, passando assim a existir os praticantes de ofícios, dentre eles aqueles que possuíam a arte de curar. Nos séculos dezesseis e dezessete, a prática dentária era muito rudimentar, voltada principalmente para o alívio da dor de dente, resolvida através de remédios caseiros e fórmulas secretas, em geral comercializadas por charlatões, e pela extração dentária. Nesta época, os problemas dentários tinham pouca incidência, não constituindo um grande problema para a sociedade (CARVALHO, 2003).

Ainda de acordo com Carvalho (2003), somente no século XIX, com o início da industrialização e aumento do consumo do açúcar, é que os problemas dentários, em especial a cárie dentária, passaram a ser motivo de preocupação como um fator relevante e ameaçador para a saúde bucal, refletindo desta forma na definição das

profissões no Brasil, tanto em relação ao sistema formador como nos mecanismos de controle e organização do exercício profissional.

No que tange à assistência odontológica no campo da saúde pública no Brasil, o modelo biomédico centrado na doença foi reproduzido até meados do século XX. As atitudes preventivas não eram priorizadas, com ações na sua maioria de cunho “mecânico”, “protético” e “mutilador.”

Com os altos índices da cárie dental, doença bucal de maior prevalência, foi necessário que se buscassem novas formas de atenção à saúde bucal, numa tentativa de diminuição destes índices, através da criação de modelos de assistência:

QUADRO 1: História dos modelos assistenciais na saúde bucal brasileira

Odontologia Sanitária e Sistema Incremental	Odontologia Simplificada e Odontologia Integral	Programa Inversão da Atenção- PIA
<p>Modelo que priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com um enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas do ponto de vista anatômico. Marca o início da lógica organizativa e de programação para assistência odontológica, mas, com abrangência predominante a escolares de 6-14 anos. Introduz algumas medidas preventivas e, mais recentemente, pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos.</p>	<p>Instituído ao final dos anos 70, enfatizou a mudança dos espaços de trabalho. Suas principais características foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar.</p>	<p>Sua principal característica baseava-se em intervir antes e controlar depois. Por meio de sua matriz programática, buscou adaptar-se ao SUS, porém sem preocupação com a participação comunitária. Estabeleceu um modelo centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio. Contava, para isto, com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias modernas (escandinavas), mudança de “cura” para “controle” e ênfase no auto-controle, em ações de caráter preventivo promocional.</p>

FONTE: Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica-Saúde Bucal-2006

A adequação dos modelos assistenciais da saúde bucal deu-se em função do momento político em que estava inserido o país e das modificações que foram ocorrendo concomitantemente na assistência à saúde. Porém, a partir da implementação

do SUS, a inserção da saúde bucal e de suas práticas não acompanhou o processo de organização dos outros serviços de saúde.

A constituição da Equipe de Saúde da Família, que desde a implementação do PSF em 1994. excluía o cirurgião-dentista, em 2001 passou a considerá-lo como integrante da mesma. Apenas em 2004, foram publicadas pelo Ministério da Saúde, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde, para organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS.

Tendo sido o PSF criado como uma estratégia de reorientação das práticas sanitárias no Brasil, a inclusão da saúde bucal nesta estratégia de trabalho constituiu um avanço na reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica, representando a incorporação do conceito de saúde bucal como um componente da saúde em seu sentido mais amplo.

Como integrante da Equipe Saúde da Família (ESF), a assistência odontológica tem o papel de realizar o planejamento das atividades odontológicas, a começar pela utilização da Epidemiologia, com o objetivo de se conhecer o perfil da distribuição das doenças bucais, avaliação das medidas adotadas e das necessárias para ações futuras (BRASIL/ MS,2006). Desta maneira, poderão ser identificados os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde para que possam ser desenvolvidas ações prioritárias. (MS, Diretrizes da Política Nacional de Saúde, 2004).

Na Atenção Básica ou Atenção Primária, o Ministério da Saúde determinou como sendo um importante pilar responsável pela sustentação das ações de prevenção e promoção da saúde “um conjunto de ações, individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”(BRASIL/MS, Atenção Básica-Saúde Bucal, 2006).

Para ampliação do acesso aos serviços de atenção odontológica, foram levantadas propostas pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde (2004), abrangendo formas de inserção de grupos de usuários segundo as linhas de cuidado ou condição de vida, destacando-se as especificidades próprias da idade, como saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, como linhas do cuidado; e como condição de vida como a saúde da mulher, do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos.

Na promoção da saúde bucal, além da realização dos procedimentos clínicos, estão incluídas as práticas de saúde coletiva, direcionadas a todas as pessoas da comunidade, as oportunidades de acesso à água tratada e fluoretada, e o uso de pasta de dente com flúor. São também implementadas abordagens sobre os fatores de risco das doenças bucais, bem como outros agravos como hipertensão, diabetes, obesidade, trauma, câncer, bem como abordagens comunitárias sobre o auto-cuidado, higiene corporal e bucal, contra o tabagismo e prevenção de acidentes. (MS, Diretrizes da Política Nacional de Saúde, 2004).

À Equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica, são delegadas ações de integração de natureza intersetorial, que se relacionam com outros setores que não o da saúde em prol da saúde coletiva, e as ações educativas coletivas incluindo a população, grupos operativos, famílias, indivíduos.

A Saúde Bucal, a partir da II Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1993, passou a ser considerada como sendo um indiscutível integrante do indivíduo como um todo, estando incluída em seu contexto sócio-econômico-cultural.

Com uma compreensão ampliada do processo saúde /doença, faz-se necessária a intervenção que transpõe o setor saúde, com a integração de diferentes áreas de conhecimento que possam estar atingindo todos os setores ligados à melhoria da qualidade de vida do indivíduo ou comunidade.

Assim, podemos considerar que:

“As ações intersetoriais estão ligadas à necessidade de adoção de uma prática de saúde pública em lugar de uma abordagem apenas individual, representando um esforço para mudar circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde coletivamente para que conduzam a ambientes saudáveis” (MINAS GERAIS,2006,p. 79).

Como ações intersetoriais em saúde bucal, podemos citar a melhoria da qualidade de vida como um importante meio de promoção da saúde bucal a partir do momento em que há uma estreita relação entre privação social e doenças bucais. O

incentivo à fluoretação das águas de abastecimento, o acesso facilitado à escova e pasta fluoretada, à escovação em escolas, creches, ambientes de trabalho; o estímulo ao cessar do tabagismo e etilismo e à formação de hábitos alimentares saudáveis, também constituem relevantes ações intersetoriais passíveis de serem realizadas através da saúde bucal.

Em relação à educação em saúde bucal, podemos enfatizar que:

“ O objetivo principal da educação em saúde bucal é o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença. Deve fortalecer instrumentos, apoio e orientação ao usuário para se tornar independente na condução de seus hábitos, no conhecimento do seu corpo, no acompanhamento e manutenção da sua saúde bucal, e para acessar serviço de saúde quando julgar necessário”(MINAS GERAIS,2006,p. 80).

A educação em saúde bucal, tradicionalmente praticada de maneira unilateral, autoritária por parte dos profissionais e recebida passivamente pelo usuário, destaca-se por propor uma maior participação do mesmo como colaborador, com participação ativa na discussão de seus problemas de saúde, onde haja uma troca de conhecimentos, com possibilidades de mudanças.

O processo de educação em saúde coloca o profissional em uma postura de integração à realidade das pessoas, com respeito aos hábitos culturais, às suas condições de vida, seu trabalho, de forma individual ou coletiva.

A promoção da saúde bucal é realizada principalmente pela Equipe de Saúde Bucal (ESB), integrada pelo Cirurgião-Dentista (CD), Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), os quais possuem atribuições específicas. A todos os integrantes cabe o papel de compreender, conhecer questionar, em um conjunto de ações e responsabilidades compartilhadas. Ao cirurgião-dentista, cabe as tarefas, além do diagnosticar e da realização de procedimentos clínicos, as de planejamento, organização, supervisão e avaliação das ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal. O Auxiliar de Saúde Bucal e o Técnico em Saúde Bucal, além de auxílio clínico ao dentista, possuem a responsabilidade de execução das ações

coletivas, podendo o Técnico em Saúde Bucal atuar na realização de procedimentos individuais de prevenção e promoção da saúde. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) conta com a possibilidade, através das contínuas visitas domiciliares, de realizar ações educativas nas famílias, juntamente com os membros da ESB.

A todos os integrantes da ESB, é designada a função de:

“Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar” (BRASIL,MS,2006, p.21).

Constituindo importante etapa no processo de promoção em saúde, a integração dos profissionais dentro da Equipe de Saúde da Família (ESF), é um desafio aos seus integrantes e à reorganização do serviço, devido à natureza histórica e cultural da formação de alguns profissionais, centrada no modelo biomédico de atenção à saúde.

3.2-Ações preventivas e de promoção de saúde do câncer bucal

Através da Declaração de Creta (2) sobre Prevenção do Câncer Bucal em 2005, em decorrência da preocupação quanto às políticas de saúde relacionadas ao câncer bucal, foram elaboradas algumas sugestões para o desenvolvimento de trabalhos nesta direção. Dentre estas sugestões, podemos ressaltar a realização de provisão de informação epidemiológica sobre prevalência do câncer bucal e fatores de risco nos países, principalmente nos países subdesenvolvidos; a promoção de pesquisa sobre os fatores biológicos, comportamentais e psicosociais no câncer bucal, enfatizando a interrelação entre saúde bucal e saúde geral; a disseminação de informação a respeito

2) Declaração de Creta (2005): Carta elaborada por órgãos internacionais de saúde na ilha de Creta, na Grécia, na qual os participantes expressam a preocupação quanto à negligência nas políticas de saúde implicadas no câncer bucal, o que afeta principalmente os países em desenvolvimento com baixo proveito de programas preventivos e serviços de saúde bucal. (LEITE; GUERRA, 2005).

desta patologia, enfatizando a necessidade da prevenção e dos cuidados relativos a ela através dos meios de comunicação.

Por fim, foram citados como fatores relevantes a busca de diretrizes para estimular o envolvimento ativo de profissionais habilitados da saúde na prevenção do câncer bucal por meio do controle dos fatores de risco tais como, tabaco, álcool e dieta, bem como o empenho pela facilidade de informações e acesso aos serviços de saúde e provisão de sistemas para detecção e para a intervenção em seu estágio inicial, cuidados bucais e promoção de saúde (LEITE;GUERRA,2005).

Segundo a OMS, prevenir o câncer significa reduzir ao mínimo ou eliminar os efeitos dos agentes carcinogênicos (SOUZA JUNIOR, 2006). O fato de minimizar a exposição do indivíduo aos fatores de risco seria um caminho para a diminuição da incidência do câncer de boca.

Souza Júnior (2006), relata também serem importantes ações para inclusão social no que diz respeito ao estímulo à adoção de uma dieta saudável, bem como de políticas que desestimulem o consumo de álcool e tabaco, fundamentais para a redução da incidência do câncer de boca. O autor ressalta também a necessidade de um maior acesso às informações relativas às bases carcinogênicas dos agentes ambientais, o que permitirá uma maior acesso às informações relativas às bases carcinogênicas dos agentes ambientais, o que permitirá uma maior conscientização da população a respeito do efeito nocivo destes agentes, o que poderá provocar uma mudança de comportamento do indivíduo.

Para a realização de ações efetivas de prevenção e promoção de saúde na atenção ao câncer bucal, faz-se necessária a aplicação de níveis de hierarquização de atividades para a integração e racionalização dos serviços. Para tal, são definidos os seguintes níveis e suas respectivas atribuições, de acordo com o quadro a seguir:

QUADRO 2: Níveis de hierarquização de atividades na prevenção e promoção em saúde para o câncer bucal

NÍVEL DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO	NÍVEL DE ATENDIMENTO SECUNDÁRIO	NÍVEL DE ATENDIMENTO TERCIÁRIO/QUATERNÁRIO
<p>Conceito: Especializado em educação para a saúde, onde se fornecem informações gerais sobre hábitos saudáveis de vida, e dá-se o entendimento multidisciplinar, visando a prevenção de doenças, com base em profissionais qualificados em prevenção e diagnóstico precoce e dispondo de equipamentos de complexidade mínima.</p> <p>Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de reuniões educativas (palestras, grupos de reflexão, mostra de vídeos, etc) sobre o câncer, visando à mobilização e conscientização para o auto-cuidado, à importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de boca, à quebra de preconceitos e à diminuição do medo da doença. - Realização de reuniões específicas para o ensino e estímulo ao auto-exame da boca e para explanações a respeito dos fatores de risco de câncer de boca. - Realização de exames da cavidade bucal, além de cuidados gerais de saúde bucal, podendo inclusive estar incluído neste momento o tratamento dentário. Havendo casos suspeitos, os mesmos serão encaminhados ao nível secundário de atendimento. <p>Perfil do profissional: Pessoal de nível médio ou técnico envolvido em qualquer atividade de saúde pública ou comunitária, dentista, clínico geral, assistente social, enfermeiro e pedagogo.</p> <p>Estabelecimentos: Consultórios dentários e médicos de postos de saúde, escolas, igrejas, centros comunitários, sindicatos, etc.</p>	<p>Conceito: Nível que exige a atuação de profissionais com maior formação para realizar especificamente o exame de boca para avaliar e proceder ao diagnóstico de uma lesão caso exista.</p> <p>Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar a orientação sobre mudanças de hábitos de vida que expõem os indivíduos a fatores de risco, remover lesões precursoras do câncer e de fatores irritativos, como próteses desajustadas ou fraturadas. - Realização de exame da cavidade bucal pelo profissional e detecção de lesões suspeitas, submetendo o indivíduo à biópsia, realizando também o tratamento de lesões benignas simples. - O encaminhamento dos casos de alta suspeita e de câncer confirmados serão feitos para o nível terciário, havendo também o controle de casos tratados. <p>Perfil do profissional: Clínico geral, enfermeiro, otorrinolaringologista e cirurgião-dentista (profissional responsável pelo diagnóstico precoce na cavidade oral).</p> <p>Estabelecimentos: Centros de saúde, unidades mistas, clínicas, ambulatórios, consultórios médicos e odontológicos.</p>	<p>Conceito: Nível em que é realizado o tratamento de lesões benignas complexas e do câncer de boca. É um nível que necessita de profissionais treinados em diversas áreas, compondo assim a equipe multiprofissional.</p> <p>Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de exame da cavidade bucal, diagnóstico clínico, diagnóstico patológico e estadiamento. É feita a biópsia e o diagnóstico complementar, inclusive de lesões metastáticas, como por exemplo as linfonodomegalias. - São realizadas as cirurgias, quimioterapia e radioterapia, com os respectivos segmentos dos casos tratados. - A reabilitação física e psicológica, objetivando bons resultados terapêuticos com mínimos efeitos colaterais e a reintegração do indivíduo aos seus ambientes familiar, social e ocupacional, sempre que for possível, nos casos de lesões operáveis ou extensas. <p>Perfil do profissional: Cirurgião de cabeça e pescoço, cirurgião-dentista especialista em cirurgia buco-maxilofacial, prótese buco-maxilofacial e estomatologia, radioterapeuta, oncologista clínico, enfermeiro, cirurgião plástico, psicólogo, fonaudólogo, protético, etc.</p> <p>Estabelecimentos: Hospitais gerais com serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Radioterapia, Oncologia Clínica, Cirurgia Plástica, ou hospitais especializados no tratamento do câncer.</p>

Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, INCA- Falando sobre o câncer da boca, 2002.

No que diz respeito a ações de controle do câncer de boca, no Brasil este enfoque consiste fundamentalmente em programas e medidas de combate ao tabaco e álcool, visando a redução de vários outros agravos provenientes do uso constante destas substâncias. O exame clínico da boca de forma substancial, efetiva e compromissada, como parte integrante de uma política preventiva e de promoção de saúde para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos, é uma estratégia de prevenção secundária intuitiva e atraente, para que se possa realizar o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e, assim, possibilitar um melhor prognóstico por meio da pronta e efetiva intervenção terapêutica (ANTUNES, TOPORCOV, WÜNSCH FILHO, 2007).

Guerra *et al* (2005) destacam a importância das atividades de controle do uso de tabaco, redução de consumo de álcool e estímulo à dieta com qualidade nutricional e à prática de atividades físicas regulares, no intuito de eliminar ou minimizar os fatores de risco associados ao câncer e a várias outras doenças crônicas não transmissíveis. Considerando a realidade do Brasil, que faz parte do grupo dos países em desenvolvimento, onde as políticas públicas de saúde se encontram em fase de transição de modelo de assistência e, levando-se em conta as diversidades regionais, sócio-econômicas e culturais, intervenções educativas visando ao controle da doença e à promoção da saúde ainda se encontram em patamares aquém das reais necessidades da população.

Para uma maior organização e desenvolvimento das ações de prevenção de câncer bucal, o Ministério da Saúde preconiza:

a) “realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade, mediante negociação e pactuação com representantes das três esferas do governo”;

b) “oferecer oportunidades de identificação de lesões (busca ativa) seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (por exemplo, vacinação de idosos)”;

c) “acompanhar casos suspeitos e confirmados através da

definição e, se necessário, criação de um serviço de referência, garantindo-se o tratamento e reabilitação”;

d)“estabelecer parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer bucal com Universidades e outras organizações.”(BRASIL,MS, 2004,p.11)

Na Atenção Básica, são detectadas as necessidades, as quais são encaminhadas e acompanhadas sua evolução.Os níveis de hierarquização de atividades na prevenção e promoção da saúde para o câncer de boca definidos no **Quadro 2** estão inseridos no planejamento e desenvolvimento das ações, em uma busca constante de ampliação das ofertas e qualidade dos serviços prestados.

Para a prevenção do câncer de boca e promoção da saúde dos indivíduos, poderão ser realizadas as seguintes abordagens:

3.2.1: Ações individuais:

- Realização de exame rotineiro das mucosas da boca em todos os pacientes que forem receber tratamento odontológico, independentemente de sua vulnerabilidade ou não;
- Em pacientes vulneráveis (homens com idade superior a 50 anos, tabagistas e/ou etilistas), realizar exames periódicos , colocando-os cientes dos malefícios do fumo e encorajando-os a deixar este vício;
- Realizar exames periódicos em pacientes portadores de prótese;
- Estimular o auto-conhecimento da boca com a prática constante do auto-exame.
- Realização de ações que estimulem o hábito da higienização da boca para que o mesmo seja reconhecido como etapa importante na prevenção das doenças orais.

3.2.2: Ações coletivas:

-Realização de rastreamento em massa das lesões bucais, como medida de prevenção secundária, para identificação de lesões malignas e pré-malignas, para se identificar indivíduos mais vulneráveis, oferecendo assim assistência mais precoce e reduzindo danos;

-Realização de ações individuais e coletivas para prevenção e detecção precoce de lesões nas mucosas da boca para todas as faixas etárias e estímulo ao exame da cavidade bucal pelos profissionais de saúde;

-Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para que os mesmos possam contribuir na busca de pacientes com suspeita da doença nas visitas domiciliares;

-Sensibilizar os usuários na participação de palestras demonstrativas a respeito do câncer de boca e da importância de sua prevenção, bem como estimulá-los a sua participar das discussões;

-Buscar parcerias com outras categorias profissionais dentro das Unidades de Saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, para que possam estar contribuindo, dentro das suas atividades, na detecção de problemas bucais e no controle do tabagismo. Em relação ao tabagismo, cabe aos membros das Unidades Básicas de Saúde (UBS), indagar rotineiramente aos pacientes sobre o consumo e exposição à fumaça do tabaco, com o aconselhamento sobre como deixar de fumar e assegurar o acompanhamento da abstinência.

-Elaboração de cartilhas educativas de prevenção à saúde bucal a serem distribuídas em escolas, Unidades de Saúde, empresas e à população em geral.

O Ministério da Saúde, juntamente com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), possui um programa denominado Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. O INCA coordena e executa-o em âmbito nacional, “visando à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas no país.” (INCA,2009). Propõe-se a adesão do município de Itabira a este programa que, através da Secretaria Estadual de Saúde, poderia se estruturar, capacitar recursos humanos para a implantação do programa em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho. O referido programa possui como estratégias a ação sobre a prevenção da iniciação ao tabagismo, sendo o público alvo as crianças e os adolescentes; ações que estimulem o

cessar de fumar; ações onde são inseridas medidas de proteção à saúde aos não fumantes da exposição à fumaça em lugares fechados, e finalizando, medidas que regulem os produtos de tabaco e sua comercialização. É importante que o município garanta recursos suficientes para a implantação das ações de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce, assistência, recuperação e reinserção social de pacientes com diagnóstico de câncer bucal, sob a coordenação da Saúde Bucal.

O diagnóstico precoce e prevenção do câncer da boca se relaciona com fatores dos mais diversos, ligados a órgãos governamentais, atitudes multiprofissionais, setores que não os da saúde. Neste trabalho, procuramos analisar as atitudes preventivas de cirurgiões-dentistas inseridos nas Unidades Básicas de Saúde tendo como foco principal o câncer bucal, utilizando dados objetivos de suas respostas em questionários e a interpretação de depoimentos de alguns participantes.

4.OBJETIVOS

4.1-Objetivo geral:

- Identificar em cirurgiões-dentistas que trabalham na atenção básica a existência ou não de ações preventivas relativas aos pacientes adultos vulneráveis ao câncer de boca.

4.2-Objetivos específicos:

-Identificar quais são as ações preventivas utilizadas mais frequentemente pelos cirurgiões-dentistas;

-Caracterizar dados relativos ao perfil profissional dos cirurgiões-dentistas pesquisados.

5.METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada utilizando-se o método de pesquisa quantitativo, feito através de questionários, e do método qualitativo, com a realização de entrevistas aos participantes.

A pesquisa qualitativa busca trabalhar com dados não quantificáveis e intenciona uma explicitação da realidade pesquisada ou uma intervenção em ambientes caracterizados por práticas sociais (ANASTÁCIO, 2006). Este tipo de pesquisa procura entender um fenômeno específico em profundidade. Ao invés de estatísticas, regras e outras generalizações, ela trabalha com descrições, comparações e interpretações, sendo mais participativa e, portanto, menos controlável, onde o entrevistador é figura indispensável.

De acordo com Goldenberg (2004), para a pesquisa qualitativa a representatividade numérica não se constitui como o objetivo maior, mas sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social ou de uma organização. Assim, segundo a autora, os pesquisadores qualitativos são contrários ao modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, já que não cabe ao mesmo realizar julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa, apesar de sabermos que a neutralidade absoluta do pesquisador em sua totalidade inexistente.

O método quantitativo é nutrido com dados objetivos e quantificáveis, permitindo avaliar a importância, a gravidade, risco e tendências de agravos e ameaças, tratando de probabilidades, associações estatisticamente significantes, importantes para se conhecer uma realidade (CODATO ; NAKAMA, 2006)

Em uma interação entre os métodos qualitativos e quantitativos para a realização da análise do conteúdo da pesquisa, nos será permitida a obtenção de uma idéia mais ampla da complexidade do problema abordado, permitindo a investigação de diferentes questões e situações, utilizando-se fontes documentais, questionários, escalas, dentre outros instrumentos formais que possam ser analisados através de recursos metodológicos de ambos os modelos de pesquisa. Como bem coloca Goldenberg (2004, p.63), “os métodos qualitativos e quantitativos, nesta perspectiva, deixam de ser percebidos como opostos para serem vistos como complementares.”

O projeto, após ter sido aprovado pela Banca Examinadora, foi encaminhado, submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC – e aprovado pelo mesmo.

5.1-Contexto do Locus de Pesquisa e descrição dos participantes

Itabira é uma cidade cuja atividade principal consiste no extrativismo do minério de ferro. Possui aproximadamente 110.000 habitantes. No que se refere ao sistema de saúde pública, possui 27 Unidades de atendimento ao Programa de Saúde da Família (PSF). A Equipe de Saúde Bucal (ESB) se encontra inserida em 21 unidades de PSF, com projetos para expansão deste número. Dentre estas ESB, duas se encontram localizadas em distritos da cidade, considerados como zona rural, além de mais duas outras equipes que também estão incluídas na zona rural, sendo 17 ESB atuando na área urbana da cidade.

Este estudo deveria ser realizado com a participação de todos os cirurgiões-dentistas das ESB, ou seja, 21 profissionais, totalizando aqueles que atuam na atenção básica. Porém, não foi realizado em sua totalidade de profissionais por estar uma Unidade sendo ocupada por esta pesquisadora e por ter sido recém inaugurada outra Unidade, não havendo tempo hábil para incluir o seu odontólogo como participante da mesma.

No total, participaram 19 colaboradores, sendo três do sexo masculino e 16 do sexo feminino. Inicialmente eles preencheram uma ficha de identificação pessoal e profissional, respondendo a seguir a um questionário. Posteriormente, foram retirados quatro para compor o grupo amostral do total dos participantes, os quais foram entrevistados individualmente, utilizando-se como critério dois participantes que possuem maior tempo de conclusão do curso de graduação, e dois com menor tempo de graduação em Odontologia. Foram identificados dois com menor tempo de conclusão no mesmo ano, tendo sido o critério de desempate o sorteio. A identificação dos participantes selecionados para a entrevista foi feita de maneira aleatória, tendo-se como referência as quatro primeiras letras do alfabeto, de A a D.

A escolha destes díspares anos de formação acadêmica para a realização das entrevistas se justifica pela própria realidade da estrutura curricular adotada pela grande

maioria das faculdades de Odontologia. O enfoque dado à prevenção e promoção de saúde em diferentes fases da política de saúde brasileira, aliado ao seu momento político, reflete na filosofia de trabalho das academias. A valorização dos recursos tecnológicos em busca de soluções para os problemas de saúde bucal incentivou o emprego destas descobertas tecnológicas em função de uma prática individualista, fragmentada, puramente técnica, originária nas faculdades e disseminada na prática cotidiana dos cirurgiões-dentistas.

Coincidindo com o período da implementação da nova Constituição Federal e como reflexo da mesma a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as teorias de atenção à saúde ganharam um novo enfoque, obtendo um cunho de caráter coletivo e com uma maior preocupação com a saúde e a qualidade de vida das pessoas, numa contextualização da saúde com o modo de vida do indivíduo.

Diante desta nova visão de atenção à saúde, supõe-se que as universidades não mais poderiam desviar seus olhares e ignorar a necessidade de mudanças estruturais em seus currículos, colocando como essenciais disciplinas voltadas para as Ciências Sociais, com o propósito de formar profissionais com características humanistas, com maior capacidade crítica, de reflexão e de realização de transformações sociais.

5.2-Instrumentos e materiais

Para a realização da pesquisa, foram utilizados como instrumentos a ficha de identificação pessoal e profissional do cirurgião-dentista (Apêndice A), e aplicação dos questionários (Apêndice B), recursos estes que nos possibilitaram gerar dados que contemplaram a identificação de cada participante, considerando aspectos tanto pessoais quanto de sua trajetória profissional.

Foi também utilizado roteiro de entrevista (Apêndice C) para ser aplicado no grupo amostral conforme apresentado.

5.3-Procedimentos

A ficha de identificação pessoal e profissional, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a devida autorização do órgão público competente, foram entregues aos participantes pessoalmente, e devolvidos através dos malotes conduzidos pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Itabira-MG.

A realização das entrevistas foi pré-agendada e realizada dentro das próprias Unidades de Saúde dos participantes, após o expediente de trabalho dos mesmos. As entrevistas foram feitas em um ambiente tranquilo, sem interrupções, o que nos permitiu uma coleta das falas de maneira fidedigna. No momento das entrevistas, a fala dos sujeitos foi gravada através de um gravador tradicional, utilizando-se fita K-7. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas em sua íntegra e analisadas de forma detalhada e exaustiva.

5.4-Proposta de análise dos resultados

Como recurso para análise dos dados gerados pela pesquisa, foi utilizada a proposta de análise de conteúdo sugerida por Franco (2007) e Bardin (1977), na qual os autores se preocupam com o conteúdo das mensagens, dos enunciados do discurso e das informações dadas pelos participantes, através das fichas de identificação pessoal e profissional, dos questionários e do roteiro das entrevistas aplicados durante a realização da pesquisa.

Recursos por estatística descritiva foram utilizados, para que fosse feita análise dos dados gerados, contribuindo para que obtivéssemos resultados mais precisos dos dados coletados.

6.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada com 19 cirurgiões-dentistas que atuam nas Equipes de Saúde da Família da cidade de Itabira-MG. Após a realização das entrevistas, foi realizada a tabulação dos dados obtidos.

QUADRO 3-Ficha de identificação do perfil do cirurgião-dentista

PARTICIPANTES	IDADE	SEXO	RELIGIÃO	EST. CIVIL
1	32	Masculino	Católica	Casado
2	39	Feminino	Católica	Solteira
3	31	Feminino	Católica	Solteira
4	49	Feminino	Católica	Casada
5	26	Feminino	Católica	Solteira
6	29	Feminino	Católica	Casada
7	29	Feminino	Católica	Casada
8	54	Feminino	Católica	Casada
9	35	Feminino	Católica	Solteira
10	29	Feminino	Católica	Casada
11	36	Feminino	Católica	Solteira
12	54	Feminino	Católica	Casada
13	25	Feminino	Não relacionou	Solteira
14	32	Feminino	Católica	Casada
15	36	Masculino	Católica	Solteiro
16	41	Masculino	Católica	Casado
17	36	Feminino	Católica	Casada
18	26	Feminino	Católica	Solteira
19	26	Feminino	Espírita	Solteira

A pesquisa mostra que a idade média dos participantes é de 35 anos. Destes, 16 eram do sexo feminino, correspondendo a 84,2% e três do sexo masculino, ou seja, 15,8% do total. Em relação à religião, verificou-se que 17 dos participantes pertencem à religião católica, o equivalente a 89,5%, um à espírita (5,25%) e um não relacionou a religião (5,25%). Ao que tange ao estado civil, 10 são casados (52,6%) e nove solteiros (47,4%). Os fatores relativos à religião e estado civil são avaliados em pesquisas científicas, pois os mesmos podem ser significativos nas respostas dos participantes, podendo influenciar no comportamento humano e formação de sua identidade.

QUADRO 4-Formação Profissional

PARTICIPANTES	INSTITUIÇÃO	ANO GRADUAÇÃO	CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO	
1	UNINCOR(Universidade Vale do Rio Verde)	2000	Especialização em Pac.com Nec. Especiais	São Leopoldo Mandic
2	Faculdade de Odontologia da Universidade de Itaúna	1992	Saúde Pública	Funcesi
3	PUC-MG(Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais)	1999	Especialização em Pac. com Nec. Especiais	São Leopoldo Mandic
4	Faculdade de Odontologia da Universidade de Itaúna	1983	Especialização em Saúde Pública	UNAERP
5	PUC-MG(Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais)	2004	Não	-
6	Faculdade de Odontologia da Universidade de Itaúna	2004	Não	-
7	PUC-MG(Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais)	2002	Especialização em Saúde Coletiva	UFMG
8	FAFEOD(Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina)	1978	Especialização em Prótese Dental Especialização em Odontologia do Trabalho	ABO-MG São Leopoldo Mandic
9	Univ. Vale Rio Verde (UNINCOR)	1996	Especialização em Saúde Pública	ENSP/FIOCRUZ
10	PUC-MG(Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais)	2004	Não	-
11	PUC-MG(Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais)	2005	Especialização em Saúde da Família	Faculdade São Camilo
12	Facul.Federal Odontologia Diamantina	1977	Especialização em Saúde Coletiva	CEO-IPSEMG
13	PUC-MG(Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais)	2006	MBA-Gestão Empresarial	Funcesi
14	Fac. Odontologia Itaúna	2000	Especialização em Ortodontia (em curso)	Uningá
15	Fac. Federal Odontologia de Diamantina	1996	Não	-
16	UFMG	1990	Especialização em Gestão e Auditoria em Serviços de Saúde	ABO-MG
17	EFOA(Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas)	1994	Especialização em Saúde da Família	UFMG
18	Centro Universitário Newton Paiva	2008	Não	-
19	UFMG(Universidade Federal de Minas Gerais)	2006	Não	-

Em relação às instituições de ensino frequentadas pelos participantes, nove deles realizaram seu curso de graduação em escolas particulares sem ligação eclesialística

(47,4%), quatro cursaram em universidades pontifícias particulares (21,0%), três em faculdades federais (15,8%) e três em universidades federais (15,8%). O tempo médio após a conclusão do curso graduação dos participantes é de 12 anos. No que diz respeito à realização de cursos de pós-graduação, seis não possuem curso de pós-graduação (31,6%), 12 já fizeram um curso de especialização em áreas da Odontologia (63,1%) e um possui dois cursos de pós-graduação (5,3%). As instituições nas quais foram feitos os cursos de pós-graduação são particulares em 10 casos (71,5%), um foi realizado em instituição ligada ao estado (7,1%), um em instituição voltada para pesquisas em saúde (7,1%) e dois em universidades federais (14,3%).

QUADRO 5- Características das atividades profissionais

PARTICIPANTES	AUTÔNOMO	TEMPO DEDICADO À ATIVIDADE PROFISSIONAL PRIVADA(Em horas/dia)	TEMPO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL NO SERVIÇO PÚBLICO (Em horas/dia)	OUTRAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS QUE NÃO A ODONTOLOGIA
1	Sim-Em consultório próprio	3	8	Sim-Docência
2	Não	-	8	Não
3	Sim-Em consultório próprio	3 a 4	8	Não
4	Não	-	8	Não
5	Não	-	8	Não
6	Sim-Em consultório de outro profissional	1,5	8	Não
7	Não	-	8	Não
8	Sim-Em consultório próprio	4,5	8	Não
9	Não	-	8	Não
10	Não	-	8	Não
11	Não	-	8	Sim-Docência
12	Não	-	8	Não
13	Não	-	8	Não
14	Sim-Em consultório de outro profissional	6	8	Não
15	Sim-Em consultório próprio	1,5	8	Não
16	Não	-	8	Não
17	Não	-	8	Não
18	Não	-	8	Não
19	Não	-	8	Não

Em relação às características profissionais dos participantes, 13 cirurgiões-dentistas não se dedicam à profissão como autônomos, correspondendo a 68,4% do total. Dos seis profissionais que atuam na rede privada (31,6%), quatro trabalham em seu próprio consultório (66,7%) e dois em consultórios de outros dentistas (33,3%). Os cirurgiões-dentistas que atuam na rede privada dedicam em média duas horas e meia por dia ao seu trabalho. Todos os profissionais (100%) dedicam oito horas por dia em suas atividades no serviço público. No que tange às atividades que não da odontologia, dois dentistas (10,5%), exercem a atividade de docentes. O restante (89,5%) dedica-se somente à Odontologia.

QUADRO 6: Quanto ao aspecto de prevenção e promoção da saúde

Participantes	Realização de prevenção em saúde bucal	Participação em campanhas de prevenção em saúde bucal	Realização de cursos de atualização nos últimos 5 anos através do poder público	Se realizou cursos, os mesmos têm contribuído para se fazer Odontologia Preventiva	O dentista contribui para a promoção de saúde humana?	Realização de exame rofiteiro das mucosas da boca	É possível a mudança de hábitos do paciente em função de sua saúde?	Você já deparou com lesões suspeitas de câncer, as quais foram diagnosticadas em sua fase inicial?	Em ações educativas para saúde bucal, o câncer, bem como seus fatores de risco, são citados como uma das principais doenças da boca?	Em seu PSF já foi realizada abordagem exclusiva para o câncer de boca?
1	Sim-No decorrer do tratamento	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	-	Não
2	Sim-Varia de acordo com o risco do paciente	Não	Não	-	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não
3	Sim-Varia de acordo com o risco do paciente (e com o momento)	Não	Não	-	Sim	Sim		Sim	Sim	Não
4	Sim-No decorrer do tratamento	Sim-Em escolas, grupos de 3ª idade, empresas	Não	-	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim
5	Sim-Na 1ª consulta	Sim-Palestras	Não	-	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
6	Sim-Varia de acordo com o risco do paciente	Sim-Escolas, instituições-Escovações supervisionadas	Sim-Durante 10 meses	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não
7	Sim-No decorrer do tratamento	Não	Não	-	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim
8	Sim-Varia de acordo com o risco do paciente	Sim-Prática e educativa	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
9	Sim-Na 1ª consulta-No decorrer do tratamento	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Nem sempre	Sim
10	Sim-Varia de acordo com o risco do paciente	Sim-Exame de mucosas e prevenção de cáries	Sim-1 mês	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
11	Sim-Varia de acordo com o risco do paciente	Não	Sim	Não	Sim	-	Sim	Não	Sim	Sim
12	Sim-Na 1ª consulta-No decorrer do tratamento	Sim	Não	-	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
13	Sim-Varia de acordo com o risco do paciente	Não	Não	-	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não
14	Sim-Varia de acordo com o risco do paciente	Sim-Palestras em escolas, grupos de hipertensos, diabéticos	Sim-3meses	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
15	Sim-Na 1ª consulta-No decorrer do tratamento	Sim-Escovação-antitabagismo	Não	-	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim-mensalmente	Sim
16	Sim-Varia de acordo com o risco do paciente	Sim- A gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças	Sim-6 meses	Sim	Sim	Sim	Sim(Às vezes)	Não	Sim(em adultos)	Sim
17	Sim-No decorrer do tratamento	Sim-Prevenção de cáries e doenças periodontais pra crianças e diabéticos	Sim-3 meses(+)	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
18	Sim-No decorrer do tratamento	Não	Não	-	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não
19	Sim-Na 1ª consulta-No decorrer do tratamento	Sim-Palestras c/pais, escolares, Professores, ACS	Não	-	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não

Dos 19 participantes, todos eles (100%), realizam a prevenção em saúde bucal. Esta prevenção possui várias conotações, pois cinco dos profissionais dão preferência ao decorrer do tratamento para enfatizar a prevenção (26,3%); nove deles têm atitude preventiva de forma variável, de acordo com o risco do paciente (47,4%); um somente na 1ª consulta (5,3%), e quatro realizam tanto na 1ª consulta quanto no decorrer do tratamento (21,0%).

No que tange à participação dos profissionais em campanhas de prevenção em saúde bucal, sete deles (36,8%) alegam não ter participado das mesmas. O restante dos participantes, ou seja, 12 deles (63,2), já participaram de campanhas, de natureza prática educativa, porém de forma variada, através de palestras a escolares e instruções de técnicas de escovação, com grupos prioritários, como diabéticos, hipertensos e gestantes; ações com pais, professores, ACS (Agente Comunitário de Saúde), palestras objetivando a prevenção de doenças periodontais, cáries, eventos para a realização de exames de mucosas e contra o tabagismo.

Em relação à participação em cursos de atualização através do poder público, 10 cirurgiões-dentistas (52,6%) não tiveram participação nos últimos cinco anos e nove deles (47,4%), responderam positivamente à pergunta, perfazendo uma média de dois meses e meio em tempo de participação. Destes mesmos participantes dos cursos, cinco deles (55,5%), têm a opinião de que estes cursos contribuem positivamente para que se faça a Odontologia Preventiva. Já os outros quatro participantes (44,5%), consideram não haver contribuição destes eventos para que se faça uma prática preventiva na Odontologia.

É unânime a opinião de todos os participantes (100%) de que a atuação do cirurgião- dentista contribui para a promoção da saúde humana, fato este que ratifica ser a presença deste profissional na Equipe de Saúde da Família de suma importância.

Quando se trata especificamente da prevenção do câncer bucal, ao responder a respeito do exame rotineiro das mucosas da boca, 15 participantes (78,9%), afirmaram a sua realização, três (15,8%) disseram não realizá-lo e um participante (5,3%) não se manifestou a respeito.

Mudar os maus hábitos ou vícios de uma pessoa em função de sua saúde é possível para 7 dos participantes, correspondendo a 89,5% do total. Apenas um profissional (5,3%) opinou contrariamente e um (5,3%) fez opção por ser mais

eloquente em sua resposta, profetizando que “podemos sensibilizar o paciente, motivando mudanças”.

Dos participantes, 11 deles (57,9%), já se depararam com lesões suspeitas de ser câncer de boca, as quais foram diagnosticadas ainda em sua fase inicial e oito (42,1%) relataram nunca ter tido esta experiência em sua vida profissional.

Quando realizadas ações educativas para a saúde bucal, 15 participantes (78,9%) disseram mencionar a existência do câncer bucal como sendo uma das principais doenças da boca, enfatizando os fatores de risco para esta doença. Em número de dois (10,5%), estão aqueles que não incluem o câncer de boca em suas palestras, sendo que um (5,3%) não realiza esta abordagem rotineiramente, dependendo do público-alvo a ser direcionado o assunto. Um participante não respondeu à pergunta (5,3%).

No que diz respeito à abordagem exclusiva na Unidade de Saúde sobre o câncer bucal em reuniões educativas, 10 profissionais (52,6%) já realizaram algum trabalho desta natureza, enquanto nove deles (47,4%) não colocaram o câncer de boca como pauta exclusiva em suas reuniões.

QUADRO 7-Seqüência do grau de importância dos fatores de risco para o câncer de boca, do maior para o menor (De 04 para 01).

PARTICIPANTES	OPÇÃO DE SEQUÊNCIA
1	Tabaco-Álcool-Higiene bucal deficiente-Dieta alimentar pobre em vegetais
2	Tabaco-Álcool-Higiene bucal deficiente-Dieta alimentar pobre em vegetais
3	Tabaco-Álcool-Higiene bucal deficiente-Dieta alimentar pobre em vegetais
4	Tabaco-Álcool-Higiene bucal deficiente-Dieta alimentar pobre em vegetais
5	Tabaco-Álcool-Higiene bucal deficiente-Dieta alimentar pobre em vegetais
6	Tabaco-Álcool-Higiene bucal deficiente-Dieta alimentar pobre em vegetais
7	Tabaco-Álcool-Higiene bucal deficiente-Dieta alimentar pobre em vegetais
8	Tabaco-Álcool- Dieta alimentar pobre em vegetais-Higiene bucal deficiente
9	Tabaco-Álcool- Dieta alimentar pobre em vegetais-Higiene bucal deficiente
10	Tabaco-Álcool-Higiene bucal deficiente-Dieta alimentar pobre em vegetais
11	Tabaco-Álcool-Higiene bucal deficiente-Dieta alimentar pobre em vegetais
12	Álcool-Tabaco-Dieta alimentar pobre em vegetais-Higiene bucal deficiente
13	Tabaco-Álcool-Higiene bucal deficiente-Dieta alimentar pobre em vegetais
14	Tabaco-Álcool-Higiene bucal deficiente-Dieta alimentar pobre em vegetais
15	Tabaco- Higiene bucal deficiente-Dieta alimentar pobre em vegetais-Álcool
16	Tabaco-Álcool- Dieta alimentar pobre em vegetais-Higiene bucal deficiente
17	Tabaco-Álcool-Higiene bucal deficiente-Dieta alimentar pobre em vegetais
18	Tabaco-Álcool-Higiene bucal deficiente-Dieta alimentar pobre em vegetais
19	Tabaco-Álcool- Dieta alimentar pobre em vegetais-Higiene bucal deficiente

Considerando-se os fatores de risco de maior relevância para o câncer de boca, 13 participantes (68,4%) fizeram opção pela seqüência do grau de importância destes fatores, do maior para o menor, como sendo o tabaco, álcool, higiene bucal deficiente, dieta alimentar pobre em vegetais; quatro deles (21,0%) opinaram por ser a seqüência referente ao tabaco, álcool, dieta alimentar pobre em vegetais, higiene bucal deficiente; um participante (5,3%) fez opção pela seqüência que diz respeito ao álcool, tabaco, dieta alimentar pobre em vegetais, higiene bucal deficiente e um (5,3%) acredita ser a do tabaco, higiene bucal deficiente, dieta alimentar pobre em vegetais, álcool.

Vasconcelos (2006) realizou um trabalho com 282 profissionais na cidade de São Paulo com mais de 20 anos de graduação. Através de uma pesquisa quantitativa constatou um baixo grau de conhecimento dos mesmos quanto aos fatores de risco ligados à etiologia e às condições bucais em relação à possível evolução para um câncer de boca. Neste estudo, a maioria dos participantes expôs limitações relevantes quanto às práticas relativas ao apoio à cessação do tabagismo e etilismo. Este resultado obtido contrapõe com os achados deste trabalho, em que 68,4% dos participantes fizeram opção pela seqüência correta em relação ao grau de importância dos fatores de risco para o câncer de boca, ou seja, tabaco, álcool, higiene bucal deficiente e dieta alimentar pobre em vegetais.

Um dado importante foi observado quanto ao comportamento do participante de número 15. Em resposta ao questionário, assegura realizar prevenção em saúde bucal tanto na primeira consulta quanto no decorrer do tratamento, com ações educativas sobre o câncer de boca e seus fatores de risco mensalmente. Porém, em resposta à seqüência dos fatores de risco para o câncer de boca, do maior para o menor grau de importância, considerou o álcool como último fator. Assim, comportamentos desta natureza deixam dúvidas quanto à eficiência das ações preventivas e educativas.

Concluída a etapa da pesquisa relativa às questões sobre a identificação dos participantes e das respostas obtidas através do questionário, sobre ações preventivas que o cirurgião-dentista realiza em relação à prevenção do câncer bucal, dedicamo-nos aos achados apresentados pelas entrevistas. Esta segunda etapa foi realizada com quatro participantes da amostra, sendo dois que possuíam mais tempo de graduação em Odontologia, e dois com menos tempo. Foram identificadas falas significativas, considerando-se as diferenças relativas à idade e tempo de formado, já que todos os

participantes eram do sexo feminino. Por ocasião da coleta dos dados, foram obtidos os resultados a seguir:

6.1-Propostas preventivas e educativas sobre a promoção da saúde bucal durante a formação na graduação:

“...a gente fez estágio no PSF lá em Belo Horizonte, a gente tinha que fazer palestra, em escola ou pra população do PSF pra prevenção”....tanto é que eu acho que a maior dificuldade que eu tenho é de fazer grupo de prevenção porque a gente trabalhou muito pouco esta parte ... de orientar paciente, sim, na cadeira, né.” Participante A-Idade:25-3 anos de formado

“Era a disciplina de Semiologia, no 5º, 6º período, do 5º para o 6º período, aí a partir deste momento era feita, né, a escovação, a gente fazia o exame no paciente e em seguida pedia para ele repetir o exame no espelho, para ver se realmente ele tinha absorvido a informação.” Participante B-Idade:26-1 ano de formado.

“...a gente tinha a matéria que era a Odontologia Social, a gente trabalhava nas escolas, a gente ia pro campo para estar trabalhando, orientando ... embora nossa escola fosse uma escola elitizada, mais trabalho a nível de prótese, mas tinha a turma da Odontologia Social.” Participante C-Idade:54-31 anos de formado.

“...a gente ficava lá (no estágio) durante 15 dias só nesta parte da Odontologia Social e Preventiva, a gente teve bastante experiência com isso” Participante D-Idade:54-32 anos de formado.

Diante dos depoimentos dos participantes acima, observa-se que quando são citadas as ações referentes à prevenção, a atenção a escolares, a escovação é mais enfatizada. Somente em um momento foi citada a prevenção do câncer de boca, através de um dos participantes.

Percebeu-se, em algumas falas, a filosofia adotada na formação dos odontólogos de desvinculação de uma disciplina a outra, apesar da percepção de que pode-se adquirir

experiência não sendo as mesmas diretamente voltadas para uma prática formativa para uma Odontologia Preventiva.

Resultados semelhantes encontraram Struchiner, Vieira, Ricciard (1999), que realizaram um estudo com o objetivo de apreender a estrutura de conhecimento de alunos de graduação em Odontologia sobre a temática do esmalte dental. Em análise qualitativa, foram revelados valores e concepções dos estudantes sobre o conceito da prática odontológica, influenciados por aspectos sociais e pelas características curriculares, sendo o papel do dentista visto como eminentemente intervencionista para os problemas que afligem o paciente. Estes autores tiveram a percepção de que em poucos casos os alunos demonstraram posturas educativas e/ou preventivas, bem como a compreensão ampla dos fenômenos determinantes da formação e dos problemas dentários.

6.2-Realização de ações preventivas relativas ao paciente vulnerável a contrair o câncer bucal – Ações mais freqüentes:

As ações preventivas dentro do ambiente de trabalho são realizadas de maneira pouco específica para o câncer de boca, o que foi demonstrado em alguns depoimentos e, na maioria das vezes, de forma isolada, retratada, por exemplo, neste depoimento: *“...ação coletiva, não, mas no consultório...paciente que fuma, principalmente que fuma e bebe, mas não são todos que eu falo de prevenção de câncer não, só se eu vejo algum sinal.”* Participante A-Idade:25-3 anos de formado.

Algumas falas demonstram o caráter pouco significativo e descontínuo das ações preventivas: *“... fumar em menor quantidade, né, fazer um auto-exame mesmo, mas se era realmente feito...”* Participante B-Idade:26-1 ano de formado, bem como é relatado no depoimento de outro participante: *“Nós começamos até a fazer, eu cheguei em uma época de vacinação (de idosos), para estar examinando, eu tava fazendo alguns exames, a gente chegou até a detectar alguns casos, né, mas depois paralizou, acabou que eu não tive contra-referência...”* Participante C-Idade:54-32 anos de formado

Em um outro momento, foi registrado o seguinte comentário: *“... Às vezes as ACS (Agente Comunitário de Saúde) também levam as suspeitas, quando elas levam, eu vou nas casas, faço os exames...”* Participante C-Idade:54-31 anos de formado.

O participante D-Idade:54-32 anos de formado fez algumas observações que consideramos relevantes e de grande contribuição para a nossa análise, transcritas a seguir:

“...eu acredito que no próprio PSF a gente já tem uma certa estrutura pra isso, por exemplo, assim, quando você faz avaliação de diabéticos, hipertensos...”

“...e o médico mesmo, outro dia mesmo, me mandou um paciente, a dona estava com uma dentadura, tava com uma ferida muito feia no céu da boca...”

“...a gente tem o cuidado de dar uma olhada geral, entendeu, de qualquer coisa suspeita que pode ser câncer, ou não, mas qualquer machucado na boca.”

Os depoimentos dos participantes revelaram fatos bem significativos para a nossa análise. Algumas declarações deixaram clara a existência de ações pouco expressivas e pouco abrangentes não havendo um acompanhamento constante e efetivo. As atitudes, muitas vezes, se perdem, não possuem continuidade, havendo pouco controle dos pacientes vulneráveis

Foi observado que as ações preventivas, para alguns profissionais, limitam-se a atitudes isoladas, que na verdade estão aguardando a doença se instalar, após ser detectado algum sinal. Pouco foram citadas atitudes preventivas e educativas de caráter coletivo.

Há uma clara possibilidade da realização de ações preventivas coletivas utilizando-se grupos operativos como os dos diabéticos, hipertensos, nos quais estão inseridos pacientes vulneráveis e expostos aos fatores de risco para o câncer de boca. Uma outra situação observada, citada em depoimentos, refere-se à participação de outros profissionais, pertencentes à Equipe do Programa da Saúde da Família, que não o cirurgião-dentista, em um trabalho multiprofissional. A ACS constitui um importante elo de ligação entre a comunidade e a assistência à saúde, podendo, quando capacitado, ser um profissional da equipe importante para facilitar o acesso do usuário aos serviços.

6.3- Sinais e sintomas procurados na pesquisa de câncer de boca:

No momento de relacionar os sinais e sintomas relativos à pesquisa de câncer de boca, observamos uma diversidade de respostas:

“... pesquisa do câncer de boca, entre sinais e sintomas, no geral... olho primeiro o lábio, se tem alguma alteração, principalmente na parte de queilite mais endurecida, descamando, com úlcera no canto da boca...” Participante A-Idade:25-3 anos formado

“... e eu sempre faço exame de mucosa jugal, língua, assoalho, peço pra levantar língua, palato, gengiva, sempre procuro se tem alguma alteração de coloração, se tem algum aumento de volume...” Participante A-Idade:25-3 anos formado.

“... se há lesões em mucosas, lesões brancas que estão com aspecto diferente do normal eu olho em relação ao dorso da língua, porque é muito comum este tipo de câncer...” Participante B-Idade:26-1 ano de formado.

“... mas normalmente lesões brancas e feridas que eles chegam ou na visita que eles falam que não está cicatrizando.” Participante C-Idade:54-31 anos de formado.

“... se tiver alguma lesão aí geralmente você pergunta quanto tempo, se tem dor, se não tem, se tem sangramento, se não tem...” Participante D-Idade:54-32 anos de formado.

Aspectos relevantes no sentido da importância da observação de alterações na mucosa bucal foram citados, apesar da inexistência de outros fatores também de grande importância na busca de sinais e sintomas para o diagnóstico de câncer bucal. Os profissionais entrevistados, em sua totalidade, demonstraram sua preocupação, através de seus depoimentos, em estarem atentos ao examinar a boca, à possibilidade da existência de alguma anormalidade que necessite de vigilância por parte do paciente e do cirurgião-dentista.

6.4- Procedimento clínico em pacientes apresentando sinais e sintomas de câncer bucal:

Um detalhe observado foi a utilização pelo participante C, de um instrumento de grande valia que a Equipe de Saúde da Família dispõe, que seria a visita domiciliar, sendo esta um poderoso auxiliar para o diagnóstico de lesões suspeitas na boca.

A partir do momento em que são detectados sinais e sintomas da doença, a maioria dos entrevistados encaminha os pacientes para o Centro de Referência:

“Encaminho para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)”
Participante A-Idade:25-3 anos de formado.

“... pra eu não ficar na dúvida de ter passado alguma coisa desapercibida, então eu prefiro mandar para ele(Dentista de referência no CEO), que me manda a contra-referência...” Participante D-Idade:54-32 anos de formado.

“... tem a suspeita, mas acontece às vezes até de não ser, então eu examino, toco ali, vejo e aguardo. Eu peço pra eles (quando é ferida também) estarem voltando daí a uma semana, daí a quinze dias aí, não cicatrizou, aquilo ali tá permanecendo, ou às vezes faço alguma receita, a nistatina, e peço para estarem voltando. Regrediu, ótimo, não regrediu, eu encaminho para o especialista...” Participante C-Idade:54-32 anos de formado.

6.5-Existência ou não de atendimento a pacientes com suspeita de câncer de boca ou encaminhados para comprovação histológica:

Conforme observamos nos depoimentos o número de casos encaminhados e confirmados para o diagnóstico de câncer de boca não são em grande número, mas as suspeitas sempre são encaminhadas e recebidas pelo centro de referência da cidade, que seria o CEO, cujo serviço especializado nos proporciona a realização da biópsia, a qual nos informará a confirmação do diagnóstico ou não, e o encaminhamento aos hospitais especializados quando necessário.

Um importante fato percebido é que o envio das contra-referências, que constituem o relatório contendo as informações relativas ao atendimento do usuário às Unidades Básicas de Saúde não tem sido um procedimento de rotina, interlocução esta útil e necessária para a eficiência do serviço.

Identificamos no trabalho de Matos e Araújo (2003) as quais investigaram sobre os conhecimentos, práticas e atitudes em relação ao diagnóstico do câncer bucal na visão da população e do cirurgião-dentista em Lajes (SC), semelhanças com alguns de nossos resultados. No referido trabalho, foram submetidos a um questionário 70 cirurgiões-dentistas. Apesar dos mesmos se considerarem aptos a fazer diagnósticos de doenças bucais, as respostas ao questionário demonstraram pouca familiaridade e despreparo para o diagnóstico. Em seus resultados, foi percebida uma grande distância entre o dizer desses profissionais e a sua prática cotidiana, concluindo-se que os profissionais não realizam um correto exame clínico, que constitui um método eficaz para o diagnóstico. Nossos resultados também demonstram que uma parcela dos profissionais da Atenção Básica não se sentem perfeitamente preparados para a realização do diagnóstico do câncer bucal, fazendo a opção em encaminhar para o Centro de Especialidades Odontológicas todas as lesões que lhes parecem suspeitas.

6.6-A alta tecnologia disponibilizada para o diagnóstico e tratamento odontológico como condição para o diagnóstico do câncer bucal:

A Odontologia tradicionalmente preocupada com as patologias bucais dispõe de recursos tecnológicos em sua prática diagnóstica e de tratamento, sendo ainda observado nos dias de hoje, através de resultados da pesquisa ora apresentada, que as ações sócio-educativas na Odontologia apresentam-se pouco expressivas na formação dos cirurgiões-dentistas, conforme o relato dos profissionais. Diante desta realidade, aos entrevistados foi sugerido que falassem a respeito do papel das tecnologias de ponta como sendo ou não condição essencial para o diagnóstico do câncer bucal. Como resposta, relacionamos alguns trechos significativos:

“... na faculdade do que a gente fazia esse procedimento (a biópsia) e do que a gente via, acho que ajuda.” Participante A-Idade:25-3 anos de formado

“...fala muito em câncer de mama, câncer de colo de útero e não tem assim muitas propracandas em relação a isto, que seria uma coisa muito importante, além dessa parte do diagnóstico, dessa tecnologia...A participação do governo seria importante, nessas campanhas mesmo, seria necessário.” Participante B-Idade:26-1 ano de formado.

“Não, acho que não, acho que o trabalho preventivo funciona mais em termos de diagnóstico de câncer, agora se você diagnosticar, achar que é e aí avançar, pode ser que lá na frente, sim, mas pra você detectar o câncer não, acho que mais é a prevenção mesmo em termos da avaliação, de estar orientando sobre o problema do fumo, os males do fumo, da bebida alcoólica...”

Participante C-Idade:54-31 anos de formado

“Não, acho que não, eu penso assim, é lógico que se você é munido de tecnologia você tem condição de realizar grandes trabalhos, grandes projetos, mas eu acho assim na atenção básica que é o nosso caso, eu acho que só da gente ter uma preocupação... e uma visão de você tentar diferenciar... então assim independe por exemplo se você, sentar o paciente você pode usar uma máscara, uma luva, o mínimo possível, um espelho...acho que na Atenção Básica, não o que a gente tem é o suficiente pra você pelo menos, como se diz, dar o primeiro passo, que eu acho que a função da gente também, você não é formado para chegar a conclusão que é câncer ou não, mas eu penso assim, se eu sei direcionar o paciente que eu estou na dúvida, eu já fiz minha parte.”

Participante D-Idade:54-32 anos de formado.

A percepção que se tem ao ouvir e transcrever as informações coletadas é de que os profissionais, principalmente aqueles de menor tempo de conclusão do curso fazem uma analogia entre tecnologia, biópsia e prevenção de câncer, o que os leva a concluir da condição *si ne qua non*, na opinião dos mesmos, de se necessitar de tecnologia para o diagnóstico do câncer de boca. O contrário acontece com aqueles de maior tempo de formados, os quais ponderam em suas respostas por acreditarem ser importante a observação, o conhecimento, antes de se lançar mão da tecnologia.

7-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste trabalho foi identificar se os cirurgiões-dentistas atuantes na Atenção Básica da cidade de Itabira-MG realizam alguma forma de prevenção contra o câncer bucal em pacientes vulneráveis a esta patologia e, se as realizam, quais seriam estas atitudes em seu trabalho como profissionais da saúde.

A atuação dos cirurgiões-dentistas na prevenção e promoção da saúde nas comunidades influencia no comportamento do indivíduo em relação à percepção dos seus problemas bucais, podendo mudar de maneira significativa as práticas e atitudes. Em relação ao câncer bucal, o comprometimento do profissional com formas de viver e de agir da população possui importância significativa.

Diante das reais necessidades da população usuária da Odontologia, o cirurgião-dentista, frente às diversidades de situações com as quais se depara, encontra dificuldades na resolução dos problemas ou simplesmente adota uma conduta única para os diferentes desafios na sua prática profissional. A formação eminentemente técnica, de cunho curativista, incapacita-o para que tenha uma visão crítica da realidade, onde são consideradas as diferenças sociais e culturais entre um indivíduo ou comunidade. Exemplo desta realidade fica claro quando alguns profissionais consideram que a prática preventiva se resume em palestras. A partir desta formação, uma reflexão a respeito do mesmo em sua totalidade, torna-se de difícil assimilação, bem como indagar sobre suas dúvidas, seus medos, anseios, expectativas, numa interação profissional-usuário capaz de realizar uma troca de conhecimentos pertinentes à busca de uma conduta mais adequada à sua realidade

O modelo de assistência médica à saúde, curativista, individualista e que fragmenta o indivíduo é reproduzido na Odontologia, pois a aplicação de equipamentos e de materiais de alto padrão tecnológico é ratificada nos cursos de graduação para formação de cirurgiões-dentistas. De acordo com Botazzo (1998), é fato que as tecnologias não devem ser desprezadas, o que não justifica limitar o seu uso às ações clínico-cirúrgicas da assistência odontológica individual e sim aplicá-las na organização de práticas coletivas de saúde necessárias para o controle das doenças bucais das populações, ou seja, colocá-las a serviço da coletividade.

A formação excessivamente técnica com ênfase à doença, proporcionada pelas instituições de ensino, deixa relegada ao segundo plano a inserção do profissional à realidade de vida da sociedade, não colocando as causas sociais como fatores que podem determinar a instalação de uma doença. De acordo com Freire (1979), a visão do profissional deve ser crítica e ampla, numa contextualização do homem no mundo, fato este subjugado pelos especialismos estreitos.

Ficou evidente o quanto as disciplinas relacionadas com as Ciências Sociais, através das quais o acadêmico tem contato com questões relativas à prevenção e a promoção da saúde bucal das populações possuem um alcance limitado, quando necessitam ser aplicadas. Como há a predominância dos conhecimentos de uma Odontologia preferencialmente curativa, configurando assim uma perspectiva tradicional de formação, as disciplinas de conteúdos clínicos, humanos e sociais não se interagem, dificultando para o profissional a sua relação com as questões sociais das comunidades.

Os cirurgiões-dentistas participantes deste estudo, em sua maioria, possuem um enfoque muito restrito em se tratando da prevenção da doença, sendo a filosofia tecnicista perceptível. Alguns profissionais demonstram ter perfil diferenciado, no momento em que denotam a importância do papel dos órgãos públicos no combate à doença através da prevenção, quando garantem estar utilizando os grupos de usuários como um meio de difundir a prevenção, ou quando indagados a respeito da possibilidade de provocar mudanças no indivíduo em função de sua saúde. A utilização de grupos como forma de aplicação da Educação em Saúde pode ser considerado como artifício que facilite o aumento da consciência crítica entre seus participantes, por permitir uma troca de idéias entre eles sendo que, através do diálogo criado, conscientizações coletivas podem surgir, fortalecendo o potencial do indivíduo e do grupo, com possibilidades de gerar mudanças.

A proposta na implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) seria para a atuação na atenção primária, a partir de ações conjugadas para a promoção, prevenção e a proteção da saúde humana, sendo importante a utilização de princípios educativos como uma atribuição também dos profissionais da saúde. O desenvolvimento das ações educativas precisa ter um papel de destaque para a realização do trabalho e da prática da Equipe da Saúde da Família.

Devemos propor ações sócio-educativas para o desenvolvimento dos profissionais da saúde, uma vez que ele é um facilitador dos processos de ensino e aprendizagem dos usuários da saúde independente das instituições serem públicas ou privadas, numa perspectiva que priorize ações preventivas e de promoção da saúde humana, sendo as práticas de educação em saúde de cunho social, devendo ser centradas na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades.

A qualificação dos cirurgiões-dentistas, bem como a realização de capacitações periódicas através do poder público, se fazem necessárias para que os mesmos possam atuar em uma assistência integral, humanizada, com compromisso e responsabilidade pela continuidade dos cuidados prestados. É bem verdade que a sua formação acadêmica não contribui para que possam atuar no Programa da Saúde da Família, pois possuem pouco conhecimento com a organização do Sistema Único da Família (SUS) e pouco conhecimento do ambiente e das condições de vida nas comunidades. Em uma proposta da realização de educação continuada para os recursos humanos, estariam incluídas, além de capacitação técnica, capacitação em planejamento e organização para as ações em saúde, sobre políticas sociais, relações humanas, ética, as quais contribuiriam para a melhoria da qualidade da assistência à saúde bucal.

A sociedade brasileira atual tende a se posicionar político-socialmente, fato este que exige mudanças e adequações na formação e atenção médicas. Desta forma, novos atributos devem ser considerados para o profissional de saúde, como ampliação de seus conhecimentos em ciências sociais, antropologia, filosofia, na epidemiologia das doenças, nas práticas multidisciplinares e interdisciplinares para a realização de um trabalho em equipe; em psicologia, saúde mental e construção da subjetividade; em saúde coletiva, gestão da saúde e informação em saúde, de acordo com as diretrizes do SUS; na educação para a promoção da saúde (AMORETII, 2005).

Dentro deste contexto, a identidade do cirurgião-dentista frente à sua prática se constrói baseada em sua formação acrítica, de caráter individualista, desconectada das questões sociais, o que historicamente vem marcando a Odontologia, obedecendo às necessidades do mercado de trabalho, sem vistas à atuação profissional de maneira coletiva e inserida no paradigma da política pública e dos princípios do SUS. É importante que o profissional seja capaz de reconhecer e avaliar o impacto que as condições de vida e de trabalho provocam na saúde individual e coletiva. Neste

trabalho, percebemos não haver muito vínculo dos profissionais com a comunidade o suficiente para provocar mudanças, mesmo que estes estejam cientes de que o dentista contribui para a promoção humana.

Assim, a partir do momento em que os profissionais de saúde bucal de uma ESF passam a participar do levantamento sócio-epidemiológico da comunidade, ou realizar visitas domiciliares, eles se aproximarão das pessoas e compreenderão as suas relações de vizinhança, a sua sociabilidade, além de estabelecerem um contato mais próximo com a população local, o que reforça o vínculo entre eles e contribui para a acessibilidade aos serviços.

A participação de outros profissionais neste processo, em um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, contribui sistematicamente para o crescimento e conhecimento das nuances pelas quais exige o conjunto das atividades dos profissionais de saúde na promoção da saúde. O exercício do trabalho em equipe, a integração com outros profissionais, além de possibilitar a ampliação dos conhecimentos, resulta em uma visão gradual, por parte dos profissionais de saúde, do ser humano em sua totalidade.

A busca de um novo perfil para o cirurgião-dentista e conseqüente formação de sua identidade, colocá-lo-ia como um cidadão e profissional com habilidades manuais e que saiba refletir sobre sua prática. Ser capaz de questionar a prática significa possuir autonomia de pensamento e ação em um tempo de globalização e socialização dos cuidados de saúde, em prol de uma ação de universalidade com equidade.

A totalidade dos participantes deste estudo foi unânime em admitir a sua importância enquanto membro da Equipe de Saúde da Família, com a possibilidade e responsabilidade de promover a saúde humana. A atenção à saúde bucal implica em atuar concomitantemente sobre todos os determinantes do processo saúde-doença, o que exige uma atenção que transcenda ao âmbito da Odontologia, mas que participe ativamente no setor saúde e em todas as ações relativas ao desenvolvimento da sociedade, como saneamento, educação, emprego.

As ações preventivas relativas ao câncer de boca nas Unidades de Saúde de Itabira-MG são realizadas de maneira descontínua, com pouca abrangência e, na maioria das vezes, em caráter individual. Inexiste na prestação de serviços odontológicos do município um protocolo a ser seguido que possa nortear as atitudes

referentes à detecção precoce e controle de pacientes vulneráveis ao câncer de boca. As ações coletivas, em equilíbrio com as ações individuais, possuem abordagens populacionais, com aplicação do princípio da universalidade, permitindo a manutenção da saúde e a diminuição do risco de doença.

Esta pesquisa mostrou-nos o quanto as ações educativas em relação ao câncer de boca nas Unidades de Saúde do município estudado tem pouca assiduidade ou inexistem. Através dos dados obtidos, constatamos que praticamente a metade dos profissionais não realiza nenhum tipo de abordagem exclusiva para o câncer bucal, estando este agravo subestimado em menor grau de importância dentro da saúde bucal.

As atividades coletivas em saúde bucal devem envolver toda a equipe. É importante que se intensifique a participação da Equipe de Saúde Bucal em campanhas de grande abrangência, como a campanha contra a gripe em idosos. A participação da saúde bucal neste tipo de campanha é pertinente por estarem incluídos usuários pertencentes àqueles que podem estar vulneráveis ao câncer de boca. Além das ações educativas e de prevenção, poderiam ser incluídas atividades como exame da condição dos tecidos moles da boca e promoção da manutenção das próteses dentárias, medida esta associada à pesquisa de fatores de risco para o câncer bucal, causado por traumas devido à adaptação das próteses.

Além da necessidade da aplicação das ações preventivas no nível de governo federal, existem propostas perfeitamente aplicáveis em âmbito municipal. A técnica de rastreamento de lesões bucais, para a identificação de lesões malignas e pré-malignas, além do aconselhamento e acompanhamento dos indivíduos vulneráveis à doença são instrumentos na contribuição para a prevenção e controle das doenças. As técnicas de rastreamento, incluídas na atenção secundária, teriam como objetivo identificar indivíduos mais vulneráveis, oferecer assistência mais precoce e reduzir danos imediatos e futuros à saúde.

A proposta da realização do auto-exame, citada nas entrevistas pelos participantes da presente pesquisa, parece ser um importante instrumento para a prevenção do câncer bucal. A adoção desta medida, para se tornar eficaz, teria que passar por um processo de aprendizagem constante e gradativo, pois a população não tem esta prática incorporada. Falar em auto-exame da boca significa a incorporação do auto-cuidado corporal, significa a análise das condições sócio-econômicas, de moradia, hábitos.

Medidas preventivas e contínuas específicas, principalmente em relação ao tabagismo, principal fator de risco para o câncer de boca, não são adotadas conforme os resultados apresentados. As ações de prevenção do câncer de boca realizadas caracterizam-se em um comportamento passivo nas Unidades Básicas de Saúde. Em um trabalho de equipe, podemos abordar, por exemplo, tabagismo, cujo hábito se relaciona com doenças cardiovasculares, com o câncer de pulmão, com o câncer de boca, com as doenças periodontais e outras doenças. Em vez de falarmos apenas sobre prevenção do câncer de boca, vamos falar sobre o tabagismo, que é um fator de risco comum para várias doenças. Dessa forma, estaremos indiretamente fazendo ações de promoção e prevenção para o câncer de boca. Junto à comunidade, o combate ao tabagismo pode ser feito em função de grupos de usuários, com a possibilidade de se detectar indivíduos vulneráveis ao câncer de boca. Neste sentido, é preciso que sejam identificados os fatores que motivam as pessoas à aderência a práticas terapêuticas, considerando ações educativas como recurso importante na prevenção da saúde bucal. Há de se considerar que fatores como crenças, tradições, valores dos indivíduos encontram-se incrustados nos hábitos do cotidiano das diferentes populações, sendo necessário que os profissionais da Odontologia sejam sensibilizados com as questões sociais na sua formação e prática.

Em relação ao controle dos fatores de risco como parte integrante das ações preventivas para o câncer de boca, as abordagens são realizadas dentro do Programa de Saúde da Família na cidade de Itabira-MG, tanto individual como coletivamente, de maneira tímida. Ações integradas visando o controle do tabagismo e do álcool, o controle da exposição solar pelos trabalhadores, o estímulo à higiene bucal, bem como o acompanhamento àqueles portadores de próteses bucais, seriam medidas que poderiam resultar na diminuição da incidência de lesões na boca. É pertinente a adoção de ações preventivas a toda a população, independente de sua vulnerabilidade.

Aproximadamente 90% dos participantes desta pesquisa afirmaram ser possível a mudança de hábitos do paciente em função de sua saúde, porém os mesmos não as operacionalizam em sua totalidade, pela dificuldade de interlocução profissional-usuário que não poderia ser apenas a de inculcação de informações ao paciente, de maneira autoritária e unidirecional, sendo necessárias percepções subjetivas individuais, o que requer investigações no sentido de se saber o que motiva o indivíduo a adotar determinados hábitos. Por fim, ao profissional não são disponibilizados instrumentos

necessários e suficientes para o exercício desta tarefa, como material didático-educativo, capacitações técnicas e educativas, livros, cartilhas, não sendo como prática habitual também a ação multiprofissional para abordagens nestas situações.

Os profissionais pesquisados em sua maioria, demonstraram a sua preocupação em realizar exames na boca, acreditam na intervenção da Educação em Saúde para amenizar danos à saúde, possuem preocupações com pacientes de maior risco. Acreditamos faltar-lhes um maior direcionamento das ações preventivas para a realização de um trabalho mais efetivo no âmbito da promoção da saúde.

Nuto et al (2006), concluíram que os cursos de graduação em Odontologia têm produzido uma desensibilização dos alunos com o decorrer do tempo de formação acadêmica, fato este detectado em função da experiência clínica, que passa a ser realizada mecanicamente, proporcionando a formação de cirurgiões-dentistas com pouca capacitação para o desenvolvimento de uma relação dialógica com seus pacientes, ocasionando uma separação corpo, mente e espírito no modelo biomédico da prática.

Verificou-se neste trabalho que os participantes com mais de 30 anos de conclusão da graduação, com os quais tivemos a oportunidade de ter um maior tempo de contato, através das entrevistas, demonstraram-nos o contrário do que concluíram Nuto et al, 2006. Estes profissionais possuem experiência clínica e além de possuírem uma visão que os leva a uma prática mais preventiva, podem também lançar mão de suas experiências de vida e do tempo de exercício profissional, apesar da sua formação ter sido também tecnicista. Já aqueles com menor tempo de conclusão da graduação, encontram-se ainda muito apegados à academia, dando-nos a impressão de estarem ainda com pouca segurança e determinação para a tomada de decisões no momento do diagnóstico.

Nossas inquietações não se findam aqui. Apesar da pouca tecnologia necessária para a suspeita e diagnóstico do câncer de boca, sabe-se que a doença continua sendo diagnosticada nas fases mais avançadas. Medidas que permitam a operacionalização das atitudes sabidamente pertinentes no controle, diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal são viáveis de sua implementação. Este trabalho lança uma semente para o levantamento de propostas. Ações intervencionistas, associadas às preventivas, a curto e médio prazos, podem ser adotadas no município pesquisado, envolvendo gestores, profissionais capacitados e comprometidos na busca de soluções que possam minimizar

o sofrimento humano, evitando o aparecimento e a progressão de lesões passíveis de se transformarem em um câncer de boca.

REFERÊNCIAS

ABRASCO- Oficina de Trabalho. **Promoção da Saúde: da prevenção à mudança social**.VI Congresso de Epidemiologia – Recife, jun, 2004.

AKERMAN, M. Seminário de Promoção de Saúde no Contexto do Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável – **Promoção da Saúde no Contexto do Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável** Anexo 4, Rio de Janeiro,jun. 2002.

ALVES,G.G., AETS,D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.0341, 2007, p.0341.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comunicação-Saúde, Educação – Interface** (Botucatu), v.9, n. 16, Botucatu, set./fev. 2005,p.39-52.

AMORETTI, R. A. A educação diante das necessidades em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro.v.29,n.2,maio/ago, pág.136-146,2005.

ANASTÁCIO, M.Q.A. Educação em foco: **Revista de Educação**. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Educação/ Centro Pedagógico de Educação em Foco, v.11, n.1, Semestral, p.92-99. mar./ago. 2006

ANREOTTI, M.; RODRIGUES, A.N.; CARDOSO, L.M.N.; FIGUEIREDO, R.A.O.; ELUF-NETO,J.; WUNSCH-FILHO,V. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.3, Rio de Janeiro, 2006, p.543-552.

ANTUNES, A. A., TAKONO, J. H., QUEIROZ, T. C., VIDAL, A. K. L. **Perfil Epidemiológico do Câncer Bucal no CEON/HUOC/UPE E HCP**. Odontologia, Clín. Cientif., Recife, 2(3), set/out, 2003, p.181-186.

ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; WÜNSCH FILHO,V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil, **Rev. Panam. Salud Publica/ Pan An / Public Health**. 21 (1) 2007, p.30-36.

BARDIN, J. **L'Ere logique**, Paris: Robert Laffont, 1977.

BIAZEVIC, M.G.H.; CASTELHANOS, R.A.; ANTUNES, J.L.F.; CROSATO, E.M. Tendências de mortalidade para o câncer de boca e orofaringe no Município de São

Paulo, Brasil, 1980/2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.10, Rio de Janeiro, out. 2006, p.2105-2114.

BOTAZZO, Carlos. *Ciência & Saúde Coletiva*. **Sobre a bucalidade**: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. 11(1): 2006, p.7-17.

BOTAZZO, C.; Freitas, S.F.T. **Ciências Sociais e Saúde Bucal. Questões e perspectivas**. Editora UNESP, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. 2006. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 15/08/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Rev. Rede Câncer**. N. 1, maio, 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 15/03/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília.DF, 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/perfil_operadoras/Politica%20Nacional%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%2006.pdf>. Acesso em: 06/02/2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. 2005. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 06/07/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Falando sobre câncer de boca**. Rio de Janeiro: INCA, 2002, 52 p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 05/04/2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso: 27/10/2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA. **O problema do câncer no Brasil**. 3ª ed., Rio de Janeiro, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica-Saúde Bucal-nº 17**. Brasília. DF, 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – **Tabagismo como problema de Saúde Pública**, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 27/10/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer**, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>>. Acesso em: 25/07/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 18/09/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 04/04/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e Controle do Câncer**. – Normas e recomendações do Instituto Nacional do Câncer – INCA. Revista Brasileira de Cancerologia, 48(3), 317-332, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004, 183p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 01/03/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Manual de Detecção de Lesões Suspeitas – Câncer de Boca**. 1996-2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política do Ministério da Saúde para atenção aos usuários de álcool e outras drogas**. Brasil, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de tabagismo em escolares -Programa VIGESCOLA**, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso: 15/03/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA, 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 05/04/2008.

BRASIL. Programa de Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança no modelo de Atenção Básica. Informes Técnico-Institucionais. Ministério da Saúde. Rev Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.3, n.1, jan./mar. 2003.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.htm. BUCHABQUI, J.A.; CAPP, E.; PETUCO, D.R.S. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizagem em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro. V. 39, n.1, jan./abr. 2006, p.32-38.

CARVALHO, M.B.; LENZI, J.; LEHR, C.N.; FAVA, A.S.; AMAR, A.; KANDA, J.L.; WALDER, F.; MENEZES, M.B.; FRANZI, S.A.; MAGALHÃES, M.R.; CURIONI, O.A.; MARCEL, R.; SZEIGA, S.; SOBRINHO, J.A.; RAPOPORT, A. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v.47, n. 3. São Paulo, jul./set. 2001, p. 208-214.

CARVALHO, C.L. **Dentistas Práticos no Brasil: História de Exclusão e Resistência na Profissionalização da Odontologia Brasileira**. Tese apresentada ao curso de doutorado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, out. 2003.

CASTRO, T. M.P.G.; NETO, C.E.R.; SCALA, K.A.; SCALA, W.A. Manifestações orais associadas ao papilomavírus humano (HPV) conceitos atuais: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.70, n.4, jul./ago., 2004, p. 546-50.

CASTRO, T.P.P.G.; BUSSOLOTI FILHO, J. Prevalência do papilomavírus humano (HPV) na cavidade oral e orofaríngea. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**. V. 72, n. 2. São Paulo, mar./abr. 2006, p.272-282.

CECCIN, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunicação-Saúde e Educação**. V.9, n. 16, set./2004, fev./2005, p.975-986.

CODATO, L.A.B.C.; NAKAMA, L. Pesquisa em Saúde: Metodologia quantitativa ou qualitativa? **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n.1, dez. 2006. p. 34-35.

COSTA, E.G.; MIGLIORATI, C.A. Câncer bucal: Avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. **Rev. Bras. Cancerologia**, 47(3), 283-289, 2001.

ERIKSEN, M.P.; LeMAISTRE, C.A.; NEWELL, G.R.. Health hazards of passive smoking. **Annual Review of Public Health.**, v.9, 2001, p. 47-70.

- FONTES,P.C.; SOUZA, F.A.C.G.; ROSA,L.E.B. Correlação entre o consumo de tabaco e a incidência de câncer bucal. **Revista Bras. Pat. Oral**, 3(3),2004,p.132-136.
- FRANCO, E.L.; KOWALSKI, L.P.;OLIVEIRA,B.V. et al. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case – control study. **Int. J. Cancer**, v.43,1989,p. 992-1000.
- FRANCO, M.L.P.B. **Análise de Conteúdo**. Brasília: Plano Editora, 2007,72p.
- FREIRE, P. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- FREITAS, V.S. Câncer bucal: Desafios e perspectivas para enfrentamento do problema (Entrevista)**Revista Brasileira de Patologia Oral**. 4, n. 3, jul. /ago./set. 2005.
- GARÓFOLO, A.; AVESANI, C.M.; CAMARGO, K.G.; BARROS, M.E. Dieta e câncer; um enfoque epidemiológico.**Rev. Nut.** v. 17, n.4, Campinas, out./dez, 2004,p.491-505.
- GLANZ, K.Behavioral research contributions and needs in cancer prevention and control: Dietary change. **Prev Med**, 26(5 Pt 2): 1997, p.43-55.
- GOLDENBERG,M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.8.ed. Rio de Janeiro: Record, 107 p. 2004.
- GUERRA, M.R.; GALLO, C.V.M.; AZEVEDO, G.; MENDONÇA, S. Risco de Câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev. Bras. Cancerologia**. 51 (3), p.227-234, 2005.
- KOVALESK,D.F.,FREITAS,S.F.T.,BOTAZZO,C.Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho.**Ciência & Saúde**,11(1):97-103,2006.
- L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.4, Rio de Janeiro, out./dez 1994,p.481-490.
- LA VECCHIA, C.; TAVANI, A.; FRANCHESCHI, S.; et al. Epidemiology and prevention of oral cancer. **Oral Oncology**, 1997;33 (5), p.302-312. sep/1997
- LEITE, A.C.E.; GUERRA, E.N.S.; MELO, N.S. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do cancer bucal:revisão. **Rev. de Clín. Pesq. Odontol**, v.1, n.3, jan./mar, 2005,p.31-36.
- LIBÂNEO, J. C. Didática. 16ª reimpressão. São Paulo: Cortez, 1994. 261 p.

LIMA, M.S.; DUN, J.; NOVO, I.P.; TOMASI, E.; REISSER, A.A. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population. **Subst Use Misuse**, 2003, 38, 51-65.

MARCHIONI, D.M.L.; FISBERG, R.M.; GOIS FILHO, J.F.; KOWALSKI, L.P.; CARVALHO, M.B.; ABRAHÃO, M. LATORRE, M.R.D.O.; NETO, J.E; WÜNCH FILHO, V. Fatores Dietéticos e câncer oral; estudo caso-controle na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (3), p. 553-654, mar. 2007

MATOS, I.B.; ARAÚJO, L.A. Práticas Acadêmicas, cirurgiões-dentistas, população e câncer bucal. **Revista da ABENO**, 3 (1), 2003, p.76-81.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 290 pág., 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. **Seminário da Promoção da Saúde no Contexto do Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável**.-Relatório Final, Rio de Janeiro, jul.2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança no modelo de Atenção Básica**. Informes Técnico-Institucionais. Ministério da Saúde. Rev Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.3, n.1, jan./mar. 2003.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia oral & Maxilo – facial**. Guanabara Koogan, 2.ed., 2002.

NOGUEIRA, R.L.M.; LIMA, G.M.; RABENHORST, S.H.B.; FERREIRA, V.A. Detecção da p.53 em lesões benignas e malignas da mucosa bucal: correlação com o hábito de fumar. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buço-Maxilo-Facial**, v.4, n. 1, , jan./mar., 2004.

NUTO, S.A.S.; NORO, L.R.A.; CAVALSINA, P.G.; COSTA, I.C.C.; OLIVEIRA, A.G.R.C. O processo ensino-aprendizagem e suas conseqüências na relação professor-aluno-paciente. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. 11(1), 2006, p. 89-96.

OPAS-Organização Pan-Americana de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Tabagismo como problema de saúde pública. Instituto Nacional do Câncer, 2002. Disponível em www.inca.gov.br. Acesso: 07/08/2008

OPAS-Organização Pan-Americana de Atenção à Saúde.Escritório Regional para a Organização Mundial da Saúde.Tema: Reorientação das Práticas e Serviços de Saúde,2008.Disponível em www.opas.gov.br.Acesso: 01/08/2008

OMS-Organização Mundial da Saúde, 2003.

PARISE JÚNIOR, O. **Câncer de boca**: aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier, 2000. 256 p. ilustr. tab. (Br)

PRADO, R.F.; TAVIEIRA, L.A.A. Nicotina na carcinogênese química bucal. **Rev. Bras. de Patologia Oral**, v.2, n. 4, out./dez. 2003,p.24-27.

QUEIROZ, R.C.S.; MATTOS, I.E.; MONTEIRO, G.T.R.;KOFFMAN, S. Confiabilidade e validade das declarações de óbito por câncer de boca no município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,19 (6), 1645-1653, nov./dez. 2003.

REGAZZI,J.A; SCIUBBA, J.J. **Patologia Bucal**: Correlações Clínicopatológicas. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.,2000.p.97-102.

REIS, S.R.A.; SANTO, A.R.E.; ANDRADRE, M.G.S.; SADIGURSKY, M. Alterações citológicas na mucosa após exposição crônica ao etanol. **Bras. oral res.**, v.20, n.2, São Paulo, abr./jun., 2006.

SCHECHT, N.F.; FRANCO, E.L.; PINTO, J.; NEGASSA, A.; KOWALSKI, L.P.; OLIVEIRA,B.V. et al. Interacion between tobacco and alcohol consumption and the risk of cancers of the upper aero-digestivo tract in Brazil. **Am j. Epidemiol.** 150: 1999,p. 1129-37.

SILVERMAN, S. **Oral Cancer**, 4. ed., B.C. Decker, Ontario, Canadá, 1998.

SOUZA JUNIOR.A.S. Etiopatogenia do câncer no Brasil: Fatores de risco e proteção. *Rev. Saúde e biol.*, v.1, n. 2, p. 48-58. jul./dez, 2006 <http://www.revista.grupointegrado.br/sabios>. Acesso:02/11/2007.

STRUCHINER,M.,VIEIRA,A.R.,RICCIARD,R.M.V.Análise do conhecimento e das concepções sobre saúde oral de alunos de odontologia: avaliação por meios de mapas conceituais.**Cadernos de Saúde Pública**.15 (Sup.2), 55-58, Rio de Janeiro, 1999.

TINOCO,J.A.;SILVA,A.F.;OLIVEIRA,C.A.B.;RAPOPORT,A.;FAVA,A.S.;SOUZA,R.P.Correlação da injeção viral pelo papilomavírus humano com as lesões papilomatosas

e o carcinoma epidermóide na boca e orofaringe. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.50, n.3, São Paulo, jul/set.2004, p.252-256.

TOPORCOV, T.N., ANTUNES, J.L., TAVARES, M.R. Fat food habitual intake and risk oral cancer. **Oral oncology**, v.40, n.9, 2004, p.925-931.

VANDERLEI, F.A.B.; PEREIRA, F.C.; HOJAJI, F.C.; NISHIP, S. Importância do exame da cavidade oral no diagnóstico precoce dos tumores da boca. **Revista Médica de São Paulo**, 77 (2), mar./abr. 1998, p.101-112.

VASCONCELOS, E.M. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v.14, n. 1, Rio de Janeiro, 2004, p. 67-83.

VASCONCELOS, E.M. **Comportamento dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal**. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre. São Paulo, 2006.

VENTURI, B.R.M.; CABRAL, M.G.; LOURENÇO, S.Q.C. Carcinoma de células escamosas oral: contribuição de vírus oncogênicos e alguns marcadores moleculares no desenvolvimento e prognóstico da lesão: uma revisão. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**. V.70, n. 3, 385-92, mai./jun., 2004, p.385-92.

VIDAL, A.K.L.; SILVEIRA, R.C.; SOARES, E.A.; CABRAL, A.C.; CALDAS JUNIOR, A.F.; SOUZA, E.H.A.; LOPES, R.M.L. Prevenção e diagnóstico precoce da câncer de boca: uma medida simples e eficaz. **Odont. Clín. Cient.**, 2(2), 109-114, maio/ago. 2003.

WARNAKULASURIYA, S.; SUTHERLAND, G.; SCULLY. C. Tobacco oral câncer and treatment of dependence. **Oral Oncology**, 41: 2005, p.244-260.

ZAIN, R.B. Cultural and dietary risk factors of oral câncer and precancer – a brief overview. **Oral Oncology**, 37: 2001, p.205-210.

GLOSSÁRIO

Agentes mutagênicos: são agentes capazes de provocar alterações nas estruturas das células tornando-as com potencial de se transformarem em células malignas.

Alergenos: substâncias que podem provocar alergias no organismo do indivíduo

Anticarcinogênicos: substâncias que podem agir contrariamente aos fatores que provocam o câncer

Assoalho da boca: região da boca localizada abaixo da língua

Biologismo: quando se coloca a causa da doença como sendo só devido a fatores relacionados às estruturas do corpo, sem levar em conta as condições de vida, trabalho, cultura, etc.

Cânceres anogenitais: doenças cancerosas localizadas próximas à região do ânus e do órgão genital do indivíduo.

Carcinogênese: refere-se à origem do câncer

Carcinógenos: refere-se aos fatores que podem originar o câncer

Cirurgia buço-maxilofacial: cirurgia realizada na região da cabeça e do pescoço

Contra-referência: resposta dada por escrito do resultado de um exame ou avaliação solicitada por outro profissional para controle do mesmo.

Doença neoplásica: doença relacionada com o câncer

Estadiamento: estudo realizado para se saber o tamanho e a agressividade da lesão.

Estomatologia: especialidade na área da Odontologia que estuda doenças da boca, principalmente aquelas relacionadas aos tecidos moles.

Etilista: indivíduo que faz uso rotineiro do álcool

Etiopatogenia: refere-se aos fatores que podem estar originando uma doença.

Exame histopatológico: exame laboratorial realizado para comprovação de diagnóstico de uma lesão suspeita.

Glândulas salivares: órgãos que produzem secreções e as lançam para o interior da boca.

Hiperplasia fibrosa inflamatória: aumento de volume da mucosa da boca provocado por agentes inflamatórios.

Hiperplasia fibrosa traumática: aumento de volume da mucosa da boca provocado por algum trauma ou acidente.

Lesões cancerizáveis ou pré-malignas: são lesões que podem se transformar em um câncer.

Lesões hiperplásicas: são lesões que possuem aumento de volume de origem inflamatória ou traumática.

Lesões metastásicas: são lesões que se desenvolveram como consequência de uma lesão maligna.

Linfonodomegalias: são manifestações que ocorrem em decorrência de lesões cancerígenas que se localizam nas regiões dos linfonodos, como as a parte abaixo da mandíbula, nas axilas.

Mecanismos anticarcinogênicos: são fatores contrários à ação de substâncias carcinógenas.

Modelo assistencialista e curativista: atenção em saúde que se preocupa apenas com a cura da doença, não levando em conta suas causas e sua prevenção.

Mucosa jugal: corresponde ao lado da bochecha por dentro da boca.

Nistatina: medicamento utilizado na boca quando da presença de lesões originadas por fungos.

Oncogênese: refere-se às origens do câncer.

Oncologista: profissional especializado da área médica responsável pelos cuidados a pacientes com câncer.

Otorrinolaringologista: especialidade na área médica que cuida das doenças relativas à garganta, laringe, seios da face, ouvido.

Orofaringe: região correspondente à região da garganta.

Palato: estrutura interna da boca que corresponde ao “céu da boca”.

Potencial de malignização: capacidade que uma célula possui de se tornar ou não maligna.

Práticas terapêuticas: são as medidas que serão tomadas para a cura da doença.

Prótese buco-maxilofacial: reabilitação protética a que o indivíduo é submetido quando é mutilado após uma cirurgia invasiva para retirada de um câncer na região da cabeça e do pescoço.

Queilite: feridas que se localizam no “canto da boca”.

Radioterapeuta: profissional especializado na área médica responsável pela realização de radioterapias, tratamento realizado em pessoas acometidas por câncer.

Vestíbulo da boca: região localizada entre a parte interna da bochecha e os dentes.

Úvula: estrutura localizada próxima à garganta, correspondente à “campainha” na boca.

APÊNDICE A

Ficha de identificação do perfil pessoal e profissional do cirurgião-dentista

1- Caracterização pessoal

-Número de identificação:

-Idade:

-Sexo:

-Religião: Qual ?:

-Estado civil:

2- Formação profissional

-Instituição:

-Ano de graduação:

-Curso de pós-graduação: Sim ___ Não ___ Em
curso _____

Em caso positivo:

Qual? _____ Instituição: _____

3- Características das atividades profissionais

-Atividade como autônomo: Sim ___ Não ___

Onde () Em consultório próprio

() Em consultório odontológico de outras pessoas, dividindo-o com
outro(s)

profissional(ais)

-Tempo dedicado à atividade profissional

privada: _____

-Tempo de atividade profissional no serviço

público: _____

-Outras atividades profissionais que não a odontologia: Sim _____ Não _____

Em caso positivo,

especificar: _____

APÊNDICE B

Questionário

1- Você realiza atividade de prevenção em saúde bucal?

Sim ____ Não ____

Em caso afirmativo: (Marque a melhor opção): ____ Na 1ª consulta

____ Na última consulta

____ No decorrer do tratamento

____ Atitude variável, de acordo com o

risco provável de aquisição de doenças

2- Já participou de campanhas de prevenção em saúde bucal?

Sim ____ Não ____ De que
natureza? _____

3- Tem tido cursos de atualização através do poder público nos últimos 5 anos?

Sim ____ Não ____ Se afirmativa, qual o tempo de duração, em
meses? _____

4- Em caso afirmativo, os cursos oferecidos têm contribuído para se fazer uma
Odontologia Preventiva?

Sim ____ Não ____

5- Você considera que o dentista contribui para a promoção da saúde humana?

Sim ____ Não ____

6- Você realiza rotineiramente em todos os pacientes o exame das mucosas da boca?

Sim ____ Não ____

7- Você acredita ser capaz de mudar hábitos e/ou vícios de um paciente em função de
sua saúde?

Sim ____ Não ____

8- Você já se deparou com casos em que você suspeitou ser câncer de boca e o mesmo foi diagnosticado, ainda em sua fase inicial?

Sim_____ Não_____

9-Em ações educativas para a saúde bucal, sempre é mencionada a existência do câncer bucal como uma das principais doenças da boca, bem como seus fatores de risco?

10-Você já realizou algum tipo de reunião educativa em seu PSF com abordagem exclusiva para a prevenção do câncer de boca?

Sim_____ Não_____

11-Dentre os fatores de risco listados abaixo, numere-os de acordo com o grau de importância para o câncer bucal de 1 a 4, considerando o número 1 de maior grau e o número 4 o de menor grau.

Álcool

Dieta alimentar pobre em vegetais

Higiene bucal deficiente

Tabaco

APÊNDICE C

Roteiro das entrevistas

Para a realização das entrevistas, serão disponibilizados enunciados que terão como objetivo o direcionamento das questões propostas, sugeridos a seguir:

- 1) A sua formação na graduação contemplou, através das disciplinas práticas ou teóricas, estágios supervisionados, iniciação científica ou outros instrumentos e/ou atividades acadêmicas, propostas preventivas e educativas sobre a promoção da saúde bucal;
- 2) Você tem realizado ações preventivas relativas ao paciente vulnerável a contrair câncer bucal – Quais tem sido as ações mais frequentes;
- 3) Quais são os sinais e sintomas que você procura na pesquisa do câncer de boca;
- 4) Em pacientes apresentando sinais e sintomas de câncer bucal, qual tem sido seu procedimento clínico;
- 5) Você já teve pacientes com suspeita de câncer de boca ou encaminhou para realização da biópsia casos que necessitavam apenas de comprovação histológica;
- 6) A alta tecnologia disponibilizada para a realização de diagnóstico e tratamento odontológico é condição para o diagnóstico do câncer bucal.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: Considerações sobre práticas de cirurgiões-dentistas na prevenção do câncer de boca na cidade de Itabira-MG.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa acima citada. O documento abaixo contém as informações necessárias sobre a pesquisa a ser realizada. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós e não causará nenhum prejuízo a você, podendo desistir a qualquer momento em participar do mesmo.

As informações abaixo têm a finalidade de esclarecer e pedir sua participação voluntária neste estudo que visa conhecer as ações que os cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas do Programa de Saúde da Família da cidade de Itabira-MG desenvolvem para a realização da prevenção do câncer bucal.

Reconhecemos a importância do papel assumido pelo cirurgião-dentista nas Unidades Básicas de Saúde quanto à prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce das lesões bucais suspeitas e sua atuação frente aos fatores de risco responsáveis pelo câncer de boca. Assim, gostaríamos de evidenciar a realização, ou não, de ações preventivas relativas aos pacientes adultos vulneráveis a esta patologia.

O diagnóstico da realidade sobre a atuação do cirurgião-dentista na prevenção do câncer bucal no município de Itabira, é um dos benefícios diretos que este estudo pretende alcançar, dentre outros.

Não haverá quaisquer despesas financeiras, nem riscos ou desconfortos, àqueles que desejarem participar da pesquisa durante a realização dos procedimentos de coleta dos dados.

Após terem sido entregues pessoalmente, solicitamos que sejam retornados ao autor da pesquisa, através dos malotes conduzidos pela Secretaria Municipal de Saúde, tanto o questionário quanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente preenchidos, sendo este último assinado, utilizando-se de envelope lacrado, em um prazo que não ultrapasse a 10 (dez) dias após o recebimento desta.

As informações obtidas não serão utilizadas para divulgar a sua identidade e tais dados somente serão utilizados para este estudo. Caso necessite de maiores esclarecimentos, a qualquer momento durante o andamento da pesquisa, favor entrar em contato com o pesquisador através de telefone e/ou e-mail, disponibilizados abaixo.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos desta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC.

Eu.....portador da carteira de identidade número..... expedida pela registrado no Conselho Regional de Odontologia....., após ter lido as informações apresentadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar de forma voluntária neste estudo.

Por ser verdade, assino e dato o presente documento.

Itabira..... de março de 2009

Participante:

Maria de Fátima Macedo Duarte - CROMG nº 11.337

Responsável pelo Projeto

Mestranda em Educação e Sociedade

ORIENTADOR: Prof.Dr. SEBASTIÃO ROGÉRIO GOIS MOREIRA

Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Qualquer dúvida, esclarecer com a pesquisadora nos seguinte endereço: Rua Amapá, 95, Bairro Amazonas, CEP: 35900 730-Itabira, MG ou pelos telefones: (31) 3831 6746 / 8898-6746