



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE – UFAC**  
**MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL**

**CÂNCER BUCAL: PERCEPÇÃO DOS FATORES DE RISCO E ACESSO AS  
AÇÕES DE PREVENÇÃO NA PERSPECTIVA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO  
DE RUA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO -  
ACRE.**

Rio Branco – Acre  
2019

**EUFRASIA SANTOS CADORIN**

**CÂNCER BUCAL: PERCEPÇÃO DOS FATORES DE RISCO E ACESSO AS  
AÇÕES DE PREVENÇÃO NA PERSPECTIVA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO  
DE RUA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO –  
ACRE.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Amazônia Ocidental, da Universidade Federal do Acre, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Doenças não transmissíveis e infecto-parasitárias

**Orientadora:** Prof. Dr.<sup>a</sup> Italla Maria Pinheiro Bezerra

**Coorientador:** Prof. Dr. Romeu Paulo Martins Silva

Rio Branco – Acre  
2019

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

---

C115c Cadorin, Eufrasia Santos, 1972-

Câncer bucal: percepção dos fatores de risco e acesso as ações de prevenção na perspectiva da população em situação de rua e profissionais de saúde no Município de Rio Branco - Acre / Eufrasia Santos Cadorin; orientadora: Dr<sup>a</sup>. Italla Maria Pinheiro Bezerra e Coorientador: Dr. Romeu Paulo Martins Silva. – 2019.

74 f.: il.; 30 cm.

Mestrado (Dissertação) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Amazônia Ocidental, Rio Branco, 2019.  
Inclui referências bibliográficas, anexos e apêndices.

1. Câncer bucal. 2. Prevenção. 3. População em situação de rua. I. Bezerra, Italla Maria Pinheiro (orientadora). II. Silva, Romeu Paulo Martins (Coorientador). III. Título.

**EUFRASIA SANTOS CADORIN**

**CÂNCER BUCAL: PERCEPÇÃO DOS FATORES DE RISCO E ACESSO AS  
AÇÕES DE PREVENÇÃO NA PERSPECTIVA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO  
DE RUA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO –  
ACRE.**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da Amazônia Ocidental para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Acre.

**1 COMISSÃO EXAMINADORA**

**Presidente:** Prof. Dr.<sup>a</sup> Italla Maria Pinheiro Bezerra (Orientadora) Universidade Federal do Acre – UFAC

**2 EXAMINADORES**



---

Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu  
Membro Interno

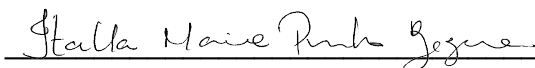


---

Prof.ª Dr.ª Sandra Dircinha Teixeira de Araújo Moraes  
Membro Externo

**3 Data: 17/01/2019**

As sugestões da Comissão Examinadora e as Normas MECS para o formato da Dissertação foram contempladas



---

Prof.ª Dr.ª Italla Maria Pinheiro Bezerra

Rio Branco – Acre, 17 de janeiro de 2019.

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu pai Walmir Cadorin (*In memoriam*) por ser para mim exemplo de bondade e amor ao próximo. A minha mãe Maria Aparecida Santos Cadorin por ser exemplo de força interior. Ao meu filho Matheus Cadorin Rodrigues por me amar e me permitir te amar “infinitas vezes maior que o infinito”.

## AGRADECIMENTOS

Muito embora os sentimentos não possam ser expressos em palavras que nesse momento se tornam vis, não poderia deixar de registrar e falar de GRATIDÃO, pois “em um coração onde mora a gratidão, haverá sempre a felicidade” (autor desconhecido).

Como em todos os momentos da vida me permito ser grata, nessa caminhada, não poderia ser diferente e meu coração agradece...

A Deus pela oportunidade da vivência e aprendizagem terrena e a Jesus meu Mestre e Guia.

Às pessoas em situação de rua, que me permitiram adentrar no seu mundo, despertando em mim o melhor que há no ser humano, a compaixão. Não no sentido da pena, mas o desejo de minorar essa condição, fruto de uma sociedade que ainda não aprendeu a amar. Sei que enquanto pessoa eu também sou responsável pelas mazelas sociais do mundo,

À minha família: meus irmãos Geferson, Joana Paula e Bruna Fernanda e meus sobrinhos, pelo incentivo, apoio e compreensão por minha ausência.

À Professora Doutora Italla Maria Pinheiro Bezerra, pelo carinho e oportunidade de aprendizado imensurável na construção desse trabalho.

Aos amigos Ana Flávia Angel, Analdemyra, Dilziane, Douglas Angel, Érica Fabiola, Rucilene, Valgerlângela e Valéria Teixeira por me incentivarem a tentar e tentar e tentar, a não desistir de participar dos vários processos seletivos para entrar no Mestrado. À amiga Vanessa Velasco, pelo apoio e indicação dos caminhos na coleta de dados. Às amigas Aline Nordi, Renata Sanchez e Tereza Sarquis que compartilharam comigo os medos e angústias sentidos ao longo do curso, apoiando e facilitando o caminho. Ao amigo Marcos Francisco, que sempre me socorre na formatação dos trabalhos. Os levo comigo para sempre no coração, sou privilegiada por ter tantos amigos irmãos.

Ao grupo de Pesquisa da Incubadora da Integralidade da Amazônia Ocidental, aqui representados por Rodrigo Silveira, Juliana Lôfego, Osvaldo Leal e Roseni Pinheiro, que me contagiaram com esse movimento da pesquisa enquanto produção de conhecimento nas práticas do SUS, pelo SUS e para o SUS.

À Diretoria do Centro Universitário Uninorte na pessoa da Diretora Acadêmica Vanessa Igami e da Maria do Carmo Moreira de Miranda, ex-coordenadora do curso de Odontologia e à Secretaria Municipal de Saúde, na pessoa da Gerente do Departamento de Gestão de Pessoas Sílvia Maria de Assis Pereira, não somente pela liberação para participar do Mestrado, mas principalmente pela confiança, incentivo e afetividade.

À Secretaria Municipal de Saúde, na pessoa do Sr. Secretário de Saúde Oteniel Almeida e à Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social na pessoa da Sr.<sup>a</sup> Secretária Maria das Dores Araújo de Sousa, por permitir o acesso aos serviços para realização da pesquisa.

A todo corpo docente e coordenação do Mestrado pelo apoio e orientação nessa caminhada e à secretária executiva Ana Caroline, e claro aos amigos que o Mestrado me deu, principalmente minha querida Marcélia Alexandrina, que fez parceria comigo nos medos, incertezas, angústias, produção e claro nos bons momentos oportunizados pela vida.

Quanto aprendizado... SÓ GRATIDÃO À TODOS!

## **NÃO SOMOS LIXO**

Não somos lixo  
Não somos Lixo nem bicho.  
Somos humanos.  
Se na rua estamos é porque nos desencontramos.  
Não somos bicho e nem lixo.  
Não somos anjos, não somos o mal.  
Nós somos arcanjos no juízo final.  
Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos.  
Ouvimos o silêncio cortante dos que afirmam serem santos  
Não somos lixo.  
Será que temos alegria? Às vezes sim...  
Temos com certeza o pranto, a embriaguez,  
A lucidez e os sonhos da filosofia.  
Não somos profanos, somos humanos.  
Somos Filósofos que escrevem  
Suas memórias nos universos diversos urbanos  
A selva capitalista joga seus chacais sobre nós.  
Não somos bicho nem lixo, temos voz.  
Por dentro da caótica selva, somos vistos como fantasma.  
Existem aqueles que se assustam,  
Não estamos mortos, estamos vivos.  
Andamos em labirintos.  
Dependendo de nossos instintos.  
Somos humanos nas ruas, não somos lixo.

Carlos Eduardo Ramos, o Cadú  
Morador das Ruas de Salvador

**CADORIN, Eufrasia Santos. Câncer bucal: percepção dos fatores de risco e acesso as ações de prevenção na população em situação de rua no município de Rio Branco – Acre. 2019. 74f. Dissertação de mestrado em Ciências da Saúde da Amazônia Ocidental – Universidade Federal do Acre (UFAC).**

## **RESUMO**

**Introdução:** Em decorrência de hábitos cotidianos como tabagismo e alcoolismo, a população em situação de rua, deve ser reconhecida como grupo de risco para o Câncer Bucal (CB), podendo estar associado ainda a outros fatores como hereditariedade, má higiene oral, idade e sexo. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, atualmente são 368 pessoas vivendo em situação de rua. **Objetivo:** Analisar a percepção sobre o câncer bucal, seus fatores de riscos e ações de prevenção no município de Rio Branco – Acre. **Método:** Refere-se a um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado no período de janeiro a abril de 2018. A pesquisa envolveu a população em situação de rua e a equipe do Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), sendo incluídos 30 usuários e 04 profissionais de saúde. Na organização optou-se pela Análise de Conteúdo de Bardin, aplicando na análise do *CORPUS* as regras de Frequência Simples, Frequência Ponderada e Direção nas categorias temáticas: Percepção dos fatores de risco; Ações de prevenção e controle; e Fatores que favorecem ou não a prevenção. **Resultados:** Evidenciou-se que as pessoas em situação de rua e equipe têm percepção sobre os fatores de risco relacionados a este agravo, porém não se tem uma preocupação com a prevenção pelos usuários. Os profissionais da equipe não desenvolvem ações voltadas para prevenção da doença e na perspectiva da equipe e dos usuários, podem ser desenvolvidas ações preventivas, porém com o olhar para a realização de ações pontuais com ênfase na mudança de hábitos nocivos. **Conclusão:** A população em situação de rua e profissionais da equipe do consultório na rua têm conhecimento dos principais fatores de risco do câncer bucal. A equipe não desenvolve ações específicas para prevenção deste agravo e os usuários compreendem a necessidade de prevenção. A dificuldade de acesso e o tempo de retorno ao cirurgião dentista são fatores que dificultam a prevenção.

**Descritores:** Câncer Bucal. Prevenção. População em situação de rua.



**CADORIN, Eufrasia Santos. Oral cancer: perception of risk factors and access to preventive actions in the homeless in the city of Rio Branco - Acre. 2019. 74f. Master's Dissertation in Health Sciences of the Western Amazon – Federal University of Acre (UFAC).**

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Due to everyday habits such as smoking and alcoholism, the homeless, should be recognized as a group at risk for oral cancer (CB), and may be associated with still other factors such as heredity, poor oral hygiene, age and sex. According to the Municipal Health Secretariat of Rio Branco currently are 368 people homeless. **Objective:** To analyze the perception of oral cancer, risk factors and prevention from the perspective of health professionals and in the homeless. **Method:** Refers to a descriptive study with a qualitative approach, carried out in the period January-April 2018. The research involved the homeless and Office staff on the street of the City Department of health (SEMSA), being included 30 04 health professionals and users. In the interpretation we opted for Bardin's content analysis, applying the analysis of the CORPUS of rules Simple, Weighted Frequency and Direction in thematic categories: perception of risk factors; Prevention and control; and factors that favor or not prevention. **Results:** It was evidenced as homeless and team have perception about the risk factors related to this injury but don't have a concern with the prevention by the users. The team did not develop actions aimed at prevention of the disease, but in terms of team and users, can be developed preventive actions, but with the look to perform specific actions with emphasis on changing habits harmful. **Conclusion:** The homeless and professionals in the street doctor's office are aware of the major risk factors for oral cancer. The team does not develop specific actions to prevent this disease and users understand the need for prevention. The difficulty of access and the time of return to the dental surgeon are factors that make prevention difficult.

**Key words:** Oral Cancer. Prevention. Homeless.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: <i>Corpus</i> do estudo: fragmentos dos depoimentos dos participantes da pesquisa, relacionados às categorias temáticas. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.....	32
Tabela 2: Regras de enumeração segundo Bardin e critérios utilizados na pesquisa. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.....	35
Tabela 3: Frequência Ponderada da percepção dos fatores de risco do Câncer Bucal. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018. ....	37
Tabela 4: Frequência Ponderada das ações de controle e prevenção do Câncer Bucal. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018. ....	38
Tabela 5: Frequência Ponderada do tempo da última visita ao Cirurgião Dentista dos usuários em situação, Acre, Brasil, 2018. ....	39
Tabela 6: Frequência Ponderada do local de acesso à consulta odontológica dos usuários em situação, Acre, Brasil, 2018. ....	40
Tabela 7: Frequência Ponderada dos fatores que favorecem ou não à prevenção na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde, Acre, Brasil, 2018. ....	40
Tabela 8: Unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas segundo técnica de Bardin. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.....	41
Tabela 9: Descrição das evidências do estudo relacionadas às categorias temáticas. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.....	45

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização geográfica do Município de Rio Branco, Acre, Brasil.....	28
Figura 2: Passos metodológicos da Análise de Conteúdo fundamentada por Bardin. .....	30
Figura 3: Fluxograma com as pré-categorias temáticas e questões norteadoras da pesquisa. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018. ....	31
Figura 4: Fluxograma da pré-análise da pesquisa. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018...	33
Figura 5: Fluxograma da exploração do material da pesquisa. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018. ....	36
Figura 6: Escala bipolar de sete pontos. Direção Categoria Temática I – Percepção dos fatores de risco do Câncer Bucal. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018. ....	37
Figura 7: Escala bipolar de sete pontos. Direção Categoria Temática II – Ações de prevenção do Câncer Bucal. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.....	38
Figura 8: Escala bipolar de sete pontos. Direção Categoria Temática III – Fatores que favorecem ou não a prevenção do Câncer Bucal. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018. .....	40
Figura 9: Fluxograma do tratamento dos resultados do material da pesquisa. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.....	42

## **LISTA DE SIGLAS**

CB – Câncer Bucal

CABUL - Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer de Boca

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

eCR - Equipe do Consultório na Rua

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV - Papiloma Vírus Humano

INAMPS - Instituto Nacional da Previdência Social

INCA - Instituto Nacional de Câncer

MS – Ministério da Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PSR – População em Situação de Rua

PEPCCB - Programa de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UC – Unidade de Contexto

UR – Unidade de Registro

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>1.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER BUCAL</b> .....	<b>18</b>
<b>1.2 FATORES DE RISCO</b> .....	<b>19</b>
<b>1.2.1 Fatores de Risco Intrínsecos</b> .....	<b>19</b>
1.2.1.1 Genéticos .....	19
1.2.1.2 Imunológicos.....	19
<b>1.2 FATORES DE RISCO EXTRÍNSECOS</b> .....	<b>20</b>
<b>1.2.1 Ambientais</b> .....	<b>20</b>
1.2.1.1 Tabagismo .....	20
1.2.1.2 Alcoolismo .....	20
1.2.1.3 Exposição Solar .....	20
1.2.1.4 Papiloma Vírus Humano (HPV).....	21
1.2.1.5 Hábitos alimentares.....	21
1.2.1.6 Higiene Oral.....	21
<b>1.2.2 Sociais</b> .....	<b>21</b>
1.2.2.1 Idade e Sexo .....	21
1.2.2.2 Irritação Crônica.....	21
1.2.2.3 Nível sócio-econômico .....	22
<b>1.3 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E ATENÇÃO À SAÚDE</b> .....	<b>22</b>
<b>1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER BUCAL</b> .....	<b>23</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
<b>2.1 GERAL</b> .....	<b>27</b>
<b>2.2 ESPECÍFICOS</b> .....	<b>27</b>
<b>3. MÉTODO</b> .....	<b>28</b>
<b>3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO</b> .....	<b>28</b>
<b>3.2 CENÁRIO DA PESQUISA</b> .....	<b>28</b>
<b>3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA</b> .....	<b>29</b>
<b>3.4 COLETA DE DADOS</b> .....	<b>29</b>
<b>3.5 PROCEDIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO DOS DADOS</b> .....	<b>30</b>
3.5.1 Preparação do <i>CORPUS</i> do estudo.....	30
3.5.2 Primeira etapa da análise de conteúdo: Pré-análise.....	33
3.5.3 Segunda etapa da análise de conteúdo: exploração do material da pesquisa.....	35

3.5.4 Terceira etapa da análise de conteúdo: tratamento dos resultados do material da pesquisa .....	42
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	42
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	44
4.2 ANÁLISE DAS CATEGORIAS .....	45
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>47</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	47
5.2 CATEGORIA TEMÁTICA I – PERCEPÇÃO DOS FATORES DE RISCO DO CÂNCER BUCAL .....	47
5.3 CATEGORIA TEMÁTICA II – AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE .....	49
5.4 CATEGORIA TEMÁTICA III - FATORES QUE FAVORECEM OU NÃO AÇÕES DE PREVENÇÃO.....	54
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>73</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Câncer Bucal (CB) é a denominação genérica utilizada para as alterações malignas que afetam as estruturas da cavidade oral como lábio, língua, glândulas salivares, assoalho bucal, gengiva, mucosa da bochecha, vestibulo bucal, palato e úvula e, em decorrência de sua letalidade e possibilidade de identificação precoce, é considerado um problema prioritário na saúde pública no Brasil<sup>1</sup>.

É um tumor maligno resultante da proliferação celular que ocorre de forma atípica, incessante, descontrolada, propensa à invasão direta dos tecidos vizinhos e à metástase, ou seja, a disseminar à distância por meio das circulações sanguínea ou linfática, estando sua etiologia ligada à uma somatória de fatores carcinogênicos, relacionados ao hospedeiro e ao ambiente<sup>2, 3</sup>.

Por serem assintomáticos no estágio inicial, esses agravos, em sua maioria, são detectados em fase avançada, o que contribui com um prognóstico desfavorável, elevando o custo econômico e social com o tratamento e reduzindo as possibilidades de cura, podendo levar à morte ou invalidez, com sequelas que acompanharão estes pacientes ao longo de sua existência, influenciando sua vida e de seus familiares<sup>4</sup>.

O conhecimento dos fatores de risco para a doença possibilita intervenções para a sua prevenção e controle e ainda, a sua detecção precoce, com prognósticos mais favoráveis, interferindo na relação custo-benefício nos aspectos econômicos e sociais. A compreensão destes fatores possibilita a identificação das populações em situação de risco e vulnerabilidade facilitando o desenvolvimento de ações de prevenção e controle periódico no serviço público de saúde.

Por ser considerado um problema de saúde pública prioritário, mesmo antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, o poder público vem desenvolvendo ações voltadas para o controle da doença, embora que historicamente, antes da criação do SUS, esta preocupação estivesse mais presente em profissionais da área do que nas instituições<sup>5, 6, 7</sup>.

Muito embora se perceba uma preocupação com a temática, em decorrência de sua morbimortalidade, antes da criação do SUS, é possível observar que o modelo campanhista foi predominante, com descontinuidade nas ações por parte do poder público, responsável pela oferta de serviços, tanto na saúde quanto na previdência, considerando que até 1988 a prestação de serviços eram de responsabilidade desses dois órgãos, cada um com atribuições específicas. Após a criação do SUS, se observa

uma carência nas ações de prevenção do câncer bucal, enquanto prioridade e diretriz do MS, até a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004<sup>8</sup>.

O modelo de saúde bucal no Brasil predominante foi excludente, por sua limitada capacidade de respostas às necessidades de saúde da população e por sua demanda reprimida. Em um dado momento da história, o País foi conhecido e quiçá ainda é, como o país dos “banguelas”, em consequência das práticas mutiladoras, desenvolvidas ao longo de décadas, focada em práticas individuais para resolução de problemas pontuais, sem priorização de ações educativas e preventivas, sendo a cárie dental, o problema mais evidenciado na área. Há de se destacar que paralelamente, a ciência odontológica, com grande desenvolvimento científico e tecnológico, porém com uma dicotomia entre a visão sanitária, pois as inovações estiveram focadas em práticas curativas individualistas<sup>9, 10, 11</sup>.

Com a implantação da PNSB, também conhecida como Brasil Sorridente, um novo modelo de atenção à saúde bucal é proposto, na perspectiva da integralidade e da redução das desigualdades sociais, conforme preconizado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS. A Política traz como orientação, uma atenção organizada por ciclo de vida, com linhas de ações prioritárias, com a saúde bucal coletiva, substituindo o tecnicismo e biologicismo, até então predominantes, priorizando ações coletivas para promoção da qualidade de vida e defesa da cidadania<sup>10</sup>.

Para além da organização dos serviços, a PNSB propõe uma nova práxis na produção dos serviços, onde o processo de trabalho na saúde, pressupõe a criação de vínculos, sendo este lugar, compreendido um espaço de encontro entre usuários e trabalhadores que se permitem à escuta, para compreender as necessidades e singularidades dos usuários, na produção de cuidado com a perspectiva da autonomia dos sujeitos<sup>12</sup>.

Nesse contexto, as práticas cuidadoras envolvem ações educativas que considerem as especificidades envolvidas no processo de adoecimento. Uma das estratégias propostas na PNSB para a prevenção do câncer bucal perpassa pelo desenvolvimento de ações educativas a serem desenvolvidas pela equipe de saúde bucal, no cotidiano do trabalho da atenção básica<sup>8</sup>.

Nas práticas para a promoção da saúde, a educação em saúde é uma estratégia desenvolvida no processo de trabalho da equipe de saúde, que coloca o usuário no centro da ação, enquanto sujeito na produção de saúde, favorecendo mudanças de



hábitos e estilos de vida e interferindo nas situações de risco e vulnerabilidade social, reconhecendo a saúde como uma prática multidimensional<sup>13</sup>. Porém, as práticas educativas não devem ser centradas na transmissão de informações, desenvolvidas de forma verticalizada onde o profissional de saúde detém o saber e o usuários são subordinados à cientificidade biomédica, com ações unidirecionais<sup>14</sup>.

Ao abordar a temática educação em saúde, é necessário resgatar alguns conceitos trazidos por Paulo Freire<sup>15</sup>, o qual afirma que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou construção”, onde a ação do sujeito criador, o educador, dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Com esse valor, o ato educativo na saúde, não deve estar centrado em práticas autoritárias, onde o profissional fomenta o paradigma do certo e errado para ter saúde.

A prevenção do câncer bucal na População em Situação de Rua (PSR) perpassa pela necessidade de compreender o universo e as singularidades que envolvem às pessoas nessa condição, possibilitando práticas de cuidado que respeitem suas escolhas, sem emitir juízo de valor entre o certo e o errado, entendendo que essa condição não é uma escolha mas envolve fatores diversos, que muitas das vezes vão além da capacidade de intervenção do profissional de saúde. Assim, será possível repensar as práticas educativas e medidas de prevenção e controle da doença que coadunem com as necessidades individuais e coletivas dessa população.

No município de Rio Branco, a população em situação de rua, apresenta uma particularidade relacionada aos motivos que os levaram a essa condição. Essa população, em sua grande maioria, se encontra nas ruas, não por falta de moradia, e sim como consequência do uso abusivo de álcool e outras drogas que acarretaram o rompimento dos vínculos familiares

A aproximação com o tema se deu com os profissionais de equipe do Consultório na Rua (eCR) e com a população em situação de rua, buscando reconhecer os elementos constitutivos do processo do trabalho e a organização dos serviços, bem como os valores e crenças envolvidos na compreensão dos fatores de risco do câncer bucal, considerando como hipóteses alternativas a pouca compreensão ou desconhecimento dos fatores de risco, a inexistência de ações educativas e a dificuldade de acesso para a prevenção e controle da doença.

Diante das reflexões aqui apresentadas, sinaliza-se neste estudo um arcabouço teórico que auxilia na fundamentação do objeto de estudo, apresentado nesta

dissertação. Para tanto, centrou-se nos temas: epidemiologia do câncer bucal, fatores de risco para o câncer bucal, população em situação de rua e atenção à saúde e políticas públicas para prevenção e controle do câncer bucal.

## 1.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER BUCAL

Segundo relatório do Instituto Nacional do Câncer (INCA) de 2018, são estimados 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres, entre os anos de 2018/2019, com um risco estimado de 10,86 casos novos/100 mil homens, sendo este, o 5º tipo mais frequente no Brasil<sup>16</sup>.

Nos Estados Unidos e em outras partes do mundo, o câncer é também considerado um importante problema de saúde pública, sendo registradas uma a cada quatro mortes ocorre em decorrência desse agravo, estando entre os dez tipos mais frequentes, com diagnóstico de 27.000 novos casos e cerca de 5.500 óbitos por ano<sup>17, 2</sup>.

No mundo, o CB é o quinto tipo de câncer em incidência, com maior frequência na Ásia (Índia, Singapura e outras regiões) com mais de 50% de todos os diagnósticos de câncer<sup>3</sup>. Com uma incidência anual maior que 300.000 casos, sua incidência e mortalidade são mais elevadas nos países em desenvolvimento, quando comparado com países desenvolvidos<sup>18</sup>.

O câncer bucal no Brasil figura entre os seis tipos de câncer mais comum no sexo masculino e entre os oito mais frequentes no sexo feminino, sendo considerada uma das mais altas incidências no mundo<sup>16</sup>. Seu tipo mais comum é o carcinoma espinocelular ou epidermóide, diagnosticado em cerca de 90% dos casos<sup>19</sup>.

A mortalidade em decorrência desse agravo na população geral foi de 0,25% no ano de 2004 e 0,31% no ano de 2014, sendo que no sexo masculino esse percentual foi de 0,33% em 2004 e 0,40% em 2014, o que demonstra que a mortalidade no sexo masculino é três vezes maior, quando comparada ao sexo feminino<sup>20</sup>.

Analisando a taxa de sobrevida em pacientes com CB, um estudo realizado em um hospital universitário de referência na região sul do Brasil, entre 2004 e 2014, demonstrou que em 5 e 10 anos, essa taxa foi de 42% e 38% respectivamente e que não foram encontradas diferenças significativas em relação a idade, sexo, etnia, escolaridade e grau histológico, porém, quando analisada a localização primária da lesão, foi possível observar que a sobrevida foi melhor em pacientes com câncer no lábio<sup>21</sup>.

No estado do Acre, para o ano de 2018, foram estimados 20 casos de cânceres na cavidade oral, dado correspondente ao número de casos do município de Rio Branco, onde são estimados 20 casos, o que faz com que esse agravo, ocupe o 5º lugar dentre as estimativas de casos de câncer na população do Estado e do Município. Analisando a taxa bruta por sexo, no Acre corresponde à 2,23 em homens e 1,37 em mulheres e no município de Rio Branco essa taxa é de 3,08 em homens e 0,97 em mulheres<sup>16</sup>.

As estatísticas demonstram que as incidências de câncer bucal no mundo, no Brasil, no estado do Acre e no município de Rio Branco, seguem a mesma tendência, sendo o quinto tipo de câncer mais frequente, exceto no Estados Unidos que figurou entre os 10 tipos mais frequentes. Com relação ao sexo, a incidência é igual em relação a proporção de três casos no sexo masculino, para um caso no sexo feminino.

## 1.2 FATORES DE RISCO

O Carcinoma Epidermóide, tipo mais frequente do CB, é um agravo multifatorial, decorrente da interação de fatores relacionados ao hospedeiro ou intrínsecos e fatores externos ou extrínsecos<sup>2, 19</sup>. Dentre os fatores intrínsecos, são encontrados estados imunológicos ou genéticos e no fatores extrínsecos são mais comuns os fatores ambientais e sociais<sup>1, 2, 22</sup>.

### 1.2.1 Fatores de Risco Intrínsecos

#### 1.2.1.1 Genéticos

A suscetibilidade genética apresenta um papel importante ao se observar que pacientes expostos à fatores extrínsecos não desenvolvem a doença. Estudos evidenciam a relação entre a herança familiar como um papel decisivo no aparecimento do câncer de boca, já que seu desenvolvimento se deve à alterações em genes específicos<sup>22</sup>.

#### 1.1.1.2 Imunológicos

Pacientes imunossuprimidos, seja relacionado a infecção por vírus, como por exemplo o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou ainda pacientes pós transplantes de órgão, apresentam maior incidência da doença, já que com o comprometimento do sistema imunológico, as células malignas não são reconhecidas e não são destruídas<sup>22</sup>.

## 1.2 FATORES DE RISCO EXTRÍNSECOS

### 1.2.1 Ambientais

#### 1.2.1.1 Tabagismo

Relacionando o Tabagismo como importante fator de risco para o câncer bucal, pesquisas demonstram que o cigarro possui em sua composição, 4.700 substâncias tóxicas, sendo 60 com potencial carcinogênico<sup>1</sup>. A nicotina, considerada como uma droga psicoativa pode agir como indutor de resposta inflamatória na cavidade oral enquanto que a fumaça do cigarro, contém substâncias irritantes ou tóxicos para as vias aéreas, podendo causar morte celular ou alterações.

O tabaco aumenta o risco relativo de sete a dez vezes quando comparado a não fumantes.<sup>23</sup> Segundo Neville<sup>2</sup>, o risco relativo de fumantes, quando comparados à não fumantes, é 5 vezes maior, quando consumidos 40 cigarros por dia, aumentando para 17 quando o consumo é de 80 cigarros, sendo proporcional ainda, ao tempo em que a pessoa fuma, reduzindo ao longo do tempo, quando cessa o consumo do tabaco. A proporção de tabagistas com carcinoma oral é de 80%, o que corresponde a uma incidência duas ou três vezes maior que na população geral.

#### 1.2.1.2. Alcoolismo

Estudos comprovam que o alcoolismo é também um dos principais fatores de risco ao CB, porém a ação do álcool na carcinogênese oral não é bem conhecida, podendo estar relacionada ao etanol metabolizado em acetaldeído, que é conhecido como agente cancerígeno. Além destes, outras substâncias carcinogênicas como hidrocarbonetos aromáticos e nitrosaminas, podem ser encontrados em algumas bebidas.<sup>2</sup> Em consumidores crônicos de álcool, com elevadas faixas de consumo associando vários tipos de bebidas, o risco relativo é de 8,5 a 9,2 vezes mais.

Quando associados tabagismo e alcoolismo, o risco relativo é de 141,6 vezes mais, ou seja, a interação do tabagismo e alcoolismo, potencializa o risco à doença.<sup>1</sup> Bagnardi *et al.*<sup>24</sup>, relacionando o consumo de álcool e o risco de câncer, em uma pesquisa de meta análise envolvendo 572 estudos publicados entre 1956 e 2012, com um total de 486.538 casos analisados, demonstra que os riscos relativos (RR) para etilistas crônicos em relação aos não etilistas e etilistas ocasionais foram de 5,13.

#### 1.2.1.3 Exposição Solar

Outro fator de risco encontrado para o CB é a radiação solar, pois a exposição repetida e excessiva aos raios ultravioletas, por um período superior a 15 anos, sem proteção adequada, pode provocar alterações nos lábios com o surgimento inicial de lesão pré-cancerizável, mais comum em pessoas de pele clara, com pouca pigmentação melânica, sendo principal fator de risco para o câncer no lábio inferior<sup>23</sup>. Esse fator de risco, está correlacionado à fatores ocupacionais, em profissões com exposição solar como agricultores, trabalhadores de rua, dentre outros<sup>25</sup>.

#### 1.2.1.4 Papiloma Vírus Humano (HPV)

O CB é relacionado ainda à fatores extrínsecos biológicos, como o Papiloma Vírus Humano (HPV), mais conhecido por sua relação com o câncer de colo de útero, mas que também pode estar relacionado ao câncer bucal. Estudos apontam que infecção oral persistente com presença do vírus, está associado a um risco 4 vezes maior de câncer oral e 14 vezes ao câncer de orofaringe<sup>2</sup>.

#### 1.2.1.5 Hábitos alimentares

As deficiências nutricionais e dietas inadequadas podem interferir nos radicais livre, causando alterações no DNA. O excesso ou deficiência de Vitamina C, Vitamina A, E e B2, dieta rica em gorduras ou pobre em proteínas e alguns minerais são considerados importante fator de risco<sup>22</sup>.

#### 1.2.1.6 Higiene Oral

A má higiene oral, pode ser considerada como um fator adicional ao risco porém a relação entre a sepses bucal e a doença, não está bem determinada mesmo sabendo-se que pessoas com má higiene, associado à outros fatores, apresentam maiores possibilidades de desenvolver o agravo<sup>1</sup>.

### **1.2.2 Sociais**

#### 1.2.2.1 Idade e Sexo

A prevalência é maior em pacientes do sexo masculino com mais de 50 anos de idade, o que pode estar relacionado ao tempo de exposição gerando uma ação cumulativa<sup>22</sup>. Estima-se que no Brasil, o risco estimado de casos novos em homens é de 10,86 e em mulheres é de 3,28 a cada 100 mil, com uma proporção de 3:1<sup>16</sup>.

#### 1.2.2.2 Irritação Crônica

A irritação prolongada da mucosa bucal causada por próteses mal-adaptadas, dentes fraturados e restos dentários não removidos, se constituem como fator de risco, pelo trauma constante causado aos tecidos da mucosa bucal, sendo fator predisponente para a doença, por causarem lesões hiperplásicas que se não tratadas podem contribuir para o surgimento desse agravo<sup>26</sup>.

#### 1.2.2.3 Nível sócio-econômico

As condições sócio econômicas estão associadas a prevalência e mortalidade do câncer bucal, pois as características culturais e acesso ao serviço público de saúde, contribuem com o aparecimento da doença<sup>22</sup>. Com relação à sobrevida, um estudo, demonstrou a associação dos fatores relativos à desigualdade social como baixa escolaridade e realização de trabalhos manuais<sup>27</sup>.

Os fatores de risco mais comuns estão relacionados ao ambiente e hereditariedade, e dentre os fatores ambientais, os que apresentam uma maior relação como fator predisponente estão o alcoolismo e tabagismo, com tempo prolongado de exposição.

### 1.3 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E ATENÇÃO À SAÚDE

A População em Situação de Rua (PSR) é considerada como grupo de risco para o câncer bucal, pois além da condição de vulnerabilidade social a que estão expostos, estes, em sua maioria, são pessoas fazem uso de tabaco, álcool e outras drogas.

Uma pesquisa realizada em 71 cidades brasileiras no ano de 2008, revela que em sua maioria, essa população é composta por homens num total de 82%, sendo a proporção de negros de 67%, índice maior que o percentual de negros na população brasileira que é de 50,7%. A maioria dessa população é composta por trabalhadores que exercem alguma atividade remunerada, totalizando 70% e que dentre os motivos que os levaram à situação de rua, foram encontrados o desemprego, com 29,8%, conflitos familiares 29,1% e alcoolismo/drogas com 35,5%<sup>28</sup>.

A PSR é um fenômeno que envolve uma multiplicidade de fatores que deram origem à essa condição, fatores estes caracterizados como: estruturais, relacionados à ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social, etc.; e biográficos, que estão ligados a história de vida de cada indivíduo, como o rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, consumo de álcool e outras drogas. Os mais comuns são as rupturas dos

vínculos familiares e comunitários, a inexistência de trabalho regular e a ausência ou insuficiência de renda, e o uso frequente de álcool e outras drogas<sup>29</sup>.

A atenção à saúde à essa população é recente, orientada a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a normatização das equipes de Consultório na Rua (eCR) configuradas de forma flexível, para atender as diversas realidades no País, compondo a Rede de Atenção à Saúde na Atenção Primária em Saúde (APS)<sup>30</sup>.

Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com a eCR de Manguinhos que traz a sistematização de uma experiência desenvolvida no território, demonstra que a “eCR, implementando os atributos da APS integral é potente para promover um cuidado efetivo e singular junto à PSR e usuários de álcool e outras drogas, em um esforço direcionado à preservação da vida”<sup>31</sup>.

Em Rio Branco, a equipe do Consultório na Rua atua desde 2012 e é composta por enfermeiro, psicólogo e educador social, sendo realiza a primeira abordagem e organização da referência para a continuidade do cuidado na APS, assistindo aproximadamente 368 pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica e-SUS<sup>32</sup>.

Considerando as singularidades da população em situação de rua, as configurações dos serviços de saúde precisam se dá de forma flexível, com a garantia de acesso frente à necessidade sentida por cada usuário, com o cuidado de não favorecer barreiras para esse acesso. Há de se considerar ainda que na atenção à saúde, a abordagem deve possibilitar o estabelecimento de vínculos entre os profissionais de saúde e os usuários, criando uma relação de confiança e respeito aos valores e estilos de vida destes, para que se sintam acolhidos enquanto pessoas com necessidades e vivências que interferem na sua condição de saúde.

#### **1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER BUCAL**

Revisitando a história da atenção à saúde bucal no Brasil, é possível observar que a preocupação com o CB data de 1938, com o registro de realização de palestras voltadas para os Cirurgiões Dentistas, enfatizando o diagnóstico precoce. Em 1970 a Fundação das Pioneiras Sociais no Rio de Janeiro desenvolveu um programa para diagnóstico precoce e em 1976 foi criado o Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer de Boca (CABUL) pelo Ministério da Saúde. Entre 1977 e 1980 o Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS) promove cursos em

algumas cidades do Nordeste para controle do câncer. Em 1987 é lançado o Programa de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca (PEPCCB) e em 1990 surgem algumas orientações na agenda federal, com destaque ao câncer da orofaringe<sup>7</sup>.

Em 2004, a atenção à saúde bucal é organizada a partir de diretrizes únicas do Ministério da Saúde, com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) denominada Brasil Sorridente, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), propondo a reorganização da atenção centrada na promoção da qualidade de vida e na intervenção nos fatores de risco, com produção de cuidado e responsabilização dos serviços e usuários<sup>33</sup>.

Com a implantação da Política no Brasil, pela primeira vez na história da saúde pública no Brasil, se tem as diretrizes para organização da Atenção à Saúde Bucal os estados e municípios da Federação, por níveis de complexidade do SUS, com serviços que compõem a rede de atenção, de forma articulada, com atenção considerando as linhas de cuidado por ciclos de vida e garantia da referência e contrarreferência, buscando atender o princípio da Integralidade, redirecionando o processo de trabalho da equipe de saúde bucal<sup>34</sup>.

De acordo com as diretrizes da PNSB, a atenção básica deve assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades e os encaminhamentos necessários para a resolução dos casos, acompanhando sua evolução, ampliando a oferta de serviços e propondo ações específicas, no seu âmbito de atenção para a prevenção e controle desse agravo, com a realização de exames preventivos, a oferta de oportunidades para identificação precoce por meio das visitas domiciliares e em campanhas específicas para população de risco, a organização da referência para os casos suspeitos com garantia do tratamento e reabilitação na atenção secundária e terciária ou em instituições parceiras do SUS<sup>33</sup>.

A Atenção Primária em Saúde é considerada o *lócus* do cuidado em saúde, o lugar ideal para práticas educativas que promovam a autonomia dos usuários e a compreensão dos fatores que envolvem os processos de adoecimento, para adoção de práticas e estilos de vida saudáveis, com estratégias relacionadas à promoção da saúde e prevenção de agravos.

A promoção da saúde compreende um campo de ação da equipe de saúde, visando a equidade e justiça social, numa perspectiva ampliada enquanto uma área



transversal para o atendimento das necessidades humanas e arranjos institucionais para atender as demandas sociais<sup>35</sup>.

A prevenção da saúde engloba ações para o controle de doenças, com abordagem sobre temáticas específicas para o alcance da saúde, fomentando a adoção de medidas preventivas, onde nem sempre são utilizadas estratégias que promovam mudanças de comportamento pois baseiam-se na transmissão do conhecimento já que, em sua maioria, os profissionais de saúde tendem a desenvolver ações informativas que não coadunam com as expectativas dos usuários<sup>36</sup>.

Na saúde bucal, as ações educativas ainda estão centradas em intervenções educativo-preventivas com foco na higiene bucal supervisionada, palestras e aplicações de fluoretos, voltadas para públicos específicos como escolares<sup>37</sup>. No que diz respeito à prevenção do câncer bucal, são propostas ações para redução da incidência e prevalência desse agravo, buscando intervir nos fatores de risco, com a eliminação ou redução dos fatores de risco por meio de mudança de hábitos, o diagnóstico precoce da doença com a busca ativa e controle periódico dos pacientes que compõem o grupo de risco<sup>7</sup>.

Com a PNSB nota-se uma ampliação dos serviços logo após um ano de sua publicação. No período de 2002 a 2005 o número de equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família cresceu 141,3%, saindo de 4.261 equipes cadastradas para 10.285, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, distribuídas em 3.436 municípios com uma população adstrita que sai de 26 milhões de pessoas para 53 milhões<sup>34</sup>.

Outra estratégia da Política foi a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que possibilitou o acesso às especialidades na área, como endodontia, restaurações mais complexas, periodontia, cirurgias orais, atendimento aos pacientes com necessidades especiais e o diagnóstico de câncer de boca. Entre 2004 e 2005, foram implantados 161 CEO's em 86 municípios de 21 estados e Distrito Federal<sup>34</sup>.

A implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dental foi também uma ação priorizada no Brasil Sorridente, com a oferta de reabilitação para os usuários desdentados no Brasil, problema que afetava em 2005 cerca de 75% da população idosa<sup>34</sup>.

Em que pese o esforço de organização da atenção à saúde bucal nos três níveis de complexidade, a demanda reprimida acumulada ao longo de anos, em decorrência

da dificuldade de acesso e modelo de atenção curativista, é possível perceber que o serviço público está aquém das necessidades da população. Um estudo que avaliou o desempenho dos CEO's em 2007 com 613 centros em todo o País, demonstrou que o desempenho com relação ao cumprimento das metas foi considerado ruim nas regiões norte (33,3%) nordeste (25,2%) e sul (29,2%), nas regiões centro-oeste (30,0%) e sudeste (26,2%) o desempenho foi considerado bom<sup>38</sup>.

Apesar das diretrizes indicarem uma necessidade de mudança de modelo no processo de trabalho da equipe de saúde bucal, a prática ainda é centrada no conhecimento técnico-biologicista com uma roupagem de promoção da saúde, que na prática se converte na prevenção de doenças e agravos específicos voltados prioritariamente para a prevenção da doença cárie<sup>39</sup>.

A efetivação da PNSB perpassa pela necessidade de repensar as práticas da equipe de saúde com quebra de paradigmas que propiciem um olhar para o cuidado integral das pessoas, sem desvincular a cavidade oral das demais partes do corpo e muito mais além, com o olhar para a compreensão dos aspectos envolvidos no processo de adoecimento, relacionado não somente ao indivíduo, mas aos fatores ambientais, econômicos e sociais, priorizando as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, com foco nas necessidades de saúde das pessoas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Analisar a percepção sobre o câncer bucal, seus fatores de riscos e ações de prevenção no município de Rio Branco – Acre.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- a) Descrever a percepção sobre câncer bucal, seus fatores de risco e ações de prevenção na perspectiva dos profissionais de saúde e da população em situação de rua;
- b) Descrever as ações dos profissionais de saúde e a percepção da população em situação de rua para a prevenção e controle da doença;
- c) Identificar fatores que influenciam no desenvolvimento de ações de prevenção do câncer bucal.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Refere-se a uma pesquisa descritiva de natureza aplicada, realizada por meio de um estudo de campo com abordagem qualitativa, para interpretação dos fatos e fenômenos investigados, buscando compreender a percepção dos fatores de risco para o câncer bucal na perspectiva de usuários em situação de rua e equipe de saúde do consultório na rua.

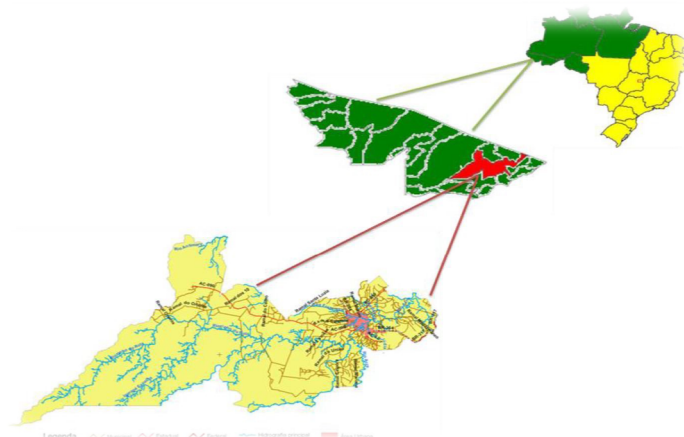
Segundo Denzin e Lincoln<sup>40</sup>, a pesquisa qualitativa, “posiciona o pesquisador no mundo e consiste em um conjunto de práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível”. Para Minayo<sup>41</sup>, a pesquisa qualitativa “se aplica [...] ao estudo das percepções e das opiniões, produzindo interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

A pesquisa foi conduzida seguindo as diretrizes internacional de acordo dos critérios consolidados para relato de pesquisa qualitativa (COREQ), observando os 32 itens do checklist (Anexo I)<sup>42</sup>.

#### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Desenvolvida no município de Rio Branco, estado do Acre no período de janeiro a abril de 2018, a pesquisa envolveu a população em situação de rua nos locais de concentração destes usuários e a equipe do Consultório na Rua (eCR) na sede da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA).

Figura 1: Localização geográfica do Município de Rio Branco, Acre, Brasil.



Fonte: Rio Branco. 2018.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A amostra foi selecionada por meio de amostragem não probabilística (intencional), com os participantes escolhidos por conveniência, no universo de 368 pessoas em situação de rua cadastradas no e-SUS e quatro profissionais de saúde que atuavam na eCR, no período da coleta de dados<sup>43</sup>.

Com relação aos profissionais de saúde, a amostra foi de 100% da equipe e durante as entrevistas com estes foi possível perceber a saturação a partir da terceira fala, entendida como a repetição de falas ou ideias apresentadas pelos sujeitos da pesquisa, ao abordar os fatores de risco relacionados ao câncer bucal, as ações de prevenção desenvolvidas pela equipe e aos fatores que na perspectivas destes influenciavam no desenvolvimento das ações preventivas

Para as pessoas em situação de ruas, como critério de inclusão foram definidos: pessoas com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, com mais de 06 meses em situação de rua e aparentemente lúcido. Foram excluídos os usuários que durante a abordagem, apresentaram sinais de embriaguez. Já para os profissionais, todos estes participaram do estudo.

Aplicados os critérios de inclusão, foram entrevistados 31 usuários de saúde e quatro profissionais da equipe. Dentre os usuários entrevistados, foi excluído um que durante a entrevista apresentou sinais de ilicudez, totalizando 30 usuários.

### 3.4 COLETA DE DADOS

As entrevistas com os usuários em situação de rua foram realizadas nos locais de concentração destes e nos locais de atendimento que compõem a rede de atenção à saúde, e na sede da SEMSA com os profissionais da eCR, seguindo um roteiro não estruturado, sendo um direcionado para os usuários e outro para os profissionais de saúde (Apêndices A e B).

Os dados foram coletados pela pesquisadora Eufrasia Santos Cadorin, estudante do Mestrado em Ciências da Saúde da Amazônia Ocidental pela Universidade Federal do Acre, sob supervisão da professora Dr.<sup>a</sup> Italla Maria Pinheiro Bezerra, orientadora da pesquisa. Para tanto foi realizada qualificação pela orientadora, no Laboratório de Escrita Científica, sobre o processo de coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas individualmente, com duração média de 30 a 60 minutos, em espaço reservado com a presença do sujeito da pesquisa e o

pesquisador, com o uso de gravador, além do diário de campo para registros durante e após a entrevista.

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Como método para organização e interpretação optou-se pela Análise de Conteúdo proposta por Bardin, figura 2, a qual envolve um conjunto de técnicas de análise temática das comunicações<sup>44, 45</sup>.

Figura 2: Passos metodológicos da Análise de Conteúdo fundamentada por Bardin<sup>46</sup>.



Fonte: Researchgate.net (2018)

No primeiro momento, as entrevistas foram transcritas e organizadas, pelo pesquisador, observando o processo de saturação, de forma a possibilitar o desenvolvimento das etapas de análise do material, seguindo as etapas da técnica, quais sejam a pré-análise, exploração e codificação do material e tratamento e interpretação dos resultados, assim compreendidas<sup>44</sup>:

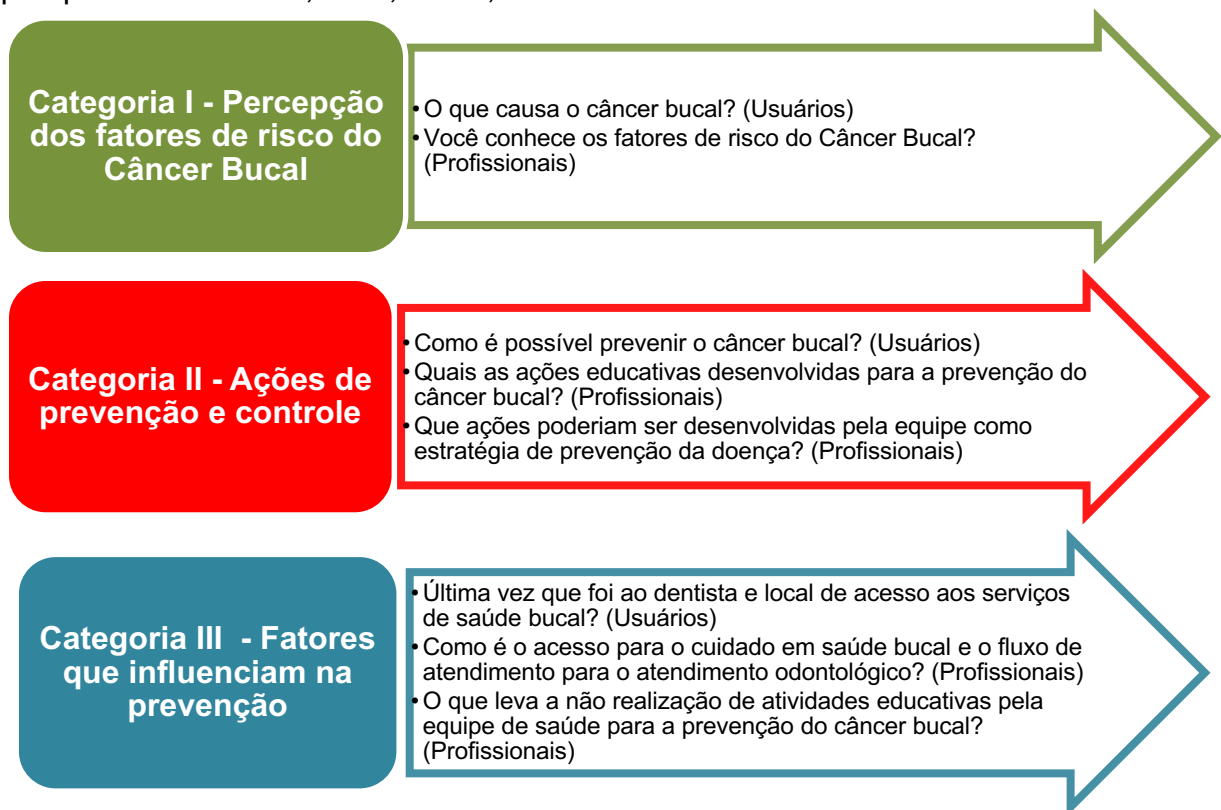
- (1) Pré-análise: fase da organização propriamente dita, que permite a sistematização inicial das ideias para formulação de hipóteses e objetivos para a interpretação final. Nesta fase, foi realizada a leitura flutuante e constituição do **CORPUS**.
- (2) Exploração do material: consiste na codificação, decomposição e enumeração, considerando as regras previamente formuladas.
- (3) Tratamento dos resultados e interpretação: os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos, para posteriores inferências.

#### 3.5.1 Preparação do **CORPUS** do estudo

Nesse entendimento, inicialmente o material da entrevista foi transcrito na íntegra, com todas as questões do roteiro de entrevistas consolidadas em uma planilha do *Microsoft Excel* e depois organizadas em um documento no programa *Microsoft Word*, com as entrevistas dos profissionais da eCR e dos usuários em situação de rua, segundo as questões relacionadas aos objetivos iniciais propostos no estudo.

Após a leitura flutuante, o material foi organizado, em planilhas distintas na versão *Microsoft Word*, de acordo com as pré-categorias temáticas seguindo o roteiro das entrevistas (Figura 3), constituindo assim, o **CORPUS** da pesquisa, orientado pelos objetivos do estudo.

Figura 3: Fluxograma com as pré-categorias temáticas e questões norteadoras da pesquisa. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.



O **CORPUS** é entendido como o conjunto de documentos expostos à análise para as inferências, com fragmentos de alguns depoimentos, apresentados na Tabela 01. Dos quatro objetivos iniciais propostos no projeto de pesquisa, com a primeira análise do material, optou-se pelos objetivos: percepção dos fatores de risco do câncer bucal; ações de prevenção e controle da do câncer bucal; e fatores que favorecem ou não a prevenção, os quais orientaram a definição das categorias temáticas do estudo. Os participantes foram identificados com o código (U) para

usuários do SUS em situação de rua e (P) para os profissionais de saúde, seguidos de um número que corresponde à ordem de transcrição das entrevistas.

Tabela 1: *Corpus* do estudo: fragmentos dos depoimentos dos participantes da pesquisa, relacionados às categorias temáticas. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.

<b>Corpus do estudo referente ao objetivo: Descrever a percepção dos profissionais de saúde e população em Situação de Rua sobre o câncer bucal</b>	<b>Corpus do estudo referente ao objetivo: Descrever as ações de profissionais de saúde e população para a prevenção e controle.</b>	<b>Corpus do estudo referente ao objetivo: Identificar fatores que influenciam no desenvolvimento de ações de prevenção.</b>
<p><i>“Eu acho que é devido o fumo, má alimentação, devido (pausa longa) sei lá, é genético também né, devido uma predisposição já do corpo né, a desenvolver o câncer” (U 01)</i></p>	<p><i>“Pode né. Programas, projetos, programas sociais de luta contra o câncer que nem já tem vários né, só fazer mais um. Pode sim, só basta eles querer.” (U 09)</i></p>	<p><i>“A última vez que eu fui eu tinha 13 anos. Já mas eu não tenho condições de colocar meus dentes de novo.” (U 15)</i></p>
<p><i>“[...] fumar cigarro, droga, maconha é merla também, tudo isso contribui pro câncer da laringe. [...] Se for genético é capaz de ser sim, se for de família né, tu mora com uma família, aí é capaz de ser, 50% sim, não, mas aí pode não pegar também, não ter” (U 04)</i></p>	<p><i>“É, não fazendo o uso de álcool, nem de tabaco, tendo uma boa alimentação, escovando os dentes né. Algum exame periódico né, pra ver como é que tá a situação na boca, nos dentes.” (U 14)</i></p>	<p><i>“[...] eu fui em outubro do ano retrasado, 2016. Eu fui particular, porque eu tentei na rede pública e eu não consegui. Não consegui que eu fui em vários lugar, [...], tem lugar até que falou assim: - Ah, a gente pode até agendar, mas demora muito, se o senhor tiver condições de juntar um dinheirinho e fazer uma. Aí foi onde que eu achei uma que a mulher fez por R\$ 400,00 pra mim, [...]” (U 20)</i></p>
<p><i>“[...] dente estragado que a gente começa a, a botar refeição na boca e começa a entrar nos dentes [...] e a gente cutuca e começa a virar [...] e da ferida a gente não percebe, fica bebendo e se drogando com coisa química, [...]. (U 19)</i></p>	<p><i>“Não, só Deus na causa. Pior que não, só Deus na causa mesmo né. Conselho não adianta, bater não adianta, matar não adianta. [...]”. (U 16)</i></p>	<p><i>“Foi ontem, foi ontante Ah, mas eu fui lá, aí eu cheguei no posto lá, na entrada da funda(corte) da caixa d`água, aí eu entrei lá, na hora que eu cheguei lá já pegou o alicate e já arrancou, tava tudo mole.” (U 24)</i></p>
<p><i>“[...] Não sei, só (pausa), esse sexo bucal, esse, e outras coisas né. Escova, esse negócio de usar, o, é, coisa pessoal, bucal também de outro.” [...] (U 29)</i></p>	<p><i>“É um negócio muito esquisito esse daí né, muito tempo né. São doenças que aparece no ser humano que ninguém sabe daonde né. Eu não tenho essa resposta pra te dar não.” (U 22)</i></p>	<p><i>“Rapaz eu fui em 2013 Foi lá na Souza Araújo, lá nos hanseniano, onde fica lá na BR, que eu trabalhava lá na época, passei 03 anos trabalhando lá, aí eu fazia sempre o meu acompanhamento lá no dentista.” (U 30)</i></p>
<p><i>“Ahh não, não tenho ainda bem a visa (corte) saber sobre o Câncer em Saúde Bucal não.” (P 01)</i></p>	<p><i>“[...] na oferta do kit poder falar um pouquinho sobre aaa boca dele né, que ele vai ter problemas na boca, lá onde ele come, as vezes ele fala: - tô me sentindo mal, tá doendo. [...]” (P 02)</i></p>	<p><i>“Euuu acho por conta que falta de profissional junto com a equipe né, que eu junto com a equipe a gente conseguiria identificar aquele morador que precisa ou que tá com esse problema.” (P 01)</i></p>
<p><i>“A falta de higiene né, eu acredito também uma predisposição genética né, os, a falta de cuidado com a</i></p>	<p><i>“[...] geralmente eles tão em uso de drogas né, e quando a gente consegue falar com ele, ele, é um dos que ele não</i></p>	<p><i>“Ó, como a equipe no momento não dispõe de dentista, a gente não tem uma equipe de saúde bucal, a gente tenta referenciar</i></p>



higiene, [...], até o uso de uma dentadura que esteja frouxa, alguma coisa, forma uma ferida né, [...] o próprio uso do entorpecente né, o cigarro, [...]. (P 03)

relata, só quando ele tá com dor, [...] só que é tão difícil, até pra gente distribuir o kit, é complicado, porque a gente entrega, a gente vira às costas e eles vendem o kit. “ (P 03)

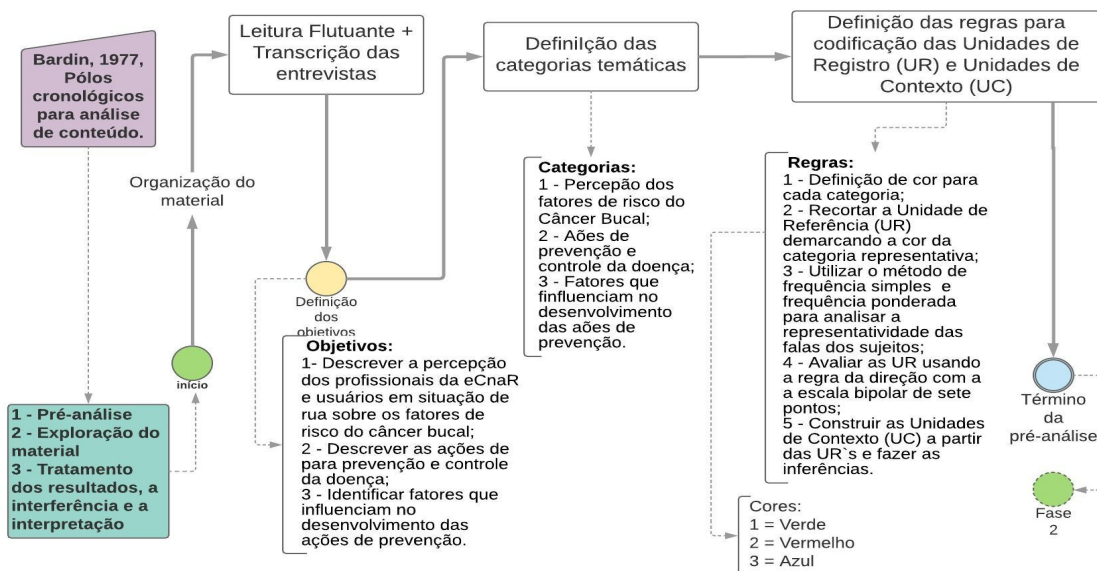
ele ao serviço de saúde né, que o, o, os segmentos da atenção primária de Rio Branco, [...].” (P 03)

Nesse contexto, a partir da leitura flutuante do material, com objetivo da organização inicial dos dados coletados e definição do passo a passo da análise de conteúdo, construiu-se o fluxograma apresentando o processo da pré-análise utilizado nesse estudo, com as etapas de todo o processo, relacionando os objetivos do estudo às categorias temáticas definidas e apresentando as regras utilizadas na codificação das unidades.

### 3.5.2 Primeira etapa da análise de conteúdo: Pré-análise

Figura 4: Fluxograma da pré-análise da pesquisa. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.

FIGURA I: FLUXOGRAMA DA PRÉ-ANÁLISE



Fonte: adaptado de SILVA *et al.*<sup>47</sup> (2018).

Assim, considerando os objetivos traçados e as categorias pré-definidas, foram definidas as regras de análise, a saber:

**Definição de cor/Recorte das Unidades de Registro:** Após a definição dos objetivos e categorias temáticas do estudo, foram definidas as regras para a codificação das Unidades de Registro (UR) e Unidades de Contexto (UC), sendo

definidas as cores: verde para a Categoria I, vermelho para a categoria II e azul para Categoria III, e as regras de enumeração, concluindo a etapa da pré-análise.

Entende-se como Unidade de Registro, a unidade de codificação que corresponde ao segmento do conteúdo, podendo ser uma palavra, tema ou frase, que serão utilizadas para a categorização e contagem frequencial e como Unidade de Contexto, a unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem para que se possa compreender o significado desta<sup>44</sup>.

**Regras de enumeração/Avaliação das unidades de registro:** No processo de codificação, uma das etapas propostas por Bardin<sup>44</sup>, é a enumeração, com escolha de regras de contagem que possibilitam definir melhor as UR`s e UC`s, de acordo com o objeto do estudo, a partir de uma contagem que se faz por meio de critérios pré-estabelecidos pelo pesquisador. Neste estudo, foram utilizadas as seguintes regras:

- a) Frequência Simples (FS): corresponde à frequência de aparição das palavras ou temas. Quanto mais estas se repetirem, mais significação tem a expressão ou sentido, dando maior importância à UR;
- b) Frequência Ponderada (FP): quando se atribui maior importância à uma aparição, com um sistema de ponderação onde cada palavra, tema ou sentido é valorado por ordem de importância, traduzindo a expressão ou intensidade de um elemento;
- c) Direção (D): utilizando a escala bipolar de sete pontos (ou graus), com uma direção que pode ser favorável (+ pólo positivo), desfavorável (- pólo negativo), ou neutro (0), atribuindo aos elementos do texto uma nota que entre -3 a +3. Essa regra auxilia para dar melhor significado as unidades de registro, propiciando assim, a elaboração da unidade de contexto com base no que se aproxima ou não do que seria ideal, conforme literatura estudada<sup>44</sup>.

Os critérios definidos para as regras de enumeração foram utilizados nas três categorias temáticas, considerando na Categoria I, os fatores de risco para o câncer bucal sendo atribuído maior importância para aqueles com maior comprovação científica. Na Categoria II as palavras relacionadas às ações de prevenção sendo atribuído maior valor àquelas com mais efetividade para a população em estudo e por fim. Na Categoria III foram considerados o acesso dos usuários ao serviço de saúde,

o tempo da última consulta ao cirurgião dentista e os fatores que levam à não prevenção, conforme demonstrados na Tabela 2.

Tabela 2: Regras de enumeração segundo Bardin e critérios utilizados na pesquisa. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.

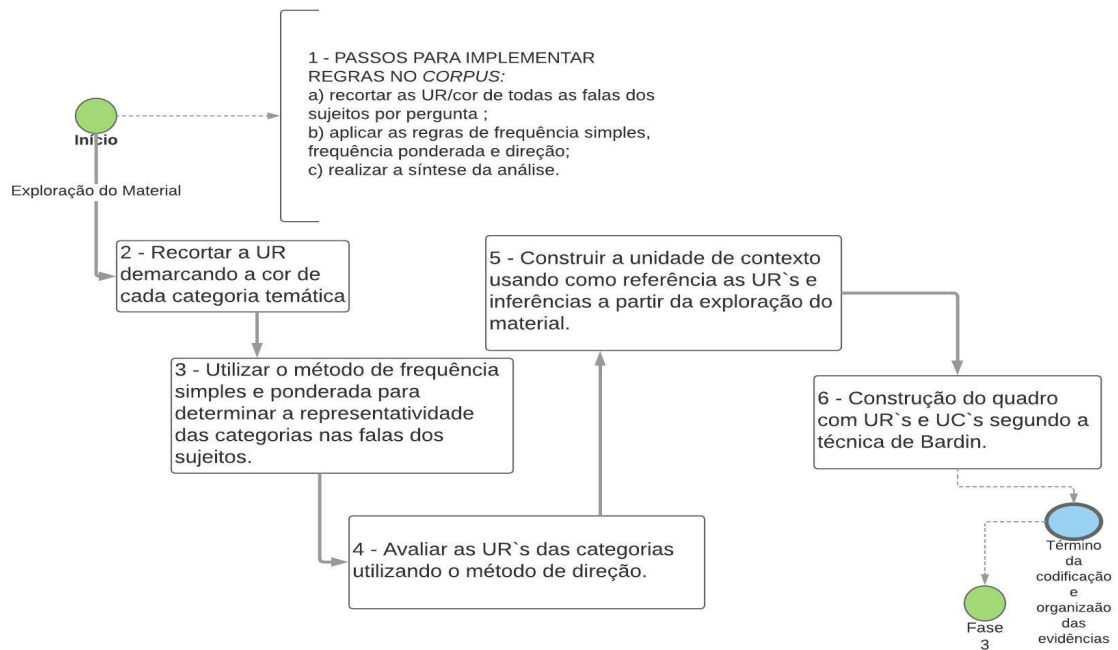
<b>Categorias</b>	<b>Frequência simples e Frequência Ponderada</b>	<b>Direção</b>
<b>Percepção dos fatores de risco do câncer bucal</b>	Os critérios definidos na frequência simples, seguiu o número de aparições das palavras entendidas como fator de risco com comprovação científica ou não. Na frequência ponderada foi atribuído maior peso aos fatores com maior comprovação científica.	Os critérios utilizados na análise da direção foram dos pólo (-3) para a aparição de mais de três ou mais fatores de risco não comprovados cientificamente à (+3) quando apareciam três ou mais fatores de risco comprovados cientificamente.
<b>Ações de prevenção e controle do câncer bucal</b>	Foram considerados na frequência simples o número de aparições nos depoimentos das palavras relacionadas à ações preventivas. Na frequência ponderada, foi considerada a ação mais efetiva ou mais preocupante por seu desconhecimento, no contexto da PSR.	Nos critérios utilizados na análise da direção nas ações de prevenção, foram considerados como o pólo negativo mais extremo (-3) o aparecimento de ações que não têm qualquer relação com o agravamento à falas que incluam ações de maior importância, (+3) considerando as especificidades dessa população.
<b>Fatores que influenciam no desenvolvimento das ações de prevenção</b>	Para análise das regras de Frequências simples e ponderada foi considerado o Acesso ao serviço de saúde pelo usuário e profissional de saúde; o tempo de acesso à consulta odontológica para o usuário e os fatores para a não realização das ações de prevenção para o profissional.	O critério de direção analisado foi entre os polos positivo e negativo àqueles fatores que mais favorecem as ações de prevenção como pólo (+3) e o que menos favorece como polo negativo (-3).

### **3.5.3 Segunda etapa da análise de conteúdo: exploração do material da pesquisa**

A etapa seguinte, foi a exploração do material, onde, a partir das regras previamente definidas, foi dado início à aplicação destas, de acordo com o processo demonstrado na Figura 5.

Figura 5: Fluxograma da exploração do material da pesquisa. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.

## FASE 2 - EXPLORAÇÃO DO MATERIAL



Fonte: adaptado de SILVA *et al.*<sup>47</sup> (2018).

Com a definição das regras, procedeu-se a contagem das Frequências Simples (FS) e Frequência Ponderada (FP) estabelecendo a ordem de prioridade das Unidades de registro - UR, considerando a importância das palavras e a direção, seguido da definição das UR's e as respectivas Unidades de Contexto - UC's

**Na Categoria I - Percepção dos fatores de risco do câncer bucal**, a ordem das palavras ou ideias definidas a partir da análise da frequência simples foram: (1) fumar cigarro, (2) beber álcool, (3) má higiene bucal, (4) usar droga, (5) hereditariedade e má alimentação. A ausência de falas relacionadas aos fatores de risco, figurou na posição 4 na FS.

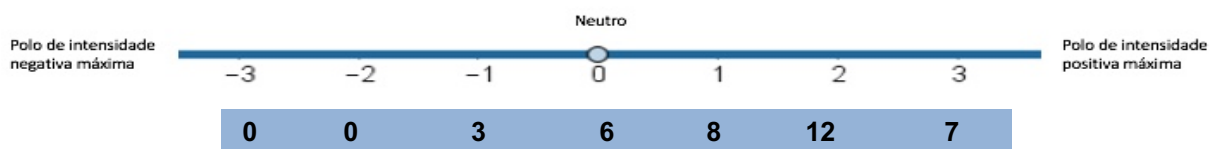
A análise da Frequência Ponderada traz uma nova ordem nos resultados iniciais com relação a percepção dos fatores de risco. Nesta segunda análise, os três primeiros fatores de risco “fumar cigarro”, “beber álcool” e “má higiene bucal”, mantiveram-se na mesma ordem, 1, 2 e 3 respectivamente, respectivamente, alterando a partir da posição 4, conforme demonstrado na tabela 3.

Tabela 3: Frequência Ponderada da percepção dos fatores de risco do câncer bucal. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.

Enumeração e Peso	Fatores de Risco	Valor	Priorização
(a) 3	Fumar cigarro	51	1º
(b) 3	Beber álcool	27	2º
(e) 2	Má higiene bucal	16	3º
(c) 3	Hereditário	15	4º
(f) 2	Ferida	8	5º
(h) 1	Usar drogas	6	6º
(l) 0	Ausência	6	6º
(g) 1	Má alimentação	5	7º
(i) 1	Transmitido sexualmente	3	8º
(k) 1	Dente estragado	2	9º
(d) 2	Uso de prótese	2	9º
(j) 1	Herpes	1	10º

As regras utilizadas no estudo, até então, possibilitaram a valoração das palavras representativas apresentadas pelos entrevistados em seus depoimentos com relação aos fatores de risco relacionados. Assim, ao aplicar a última regra, de Direção, utilizando como parâmetro o que é reconhecido cientificamente como um fator de risco como “pólo positivo” e o que não é reconhecido como fator de risco, como “pólo negativo”, foi possível aprofundar a análise das falas, aproximando-as do que tem ou não comprovação na literatura, conforme apresentado na figura 6.

Figura 6: Escala bipolar de sete pontos. Direção Categoria Temática I – Percepção dos fatores de risco do câncer bucal. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.



Critérios utilizados: 03 ou mais fatores de risco não comprovados cientificamente (-3); 02 Fatores de risco não comprovados cientificamente (-2); 01 Fator de risco não comprovado cientificamente (-1); Não soube informar (0); 01 Fator de risco comprovado (+1); 02 fatores de risco comprovados (+2); 03 ou mais fatores de risco comprovados cientificamente (+3).

Fonte: Imagem adaptada de <https://escolakids.uol.com.br/reta-numerica.htm> (2018)

Na Categoria Temática II - **Ações de prevenção e controle do câncer bucal**, foram analisadas as falas que demonstram a realização de ações específicas para prevenção e controle do Câncer Bucal. As regras de FS apresentaram os depoimentos

na seguinte ordem: (1) não tem jeito/não sabe/ não é realizado; (2) deixando de fumar e beber ou evitando; (3) controle periódico e higienização bucal/autocuidado; (4) palestras, informações, conversar; (5) alimentação adequada e evitando o uso de drogas.

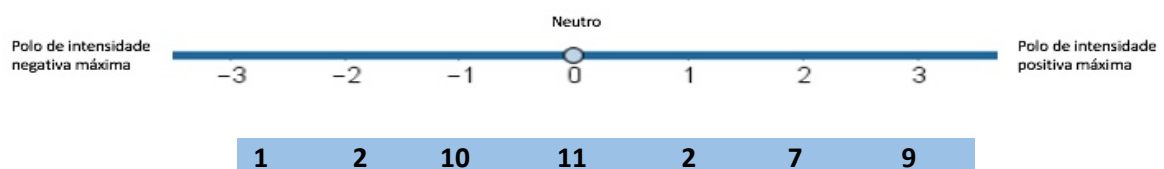
Com a aplicação da regra da FP, a ordem de prioridade das ideias ou palavras-chave, a partir das falas dos depoimentos, não foram alteradas na prioridade 1, 2 e 3 até o controle periódico, mudando a ordem a partir da prioridade 3 nas falas relacionadas à higienização bucal/autocuidado que sai de 3 para 4, conforme demonstrado na tabela 4.

Tabela 4: Frequência Ponderada das ações de controle e prevenção do câncer bucal. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.

Enumeração e Peso	Unidades	Valor	Priorização
(e) 3	Não tem jeito/Não sabe/Não é realizado	33	1º
(c) 3	Deixando de fumar e beber ou evitando	24	2º
(b) 3	Controle Periódico	18	3º
(g) 2	Higienização bucal/autocuidado	16	4º
(d) 3	Programas e Projetos	9	5º
(h) 2	Alimentação adequada	8	6º
(f) 2	Palestras, Informações, Conversas	4	7º
(i) 1	Evitando o uso drogas	4	7º
(a) 3	Vínculo	3	8º
(j) 0	Não usar objetos contaminados	0	9º

A terceira regra aplicada, de Direção, permitiu a análise das ideias quanto à proximidade ou não das falas no que pode ser considerado como uma medida efetiva para prevenção e controle desse agravo, considerando as singularidades da população em estudo, conforme critérios demonstrados na figura 7.

Figura 7: Escala bipolar de sete pontos. Direção Categoria Temática II – Ações de prevenção do câncer bucal. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.



Critérios utilizados: Não usar objetos contaminados (-3); Deixar de usar drogas ilícitas (-2); Deixar ou evitar fumo, álcool (-1); Não soube informar, não existe, não tem jeito (0); Falas que incluíam palestras,

informação (+1); Falas que incluam higienização bucal e alimentação adequada (+2); Falas que incluam Vínculo e Controle Periódico (+3).

Fonte: Imagem adaptada de <https://escolakids.uol.com.br/reta-numerica.htm> (2018).

Na Categoria Temática III – **Fatores que influenciam no desenvolvimento das ações de prevenção e controle do câncer bucal**, foram considerados o acesso ao serviço público de saúde e o tempo da última consulta com o cirurgião dentista, bem como os fatores que estão contribuindo para o não desenvolvimento de ações preventivas na perspectiva da equipe de saúde.

Quanto ao tempo de acesso ao serviço de odontologia, na regra da FS são identificados os tempos: (1) acima de cinco anos; (2) até um ano; (3) de três a cinco anos e de um a dois anos; (4) não lembra. Com relação ao local de acesso na última consulta, foi considerado o acesso ao serviço privado (1) e o serviço público (2), sendo o serviço privado o local com mais acesso pelo usuário (1) seguido do serviço público (2). Quanto aos fatores que favorecem a não prevenção, foram consideradas as ideias relacionadas à: (1) falta de profissionais da área; (2) público instável; (2) não priorização pelo serviço.

Na análise da FP, com relação ao tempo de acesso, o tempo maior que cinco anos permanece como prioridade 1, seguidos de três a cinco anos com prioridade 2 e de um a dois anos com prioridade 3. Na análise do local de acesso, por ser atribuído valor maior ao serviço público, pela interpretação de que o serviço público é o *locus* do cuidado na saúde enquanto direito universal, com essa interpretação, tem-se como prioridade 1 tem-se o serviço público e prioridade 2 o serviço privado. Convém salientar que nesta análise da FP para esse critério, o resultado leva em consideração não o local do acesso, mas a necessidade de garantia de acesso no serviço público. Quanto aos fatores que favorecem a não prevenção, a falta de profissional da área se mantém como prioridade 1, seguido da não priorização pelo serviço e o público instável. As regras aplicadas são apresentadas nas tabelas 5, 6 e 7.

Tabela 5: Frequência Ponderada do tempo da última visita ao Cirurgião Dentista dos usuários em situação, Acre, Brasil, 2018.

Enumeração e Peso	Última Consulta ao CD	Valor	Priorização
(a) 3	Acima de 05 a	27	1º
(b) 2	De 03 a 05 a	10	2º
(c) 1	De 01 a 02 a	6	3º
(d) 0	Até 01 a	0	4º
(e) 0	Não lembra	0	4º

Tabela 6: Frequência Ponderada do local de acesso à consulta odontológica dos usuários em situação, Acre, Brasil, 2018.

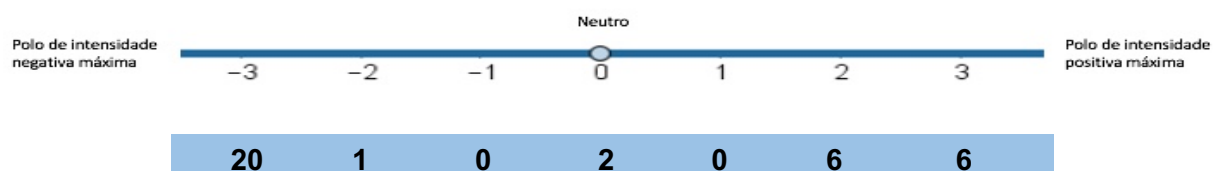
Enumeração e Peso	Local de Acesso	Valor	Priorização
(a) 3	Serviço Público	108	1º
(b) 1	Serviço Privado	18	2º

Tabela 7: Frequência Ponderada dos fatores que influenciam no desenvolvimento de ações prevenção na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde, Acre, Brasil, 2018.

Enumeração e Peso	Fatores que influenciam no desenvolvimento de ações de prevenção	Valor	Priorização
(a) 3	Falta de profissional da área	12	1º
(b) 2	Público instável	2	3º
(c) 3	Prioridade	3	2º

Na análise da Direção, a regra aplicada considerou como pólo negativo os fatores que não favorecem à prevenção e controle do câncer bucal, sendo que pólo o predominante foi o -3, considerando que os depoimentos balizaram que a dificuldade de acesso anual ao serviço público desfavorece a identificação precoce desse agravo, além da inexistência de um profissional da área para contribuir com a equipe de saúde do consultório na rua no desenvolvimento de ações preventivas, conforme demonstrado na figura 8.

Figura 8: Escala bipolar de sete pontos. Direção Categoria Temática III – Fatores que influenciam no desenvolvimento das ações de prevenção do câncer bucal. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.



Nessa categoria, o critério de direção analisado foi entre os polos positivo e negativo, o que mais favorece as ações de prevenção como pólo positivo e o que menos favorece como pólo negativo.

Regras Utilizadas: dificuldade de acesso ao serviço público; falta de prioridade para a ação; falta profissional da área (-3); público instável (-2); não se aplica (-1); não lembra (0); não se aplica (+1); acesso entre 01 a 02 anos (+2); acesso anual ao serviço (+3).

Fonte: Imagem adaptada de <https://escolakids.uol.com.br/reta-numerica.htm> (2018).

Após as etapas de aplicação das regras do estudo definidas na primeira etapa da análise de conteúdo, foi possível identificar de fato as Unidades de Registro (UR`s)



presentes nos depoimentos, sendo estas trabalhadas dando-as significados e, conseqüentemente, atribuindo a melhor direção para construção das Unidades de Contexto (UC's) elaboradas para cada categoria. Nestas são apresentadas a compreensão segundo a dimensão de cada unidade, a partir da leitura de mundo das pessoas em situação de rua e dos profissionais de saúde que compõem a equipe do consultório na rua.

Tabela 8: Unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas segundo técnica de Bardin. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.

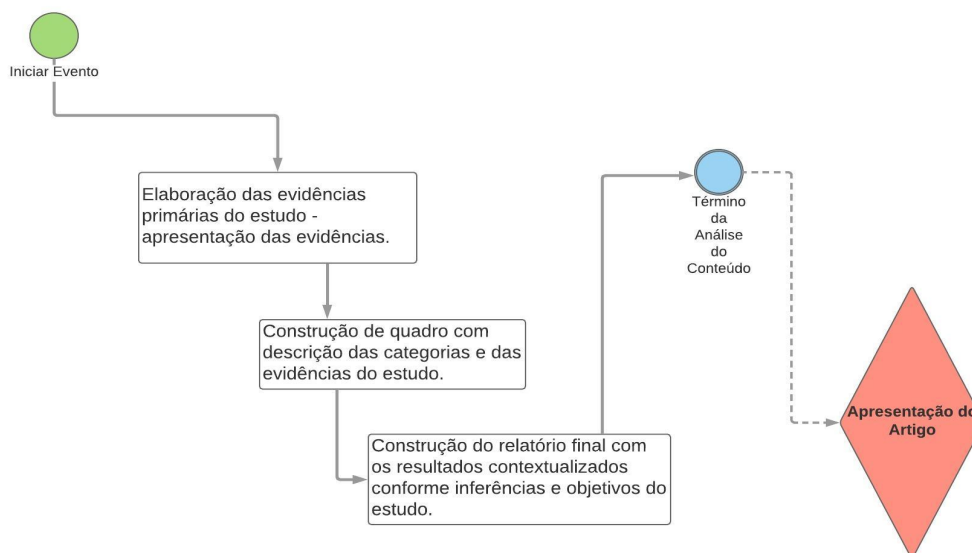
Unidades de Registro (UR)	Unidades de Contexto (UC)	Categorias Temáticas
Fumar cigarro; beber álcool; má higiene bucal; hereditário; ferida; usar drogas; má alimentação; relação sexual; dente estragado; uso de prótese; herpes.	O câncer bucal está relacionado à fatores do próprio indivíduo como hereditariedade e à fatores externos como o uso do cigarro, bebida alcoólica e outras drogas, a má higiene da cavidade oral, ao uso de próteses, transmissão sexual, ao vírus da Herpes, a má alimentação e ainda a presença de dentes cariados na boca.	<b>Percepção dos fatores de risco do câncer bucal.</b>
Só Deus na causa; não é realizado; deixando de fumar, beber; contato com o serviço; higienização bucal; programas e projetos; boa alimentação; palestra; parar de usar droga; vínculo; usar só seu copo.	As ações preventivas para a prevenção do câncer bucal de forma específica não são realizadas, alguns usuários acreditam que essa prevenção não é possível de ser realizada, enquanto profissionais e alguns usuários acreditam mudança de hábitos podem contribuir, sendo priorizada a orientação de higiene bucal pela equipe de saúde.	<b>Ações de prevenção e controle.</b>
Tem uns 20 ano; ano passado; lembro não; a bebida e a droga não deixou; serviço público faz isso não; na UPA; no posto; a gente faz, tenta usar a rede; distribuimos alguns kits de higiene; não tem profissionais cirurgião dentista nessa modalidade né era que o consultório fosse, tivesse né; poderia ser uma questão mesmo de prioridade né	O acesso aos serviços de saúde varia entre 01 ano a mais de 20 anos, no serviço privado ou público, a equipe do consultório na rua não tem um profissional da área de saúde bucal e as ações de prevenção não são priorizadas.	<b>Fatores que influenciam no desenvolvimento das ações de prevenção e controle do câncer bucal.</b>

### 3.5.4 Terceira etapa da análise de conteúdo: tratamento dos resultados do material da pesquisa

A última fase correspondente ao método do estudo, apresentado na Figura 9, foi o tratamento dos resultados já categorizados e organizados nas UR's e UC's, para a elaboração das evidências e a construção do quadro com as mesmas por categoria temática.

Figura 9: Fluxograma do tratamento dos resultados do material da pesquisa. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.

FIGURA III: TRATAMENTO DOS RESULTADOS



Fonte: adaptado de SILVA *et al.*<sup>47</sup> (2018).

Para cada categoria temática foram descritas as Evidências do estudo que orientaram as discussões, as quais são apresentadas no capítulo dos resultados, buscando compreender os significados das representações sociais à luz de evidências científicas que corroborem ou não com as ideias apresentadas pelas pessoas em situação de rua e dos profissionais de saúde da equipe do consultório na rua.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNINORTE, sob o número CAAE: 76737017.8.0000.8028, tendo sido aprovado em 01 de novembro de 2017, com o parecer número 2.361.711, observando os preceitos e normas que envolvem a Ética em Pesquisa dispostas nas Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016.

A pesquisa foi financiada, em parte, com recursos públicos da Universidade Federal do Acre (UFAC), por meio da oferta para formação stricto sensu de profissionais da área da saúde na região e com recursos do pesquisador.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram entrevistados 100% dos profissionais da equipe do Consultório na Rua (eCR), totalizando quatro pessoas e neste universo foram identificados três profissionais do sexo feminino e um do sexo masculino. A equipe é multiprofissional e segue o disposto nas diretrizes do Ministério da Saúde, no que diz respeito à composição, sendo enquadrada na modalidade I, com dois enfermeiros, um educador social e um psicólogo. Analisando o tempo de atuação no dispositivo do consultório na rua, foi possível perceber que um profissional de saúde possui quatro anos, um tem um ano e dois profissionais, menos de um ano.

Analisando o perfil da população em situação de rua, dentre os 30 usuários participantes da pesquisa, foi possível a caracterização do perfil demográfico e a existência de hábitos individuais relacionados aos fatores de risco para o câncer bucal.

No perfil demográfico, com relação ao sexo, essa população é formada em sua maioria por homens, sendo 26 e quatro mulheres. Quanto à idade dos entrevistados, oito estão entre 30 e 39 anos, nove estão entre 20 e 29 anos, sete entre 40 e 49 anos, três entre 50 e 59 anos e três entre 60 e 69 anos de idade. Na escolaridade destes predomina o ensino fundamental incompleto, com 16 dos participantes, quatro com o ensino fundamental completo, três sem escolaridade e três com o ensino médio incompleto, dois com ensino superior completo, um com ensino médio completo e um o ensino superior incompleto.

Foi possível observar ainda que, a maioria tem entre um à dois anos em situação de rua com oito dos participantes, seguido do tempo de sete à oito anos com seis participantes, três até onze meses e três entre nove e dez anos, dois participantes entre três a quatro anos, dois entre cinco e seis anos, dois entre vinte e um e vinte e cinco anos e dois entre vinte e seis anos acima, um entre onze e quinze anos e um entre dezesseis e vinte anos, vivendo em situação de rua.

Relacionando alguns hábitos sociais das que vivem em situação de rua que participaram do estudo, foram encontrados 28 tabagistas, 27 usuários de drogas ilícitas e 24 etilistas.

Dentre os fatores percebidos nos depoimentos, considerados como fatores que podem contribuir com o aparecimento do câncer bucal, foi identificado que nove

destes já apresentaram alguma lesão na cavidade oral, seis utilizam prótese dentária e quatro tem algum dente fraturado na boca que é um fator de irritação crônica.

O conhecimento do perfil demográfico, estilos e hábitos de vida e as condições de saúde bucal, possibilita a identificação de pessoas que possam ser consideradas como grupo de risco para o câncer bucal, para o adequado controle periódico desta população.

#### 4.2 ANÁLISE DAS CATEGORIAS

Os resultados do estudo foram identificados a partir das evidências significadas, considerando as regras de enumeração, com o tratamento dos dados categorizados nas UR`s e UC`s e organizados na tabela 8.

Na **Categoria I – Percepção dos fatores de risco ao câncer bucal**, são apresentadas as evidências sobre a compreensão destes fatores na perspectiva dos sujeitos da pesquisa. Na **categoria II – Ações de prevenção e controle do câncer bucal** são apresentadas as evidências de ações desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua (eCR) e ações preventivas que poderiam ser realizadas por esta, a partir do olhar do usuário em situação de rua, considerando seu modo de estar no mundo. Na **categoria III – Fatores que influenciam no desenvolvimento das ações de prevenção e controle do câncer bucal**, são apresentadas as evidências do acesso aos serviços de saúde, considerando o tempo da última consulta ao cirurgião dentista e local de acesso, bem como os fatores que estão influenciando na oferta das ações de prevenção deste agravo, na perspectiva dos profissionais da equipe.

Tabela 9: Descrição das evidências do estudo relacionadas às categorias temáticas. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.

Categorias temáticas	Evidências identificadas
Percepção dos fatores de risco do câncer bucal.	<p><b>Compreensão dos fatores de risco:</b> têm-se o conhecimento sobre alguns fatores de risco relacionados ao indivíduo, aos fatores ambientais e aos fatores sociais.</p> <p><b>Evidencia:</b> Percepção sobre os fatores de risco com olhar amplo do conceito saúde</p>
Ações de prevenção e controle.	<p><b>Ações desenvolvidas pela equipe do consultório na rua:</b> ações com ênfase na prevenção através da higiene oral com pouco ou nenhum momento de promoção da saúde.</p> <p><b>Ações preventivas na perspectiva dos usuários:</b> ações pontuais, com foco na prevenção ou cura; ênfase na mudança de hábitos nocivos.</p> <p><b>Evidencia:</b> ações com foco curativista com pouco ou nenhuma ação de promoção da saúde</p>
Fatores que influenciam no desenvolvimento das ações de	<p><b>Acesso aos serviços de saúde:</b> dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde.</p> <p><b>Tempo médio de consulta ao Cirurgião Dentista:</b> tempo de retorno acima do esperado.</p>

prevenção e controle do câncer bucal.

**Fatores que desfavorecem as ações preventivas:** ausência de um profissional da área de saúde bucal na eCR e a não priorização destas ações.

**Evidencia:** Restrito acesso aos serviços de saúde e profissionais da área; dificuldades no acolhimento no serviço.

## 5. DISCUSSÃO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O perfil demográfico da população do estudo, demonstrou que os usuários em situação de rua podem ser reconhecidos como grupo de risco para o câncer bucal, não somente em decorrência de hábitos como tabagismo, alcoolismo e má higiene oral, mas também por serem em sua maioria do sexo masculino e por sua faixa etária, considerando que o agravo é mais comum em homens com idade superior a 50 anos.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, a estimativa para o biênio 2018-2019 é de 10,86 casos novos a cada 100 mil homens e 3,38 para cada 100 mil mulheres, o que representa uma proporção de 3:1 novos casos para homens em relação a incidência em mulheres<sup>16</sup>. Um estudo realizado em um hospital estadual de referência em Bauru no ano de 2013, demonstrou que a relação entre gênero foi de 7,4:1, com 88,14% dos casos em pessoas do sexo masculino e faixa etária média de 59,3 anos<sup>22</sup>. Resultados similares foram encontrados em um estudo de corte transversal realizado entre os anos de 2011 e 2012 na cidade de Puerto Padre em Cuba, com 60,6% dos casos em adultos homens com idade superior à 60 anos<sup>48</sup>.

Em 2013, estudo realizado com 266 pacientes em um hospital na Índia, correlacionou a prevalência da doença com fatores socioeconômicos, demonstrando que 94,9% da população urbana e 71,9% da população rural era considerada de baixa renda e a taxa de analfabetismo dentre estes foi de 55,8% na população urbana e de 21,9% na população rural, concluindo que a prevalência desse agravo na população de estudo foi estatisticamente significativa, indicando que a desigualdade social, é um fator de vulnerabilidade que precisa ser considerado na definição de políticas públicas para o enfrentamento da doença<sup>49</sup>.

### 5.2 CATEGORIA TEMÁTICA I – PERCEPÇÃO DOS FATORES DE RISCO DO CÂNCER BUCAL

Os fatores de risco do câncer bucal, analisados na Categoria Temática I, são reconhecidos pela maioria dos entrevistados, evidência esta confirmada com a análise de direção, embora para alguns usuários e profissionais, esses fatores sejam ainda desconhecidos.

O tabagismo, alcoolismo e hereditariedade são fatores comprovados em diversos estudos que relacionam estes às causas da doença. Porém, as evidências do estudo demonstram que alguns fatores percebidos pelos usuários, ainda estão

sendo estudados para melhor comprovação científica, como por exemplo a transmissão sexual.

O sexo oral é um importante marcador como fator de risco para o câncer bucal, porém a associação entre estes ainda não foi bem compreendida. Sabe-se que doenças por Papiloma Vírus Humano (HPV) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) contribuem significativamente com a aumento do risco à doença<sup>50</sup>. De acordo com a American Cancer Society em 2008, 30% dos cânceres orais e faríngeos foram relacionados ao HPV, indicando a necessidade de ampliar as pesquisas para melhor compreensão sobre outros fatores de risco além do tabagismo e consumo excessivo de álcool<sup>51</sup>.

Na Polônia, um estudo realizado em 2016, incluindo 106 pessoas, sendo 67 mulheres e 39 homens, observou que 25,37% das mulheres e 38,46% dos homens referiram à prática do sexo oral, com múltiplos parceiros e dentre estes, 2,98% das mulheres e 2,56% dos homens, relataram a presença de carcinoma de cabeça e pescoço<sup>52</sup>.

O uso do tabaco e álcool representa um importante fator de risco para a doença, quando isolados, com aumento do risco relativo quando da interação multiplicativa e significativa quando da existência dos dois fatores, concomitantemente<sup>53, 54, 55</sup>.

A má higiene bucal, concebida como fator de risco pela equipe de saúde e pelos usuários, pode estar relacionado ao CB, já que cepas patogênicas na microflora oral parecem desempenhar um papel na carcinogênese oral, podendo contribuir na displasia epitelial em conjunto com fatores etiológicos como tabagismo e consumo de álcool<sup>56</sup>.

Embora a relação entre o uso de drogas ilícitas e o câncer bucal ainda seja desconhecida, estudos comprovam que pessoas que fazem uso dessas substâncias apresentam um aumento significativo de lesões na cavidade oral. Um estudo transversal envolvendo 106 usuários de crack e 106 não usuários, comprovou que os usuários de crack tiveram maior ocorrência de lesões fundamentais, com índice 2,02 vezes maior, e os micronúcleos 3,54 vezes mais frequentes nesses usuários, sendo possível associar com esses achados, o uso do crack com as alterações clínicas e celulares na mucosa oral<sup>57</sup>.

Outro estudo envolvendo usuários de maconha, cocaína e crack também confirmou a existência maior de lesões na cavidade oral detectados no grupo controle, porém sem diagnóstico provável de câncer bucal ou lesão potencialmente maligna<sup>58</sup>.



A Hereditariedade é comprovadamente um fator de risco para a doença, incluindo o câncer na cavidade oral, sendo reconhecido pela população em situação de rua e pelos profissionais. Alterações epigenéticas estão relacionadas ao desenvolvimento e progressão do câncer, que persistem ao longo da vida útil das células, sendo herdadas por gerações subsequentes<sup>59</sup>.

Um aspecto que despertou atenção no estudo foi a ausência dos fatores de risco em alguns depoimentos. Muito embora, pelo senso comum, a compreensão dos fatores de risco para o câncer esteja presente na percepção da população que hoje tem acesso à informação, por vários meios de comunicação formal e informal, foi possível perceber que nem todos conhecem os fatores de risco relacionados à doença, tanto usuários, quanto profissional de saúde.

O conhecimento sobre os fatores de risco, já vem sendo debatido no meio científico há algum tempo, não sendo objeto do presente estudo discorrer de forma aprofundada sobre a relação destes com a doença. Porém, a compreensão destes fatores de risco, é necessário para que os gestores e profissionais de saúde, reconhecendo a existência de pessoas que estão em situação de risco e vulnerabilidade, possam pensar estratégias de alcance a essa população, de forma a garantir o acesso aos serviços de saúde, periodicamente.

### 5.3 CATEGORIA TEMÁTICA II – AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE

As ações de prevenção e controle da doença, foram analisadas nesse estudo na Categoria Temática II, com análise das ações desenvolvidas pela equipe de saúde e as ações preventivas que podem contribuir com a prevenção do agravo, na perspectiva destes usuários.

Em sua prática cotidiana, a equipe de saúde no consultório na rua enfatiza a higiene oral para a prevenção da saúde bucal, sem, no entanto, promover a saúde com melhoria na qualidade de vida das pessoas, no contexto do que preconiza a Atenção Primária em Saúde e a Promoção da Saúde enquanto concepções de práticas e mudança de modelo. Para os usuários, ainda prevalece a ideia que que são necessárias mudanças de hábitos nocivos e o desenvolvimento de ações pontuais como campanhas, palestras e outras que orientem as medidas preventivas para a doença.

As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, são preconizadas nos serviços de saúde, com a mudança do paradigma trazida ao longo da história com o

Modelo Biomédico, quando a prioridade ainda era o tratamento de doenças. Com a evolução da compreensão sobre o processo saúde e doença, entendendo a doença como resultante de múltiplos fatores, ou seja, a determinação social na história da doença, as discussões em torno dos modos de adoecimento e a necessidade de considerar para além dos fatores biológicos como causa das doenças, a promoção da saúde ganha força e surge a necessidade de repensar as práticas de saúde, com a nova concepção de saúde, trazida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946 e discutidas ao longo de décadas no contexto mundial e nacional<sup>60</sup>.

Esse novo cenário remete à novas concepções sobre os sistemas de saúde e os modelos de atenção à saúde, propondo uma reorientação das práticas de gestão e atenção. A Atenção Primária em Saúde, surge como alternativa ao Modelo Biomédico, orientada por práticas integrais de atenção à saúde, de forma a responder as necessidades individuais e coletivas, se constituindo no primeiro nível de atenção à saúde e a porta de entrada ao Sistema<sup>61</sup>.

A Promoção da Saúde, teve seu marco histórico com a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa no ano de 1986, a qual define a promoção da saúde como um processo de qualificação da comunidade, enfatizando os recursos pessoais e sociais na perspectiva da melhoria da qualidade de vida, para além de um estilo de vida saudável, mas o bem-estar global<sup>62</sup>. Nesse contexto é possível perceber que as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde do Consultório na Rua não podem ser consideradas como práticas de promoção da saúde, podendo ser reconhecidas como prática de prevenção de agravos.

Os níveis de aplicação de medidas preventivas propostos por Leavell & Clark em 1965, diferenciam a Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, onde a promoção envolve medidas gerais, educativas, que promovam a autonomia para o autocuidado a partir da compreensão dos modos de vida e de adoecimento, enquanto que a prevenção compreende ações de proteção específica para agravos, como por exemplo as vacinas, o uso de preservativo, dentre outros, estando ambas no campo da prevenção primária<sup>63</sup>.

A instrução de higiene oral, pode ser considerada como uma medida de proteção específica, para a prevenção de agravos como cárie dental e doença periodontal, contribuindo também com a prevenção do câncer bucal, pois a má higiene bucal e doenças periodontais, contribuem com aumento da microbiota na cavidade oral, sendo mais um fator de risco para o câncer bucal<sup>64</sup>.

Para além das orientações de higiene oral, são necessárias outras medidas de proteção específica para a doença, a fim de que a população em situação de rua, possa conhecer não somente os fatores de riscos para a doença, mas os meios de prevenção e proteção, compreendendo que mesmo em situação de risco e vulnerabilidade social e mesmo com a manutenção de seu estilo de vida, com os hábitos nocivos, caso essa seja sua opção, é possível a prevenção, com o seu acompanhamento no serviço de saúde, para o controle periódico.

Na percepção de alguns usuários em situação de rua e profissionais da equipe de saúde, a prevenção da doença, pode ser realizada por meio de campanhas educativas e palestras. Nessa perspectiva, se faz necessário uma reflexão sobre práticas de promoção da saúde e prevenção, entendidas como ações que promovam a autonomia das pessoas.

Um estudo desenvolvido em São Bernardo do Campo, que analisou o público que comparece a campanha anual de prevenção ao CB, demonstrou que 7,2% dos indivíduos atendidos apresentavam lesões na cavidade oral e que em nenhum dos casos, foi confirmada a presença de malignidade nas lesões, confirmando que geralmente, a população alvo de campanhas de prevenção, não costumam comparecer a estas atividades<sup>65</sup>.

Campanhas educativas para a prevenção do CB, envolvendo a população idosa, é uma prática comum nos serviços de saúde pública, estando geralmente associadas ao período de vacinação contra a gripe. Um estudo descritivo exploratório sobre os resultados de campanha de prevenção e diagnóstico precoce, realizado em Piracicaba, nos anos de 2010 a 2012, concluiu que a maioria desta população já ouviu falar sobre o câncer bucal, porém não sabe como se proteger da doença, resultado similar ao nosso estudo, muito embora as populações dos estudos tenham métodos diferentes<sup>66</sup>.

Estudo similar com um grupo de idosos, constatou que a maioria teve acesso à informação sobre como prevenir a doença, com maior índice entre a população vinculada à equipes de saúde da família, concluindo que é necessário ampliar o acesso à informação às pessoas que não residem em domicílios cadastrados, resultado que confirma a ideia de que as informações sobre a prevenção do CB não são acessíveis à população em situação de rua<sup>67</sup>.

Há de se considerar, que essas campanhas, para alcançarem os resultados esperados, precisam garantir o monitoramento dos casos suspeitos, bem como o

acompanhamento periódico da população analisada como grupo de risco, pois campanhas onde lesões suspeitas são identificadas e não acompanhadas, são ineficazes considerando que não se tem o desfecho dos casos<sup>68</sup>.

Apesar do reconhecimento por parte de alguns usuários e profissionais da equipe quanto a possibilidade de realizar atividades educativas como palestras e rodas de conversa, é necessário considerar que a população em situação de rua, tem uma dinâmica diferente para a promoção do seu autocuidado, embora entendendo sua importância.

Na população entrevistada foi possível observar que os fatores que os levam a estar nesta condição, estão relacionados ao uso de drogas lícitas e/ou ilícitas. Assim, é comum se encontrarem por dias em estado de torpor, sem a consciência necessária para manutenção de sua higiene diária e nem sempre estão disponíveis para acessar informações sobre os cuidados de saúde durante a abordagem da equipe. Ações educativas em grupo para as pessoas em situação de rua podem ser mais difíceis de serem realizadas, quando comparadas a abordagem individual, com as orientações necessárias.

Ademais, vários são os fatores relacionados à condição de risco e vulnerabilidade em que estes se encontram e a mudança de comportamento, muitas das vezes, não é o seu objeto de desejo naquele momento. Tenglandt<sup>69</sup> afirma que em algumas situações os comportamentos de risco são involuntários ou autônomos, e que as pessoas gostariam de mudar seu comportamento, mas isso perpassa pelo emponderamento, compreendido em um contexto mais amplo, onde o indivíduo possa desenvolver sua capacidade para o auto-controle de sua vida, com autonomia, autoconfiança e autoestima.

A abordagem de mudança de comportamento, em algumas situações, aumenta o risco de culpabilização da vítima ou estigmatização, quando os profissionais de saúde têm a ideia de que os comportamentos de risco são adotados por vontade própria, sem considerar o contexto de falta de oportunidades, desemprego, condições sociais, desajustes familiares e afetivos, dentre outros e para essas pessoas o uso de substâncias lícitas e/ou ilícitas são a única fonte de prazer, alívio e conforto<sup>69</sup>.

Alternativas possíveis podem ser pensadas para garantir o acesso à informação e comunicação relacionados aos fatores de risco e prevenção do câncer bucal. No desenvolvimento de ações para o controle deste agravo, a atuação multiprofissional e

intersetorial é fundamental para o enfrentamento de problemas que não estão diretamente relacionados à saúde, mas que influenciam no processo de adoecimento.

Chrystal *et al.*<sup>70</sup>, descrevem uma experiência de cuidados em saúde mental na atenção primária com pessoas em situação de rua para o cuidado centrado no usuário, onde foram estudados os fatores organizacionais e como estes afetavam a percepção do cuidado, com a população usuária. Foram consideradas no estudo as características dos pacientes, o apoio social, opção pela escolha do profissional e experiências prévias com o serviço. Os resultados demonstraram a importância de cuidados personalizados, com características para a organização dos serviços como: a localização, a oferta diária e a integração da atenção primária com os serviços de saúde mental. Os autores concluíram que para melhorar as organizações, podem ser oferecidos serviços com maior flexibilidade e escolha a essas pessoas em situação de rua<sup>70</sup>.

Nos serviços de saúde, uma estratégia comumente utilizada para promoção da saúde na Atenção Primária é a Educação em Saúde, compreendida como uma estratégia educativa, com métodos e tecnologias específicas para atender o objeto da ação educativa, reconhecendo a multiplicidade dos fatores envolvidos no processo de adoecimento, contribuindo com o desenvolvimento de hábitos e estilos de vida para promoção da saúde, com participação ativa dos sujeitos envolvidos na construção do conhecimento<sup>13</sup>.

Nesse contexto, recorreremos as ideias freirianas, à luz da Educação Popular, que tem como pressuposto o ato educativo desenvolvido de forma a valorizar o diálogo, a horizontalidade, a amorosidade, a problematização e a construção de conhecimento compartilhada, com estímulo ao protagonismo, valorizando as histórias e experiências de vida das pessoas<sup>71</sup>.

Para Freire, o respeito a autonomia e a dignidade das pessoas, não é um favor, e sim um imperativo ético, e a compreensão de que ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua construção, possibilita práticas educativas onde o profissional de saúde não detém o poder de ensinar o certo e o errado, mas que é um facilitador no processo de reconhecimento dos hábitos e estilos de vida que podem comprometer seu estado de saúde e a partir desse reconhecimento, possam ser pensadas estratégias para mudança de hábitos ou redução de danos<sup>15</sup>.

Embora não sejam desenvolvidas ações específicas para a prevenção do CB, os usuários percebem a importância destas, enfatizando ações pontuais e a necessidade de mudança de hábitos como condição para prevenção da doença. Assim, é necessário considerar, que as atividades educativas a serem desenvolvidas pela equipe de saúde com a população em situação de rua, devem ser consonantes com as ideias de Paulo Freire, promovendo a autonomia e dignidade, desenvolvidas de forma amorosa para o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, estimulando o protagonismo destes, nas práticas de saúde.

#### 5.4 CATEGORIA TEMÁTICA III - FATORES QUE FAVORECEM OU NÃO AÇÕES DE PREVENÇÃO.

Com os resultados das evidências construídas na Categoria Temática III, foram analisados os fatores que favorecem ou não as ações de prevenção, relacionados ao acesso e consultas periódicas, bem como os fatores que desfavorecem à prevenção do CB sob o olhar do profissional de saúde.

No Brasil, a Universalização do direito a saúde ocorreu em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde, porém o direito constitucional nem sempre se traduz na garantia de acesso, sendo necessário arranjos institucionais com a oferta de serviços, que facilitem esse acesso, considerando as especificidades de grupos populacionais.

Um estudo que analisou o acesso aos serviços odontológicos em países europeus com regimes de bem-estar social, demonstrou que a maioria dos entrevistados não acessaram os serviços de odontologia, com 54,5% dentre os homens e 45,5% dentre as mulheres, os fatores relacionados ao não acesso foram a percepção do paciente quanto à necessidade de tratamento regular e a inexistência de serviços próximo à residência<sup>72</sup>.

Para a população em situação de rua, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pode estar relacionada também à percepção quanto à necessidade de cuidados regulares, bem como aos arranjos institucionais do serviço de saúde para atenção à saúde bucal, a qual no Brasil é garantida pelas Equipes de Saúde da Família e Centro de Especialidades Odontológicas, já que o município de Rio Branco, não dispõe de um Técnico de Saúde Bucal na equipe do Consultório na Rua (eCR)<sup>33</sup>,  
73.

Um dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal, é a articulação em rede, para garantia das ações de saúde bucal, com o olhar para a vigilância à saúde

no território e dentre as ações propostas são previstas a educação em saúde bucal, considerando as diferenças sociais e culturais, que pode ser desenvolvida por qualquer profissional da área de odontologia, e dentre as ações para ampliação e qualificação da Atenção Básica, são encontradas as ações para prevenção e controle do câncer bucal<sup>33</sup>. Uma das estratégias orientadas é a oferta de oportunidades de identificação de lesões bucais, a busca ativa, em visitas domiciliares ou em campanhas pontuais como vacinação de idosos<sup>33</sup>.

As estratégias apresentadas não dialogam com as especificidades da população em situação de rua, já que estas pessoas não são encontradas no domicílio e não frequentam campanhas oferecidas nas unidades de saúde. Os arranjos institucionais não excluem a possibilidade de organizar estratégias de alcance a esse grupo populacional específico, as quais podem ser planejadas em conjunto com a eCR, gestores de saúde bucal e profissionais de saúde bucal que atuam em outros pontos de atenção da rede, considerando que a Política preconiza a atuação de forma articulada e integrada.

Uma das estratégias que podem ser desenvolvidas por uma equipe de saúde bucal com a eCR é a busca ativa nos locais de concentração destes usuários, pontos estes mapeados pela equipe durante os atendimentos.

Além da garantia de acesso, é necessário garantir a estes usuários, um dos atributos essenciais da atenção primária, a longitudinalidade do cuidado, ou seja, o cuidado ao longo do tempo, mesmo estando estes desvinculados de um território adscrito, pois uma estratégia importante para prevenção desta doença, está relacionada ao controle periódico para identificação precoce de lesões<sup>74</sup>.

Um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, observou que dos 509 pacientes rastreados, 131 apresentaram lesões fundamentais, sendo que o grupo exposto a fatores de risco apresentou maior número de lesões, com diferença estatisticamente significativa. Os autores afirmam que um serviço de atenção permanente e de fácil acesso à comunidade, garantem acesso rápido e eficaz no diagnóstico e tratamento das lesões, sendo os programas de diagnóstico, uma oportunidade para orientar a população sobre a doença<sup>75</sup>.

No Canadá, uma estratégia para ampliação do acesso da população em situação de rua aos cuidados em saúde bucal, vem sendo as Clínicas Escolas de Odontologia pois a atenção à saúde bucal no país é condicionada ao seguro-assistencial, para

aqueles que possuem emprego<sup>76</sup>. Considerando a existência de instituições de ensino na área de odontologia no município de Rio Branco, e que uma das políticas do SUS é a integração ensino-serviço-comunidade, esta pode ser também uma estratégia de ampliação não somente às ações curativas, mas principalmente nas ações de prevenção, com a integração ensino-serviço-comunidade.

Para além da garantia de acesso, o cuidado na saúde pressupõe também a criação de vínculo com aproximação entre usuário e trabalhador da saúde, estabelecido nos encontros que permeiam esse trabalho, um encontro entre sujeitos com necessidades e expectativas por vezes diferentes, onde o usuário busca assistência e o profissional visa cuidar do usuário, o que promove uma relação afetiva e ética na relação<sup>77</sup>.

Outro aspecto importante a ser considerado, é a periodicidade de consultas no serviço odontológico, a fim de garantir o acompanhamento e cuidado ao longo do tempo. O parâmetro assistencial para cobertura ambulatorial no que diz respeito à saúde bucal, preconiza 0,5 a 2 atendimentos por habitante/ano<sup>78</sup>.

A partir deste parâmetro, um estudo confirmou que além da dificuldade de acesso, as consultas periódicas também não estão sendo garantidas de forma satisfatória, o que para essa população pode implicar na redução na taxa de sobrevivência já que o prognóstico do câncer bucal pode ser favorável quando detectado no estágio inicial, relacionado a isso, encontra-se ainda os fatores socioeconômicos e comportamentais, os quais influenciam de forma negativa na sobrevivência<sup>16, 27</sup>.

Uma das estratégias prioritárias da Política Nacional de Saúde Bucal, é a prevenção e controle do câncer bucal, com a identificação precoce das lesões e atendimento integral nos diferentes níveis de complexidade, sendo de responsabilidade da Atenção Primária o desenvolvimento de ações preventivas, com exames preventivos e busca ativa, com ações centradas na promoção da saúde, para todas as faixas etárias, visando o controle dos fatores e condições de risco<sup>33, 79</sup>.

A realização de ações de promoção e prevenção implica no desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes, inerentes à equipe de saúde bucal. A ausência de um profissional da área na eCR, é um dos fatores que desfavorecem as ações preventivas, o que demonstra a necessidade de uma melhor articulação do serviço, para garantia de um profissional na equipe, ou como referência para o desenvolvimento destas ações.



As ações educativas para a prevenção do CB, podem ser desenvolvidas por qualquer profissional de saúde, desde que exista uma qualificação para melhor compreensão dessa temática. A partir desse olhar, o Cirurgião Dentista (CD) de rede básica poderia atuar com a eCR, na perspectiva do Apoio Matricial, atuando como facilitador no processo de qualificação, entendendo que o trabalho na saúde envolve dimensões do trabalho em campo e em núcleo, onde o trabalho em campo envolve a dimensão cuidadora do trabalho na saúde e permeia as ações de todos os profissionais e o trabalho em núcleo envolve as dimensões do trabalho específico de cada categoria profissional<sup>80</sup>.

A identificação precoce de lesões, requer conhecimentos específicos do CD, e para o desenvolvimento desta ação. Considerando a inexistência de um profissional da área na equipe, seria necessária a articulação da eCR com uma equipe de saúde bucal com atuação na rede, para encaminhamento periódico destes usuários, não somente com o agendamento, mas com o acompanhamento deste à consulta, para que este usuário seja assistido no serviço.

O Plano Operativo para População em Situação de Rua prevê a ampliação de ações educativas, com a qualificação dos profissionais que atendem este grupo populacional e que nas diretrizes para a organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua, está prevista a composição da equipe com o Técnico de Saúde Bucal<sup>81, 73</sup>. Estas estratégias podem facilitar o desenvolvimento de ações específicas para a prevenção do CB.

A não priorização de ações de prevenção para o CB, foi também um dos fatores relacionados como desfavoráveis ao desenvolvimento dessas ações. Na saúde pública, as ações prioritárias da gestão, são expressas nos Planos de Saúde e Programações Anuais de Saúde, a partir das propostas aprovadas nas Conferências de Saúde, possibilitando a alocação de recursos, não somente financeiros, com maior eficiência<sup>82</sup>.

No Plano Municipal de Saúde de Rio Branco 2018-2021 e na Programação de Saúde 2018 não são encontradas ações específicas para a prevenção do câncer bucal nas Diretrizes para a Atenção à Saúde, tanto nas ações voltadas para a população em situação de rua, quanto nas ações de saúde bucal<sup>83</sup>. Porém, é necessário considerar que o Plano expressa a necessidade de ampliação do acesso à assistência odontológica, com o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e controle de doenças bucais, o que indica a necessidade de organização da equipe

para identificar grupos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade, inserindo na agenda de planejamento local, ações para prevenção deste agravo.

A instabilidade do público foi ainda um fator identificado como desfavorável as ações de prevenção. Sabe-se que a localização da população em situação de rua é incerta já que os locais de parada mudam constantemente, somado a isso, como é uma população que faz uso de drogas lícitas e ilícitas, é comum, durante a abordagem da equipe, estes não estarem lúcidos para receberem informações.

É necessário compreender que neste lugar, na rua, as pessoas também criam vínculos e estabelecem relações para compensar as perdas familiares, que em muitos dos casos, os levaram a estar na rua, criando recursos para sobrevivência. Dentre estes recursos está o consumo de drogas, o que para a equipe implica em ressignificar estratégias de abordagens, potencializando os encontros para práticas de cuidado, não perdendo de vista que quando há um encontro entre duas pessoas, uma atua sobre a outra, com expectativas que se traduzem nas relações subjetivas, sentidas nos momentos de fala, escuta e interpretações, e nesse encontro pode existir ou não a acolhida, o vínculo e a aceitação do outro<sup>84, 80</sup>.

A atenção à saúde de pessoas em situação de rua foi analisada em um estudo comparado de unidades móveis implementadas em Portugal, nos Estados Unidos e no Brasil com o objetivo de facilitar o acesso e busca ativa dessa população, identifica esta estratégia como potencial para redução do tempo de acesso e a garantia do cuidado com redução de danos *in loco*, porém é necessário não gerar um circuito segregador, ao ofertar toda assistência possível na rua, sem articular a atenção com a rede local nos territórios<sup>85</sup>.

A Redução de Danos, é uma estratégia bastante utilizada para a atenção à saúde da PSR, reconhecendo que estes usuários, muitas das vezes, não conseguem ou não querem interromper o uso de drogas<sup>86</sup>. Esta estratégia, ganhou força no Brasil, na década de 80 com a epidemia da AIDS no mundo e, em 2005 é efetivada, enquanto política no Brasil sendo reconhecida na agenda pública com enfoque na prevenção, garantindo a autonomia do usuário e sua liberdade de escolha<sup>87</sup>.

Para a prevenção do CB, é necessário reconhecer o valor da Política de Redução de Danos, para minimizar os danos à saúde bucal, decorrente do uso de tabaco e álcool, ofertando as condições de acesso aos serviços para o controle periódico. Para essa população, hábitos nocivos como alcoolismo e tabagismo, além do uso de drogas, são meios de fuga da realidade e a opção por deixar de usar essas

substâncias não é uma escolha entre o certo e o errado, existe um contexto que requer um enfrentamento e esforço conjunto do poder público, do usuário e da família

Nesse contexto, pode-se inferir que no que diz respeito a compreensão dos fatores de risco para o câncer bucal, alguns são reconhecidos pela população em situação de rua e profissionais de saúde, dentre estes o tabagismo, alcoolismo e hereditariedade, evidência esta que difere o estudo de Vidal e colaboradores<sup>88</sup>, realizado em Pernambuco onde constatou o desconhecimento da população aos fatores de risco, mesmo estando expostos à estes e do estudo de Zanetti e colaboradores<sup>89</sup>, realizado com motoristas de caminhão em rodovias do estado de São Paulo que concluiu serem desconhecidos para essa população, tanto os fatores de risco e quanto as ações de prevenção. Essa evidência pode contribuir com o desenvolvimento de ações preventivas para o agravo, facilitando a compreensão sobre a necessidade de controle periódico, já que as pessoas em situação de rua relacionam os seus hábitos de vida à doença.

A análise das ações de prevenção e controle do câncer bucal traz a evidência de que estas ainda são restritas e com foco curativista. Nesse contexto, há de se considerar que as práticas de saúde, mantém relação com o processo de formação profissional, e que mesmo com as mudanças no perfil de formação profissional, indicando a necessidade de se desenvolver competências e habilidades para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), estas ainda perpetuam a prática centrada no modelo biomédico. Visando contribuir com a formação profissional, desde 2003 o Ministério da Saúde vem promovendo a integração ensino-serviço-comunidade, com projetos como VER-SUS, Aprender SUS, PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE promovendo arranjos institucionais que corroborem com a reorientação na formação profissional com perfil para atuação do SUS, com práticas de cuidado na perspectiva da integralidade na saúde<sup>90</sup>.

Infere-se ainda que dentre os Fatores que influenciam no desenvolvimento de ações para prevenção e controle da doença estão o acesso restrito desta população aos serviços de saúde. Estudo realizado por Silva e colaboradores<sup>91</sup> corrobora com a ideia de que o acesso tem uma dimensão central no serviço público, como barreira para o cuidado, e considerando a PSR é necessário garantir a equidade na organização das ações e serviços, pois as barreiras de acesso ainda são uma realidade. Para além das barreiras físicas de acesso, são encontradas ainda barreiras no acolhimento e vínculo dessa população pelos profissionais de saúde, onde

algumas ainda produzem práticas estigmatizantes e discriminatórias, com atitudes preconceituosas, que acabam por afastar<sup>91, 92</sup> .

Por fim, as evidências do estudo corroboram que esta população pode ser considerada como grupo vulnerável ao câncer bucal, com reconhecimento dos fatores de risco tanto pelos usuários quanto pelos profissionais de saúde. Atualmente no município de Rio Branco, existe o serviço para o cuidado e uma equipe de saúde de referência para essa população e, em que pese as fragilidades evidenciadas no estudo para o desenvolvimento de ações de prevenção para controle deste agravo, o Consultório na Rua é reconhecidamente um espaço importante para o cuidado na saúde, pois possibilita a criação de vínculo entre os serviços de saúde e essa população. Porém, é necessário potencializar estratégias que facilitem o acesso, para a promoção da saúde e a prevenção da doença com práticas educativas coletivas ou individuais que potencializem a compreensão da necessidade do autocuidado e controle periódico.

## **6. CONCLUSÃO**

A população em situação de rua e os profissionais de saúde que atuam na equipe do consultório na rua, tem o conhecimento dos principais fatores de risco relacionados ao câncer bucal, tanto dos fatores ambientais quanto dos fatores sociais.

A equipe não desenvolve ações específicas voltada para este grupo, porém são desenvolvidas orientações para a higiene oral.

Os usuários em situação de rua, compreendem a necessidade de prevenção, porém acreditam que esse controle só será possível, com mudança de hábitos nocivos.

Os fatores que influenciam no desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer bucal estão relacionados à dificuldade de acesso ao serviço público, o tempo de retorno superior a um ano, conforme preconizado para o controle periódico e ainda, a ausência de um profissional da área de saúde bucal na equipe do consultório na rua, para o desenvolvimento de ações específicas para a prevenção e controle do câncer bucal.

### **Conflitos de Interesse**

Os autores declaram que não existe conflito de interesse.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Pinto V. *Saúde Bucal Coletiva*. (2013).
2. Neville BEA. *Patologia Oral e Maxilofacial*. (2016).
3. Borges FT, Garbin CAS, Carvalhosa AA de, Castro PH de S, Hidalgo LRDC. Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso , Brasil Oral cancer epidemiology in a public laboratory in Mato Grosso State , Brazil. *Cad. Saúde Pública* **24**, 1977–1982 (2008).
4. Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. **58**, 27–33 (2010).
5. Brasil. *Coletânea de Normas para o Controle Social*. (2011).
6. Pereira AC. *Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia*. (2009).
7. Torres-pereira CC, Angelim-dias A. Abordagem do câncer da boca : uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde Strategies for management of oral cancer in primary and secondary healthcare services. 30–39 (2012).
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Bucal*. (2004).
9. Roncalli AGA. Organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal. Universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva. (Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, 2000).
10. Narvai PC, Frazão P. *Saúde Bucal no Brasil muito além do céu da boca*. (2008).
11. Emmerich A, Castiel LD. O lagarto e a rosa no asfalto odontologia de desejos e vaidades. (2013).
12. Lopes MGM, Silva MGG da. *Das ideias aos ideais: construção da integralidade na ótica da produção dos serviços de saúde bucal*. Saúde Bucal Coletiva implementado ideias... construindo integralidade 207 (2008).
13. Carneiro ACLL *et al*. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Rev. Panam. Salud Pública* **31**, 115–120 (2012).
14. Sevalho GO conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **22**, 177–188 (2018).
15. Freire, P. *Pedagogia da Autonomia Saberes necessários à prática educativa*. (2013).
16. Ferreira AK da MBJ, Santos LA de M, Rebelo MS, Costa RM de O. *Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil*. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Coordenação de Prevenção e Vigilância*. – Rio de Janeiro. (2017). doi:978-85-7318-283-5

17. van Nagell JR *et al.* Ultrasound and assessment of ovarian cancer risk. *Cancer* **37**, 408–14 (2013).
18. Al-Jaber A, Al-Nasser L, El-Metwally A. Epidemiology of oral cancer in Arab countries. *Saudi Med. J.* **37**, 249–255 (2016).
19. Volkweis MR. *et al.* Perfil Epidemiológico dos pacientes com Câncer Bucal em um CEO. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac* v. **14**, n.2, 63–70 (2014).
20. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Mortalidade por câncer bucal no Brasil. 2017. (2017).
21. Moro J da S, Maroneze MC, Ardenghi TM, Barin LM, Danesi CC. Oral and oropharyngeal cancer: epidemiology and survival analysis. *Einstein (São Paulo)* **16**, 1–5 (2018).
22. Figueiredo AM. Prevalência e características clínico-epidemiológicas do câncer bucal e de cabeça e pescoço no Hospital Estadual de Bauru/SP. (2013).
23. Vieira ÂC. Tabagismo e sua relação com o câncer bucal: uma revisão de literatura smoking and its relationship with oral cancer: a literature review. *Rev. Bionorte* 9–18
24. Bagnardi V. *et al.* Alcohol Consumption and Site-Specific Cancer Risk: A Comprehensive Dose–response Meta-Analysis. *Br. J. Cancer* 580–593 (2015).
25. Cartaxo AC. Conhecimento de trabalhadores rurais de um município do nordeste brasileiro acerca da prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca. *Rev. Ciência Plur.* **3** (1), 51–62 (2017).
26. Ferreira NAF *et al.* (org). Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. in (ed. EDUFRN) (2004).
27. Soares FF. Desigualdades sociais na sobrevida de câncer de boca e orofaringe em São Paulo Desigualdades sociais na sobrevida de câncer de boca e orofaringe em São Paulo Versão original São Paulo. (2018).
28. Brasil. Saúde da População em Situação de Rua. 38 (2014). doi:10.1017/CBO9781107415324.004
29. Silva MLL. Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno População em Situação de Rua no Brasil 1995-2005. (2006).
30. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários d. (2011).
31. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe consultório rua Manguinhos. (2016).
32. Brasil. Sistema de Informações da Atenção Básica e-SUS. Rio Branco (2018).

33. Saúde., B. M. da. *Política Nacional de Saúde Bucal*. (2004).
34. Pucca Júnior GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cien. Saude Colet*. **11**, 243–246 (2005).
35. Junior ARF, Vieira, LJE de S. Existe um campo e um conceito no estudo da política pública efetivando a promoção da saúde? *Rev. Bras. em promoção da Saúde* **30**, 149–152 (2017).
36. Santos SKZ dos, Da Ros MA. Resignificando Promoção de Saúde em Grupos para Profissionais da Saúde. **40**, 189–196
37. Davila JRM *et al.* Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. *Rev. Bras. em promoção da Saúde* **30**, 13–21 (2017).
38. Goes PSA de *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saude Publica* **28**, s81–s89 (2012).
39. Pires FS, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: Uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saude e Soc.* **24**, 273–284 (2015).
40. Flick U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. (2009).
41. Minayo MCO *desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (2010).
42. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Heal. Care* **19**, 349–357 (2007).
43. Apolinário F. Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa. in (ed. Learning, C.) (2009).
44. Bardin L. (orgs) Luis Antero Reto, A. P. *Análise de conteúdo*. (2011).
45. Cavalcante RB. *et al.* Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf. Soc. Est.* **v.24, n.1**, 13–18 (2014).
46. [https://www.researchgate.net/Figura-4-Passos-metodologicos-da-Analise-de-Conteudo-fundamentada-por-Bardin-Fonte\\_fig17\\_323750142](https://www.researchgate.net/Figura-4-Passos-metodologicos-da-Analise-de-Conteudo-fundamentada-por-Bardin-Fonte_fig17_323750142) [accessed 30 Aug, 2018]. Empoderamento do pesquisador nas Ciências da Saúde - Scientific Figure on ResearchGate.
47. Silva RS *et al.* Nurses' knowledge and practices in the face of the challenge of using the systematization of nursing care as an instrument of assistance in a first aid in Brazil. *Medicine (Baltimore)*. **97**, (2018).
48. Elva D *et al.* Comportamiento epidemiológico del Programa de Detección del Cáncer Bucal en Puerto Padre Epidemiologic behavior of the Oral Cancer



- Detection Program in Puerto Padre. **39**, (2014).
49. Ganesh R, John J, Saravanan S. Socio demographic profile of oral cancer patients residing in Tamil Nadu - A hospital based study. *Indian J. Cancer* **50**, 9 (2013).
  50. Li S. *et al.* Oral sex and risk of oral cancer: a meta-analysis of observational studies. *J. Evid. Based. Med.* **8**, 126–133 (2015).
  51. Brondani MA. Café Discussions on Oral Sex, Oral Cancer, and HPV Infection: Summative Report. *Can. Institutes Heal. Res.* **39**, 1453–1455
  52. Nowosielska-Grygiel J, Owczarek K, Bielińska M, Waclawek M, Olszewski J. Analysis of risk factors for oral cavity and oropharynx cancer in the authors' own material. *Otolaryngol. Pol.* **71**, 23–28 (2017).
  53. Roswall N e Weiderpass E. Alcohol as a risk factor for cancer: Existing evidence in a global perspective. *J. Prev. Med. Public Heal.* **48**, 1–9 (2015).
  54. Maasland DHE, van den Brandt PA, Kremer B, Goldbohm RA, Schouten LJ. Alcohol consumption, cigarette smoking and the risk of subtypes of head-neck cancer: Results from the Netherlands Cohort Study. *BMC Cancer* **14**, 1–14 (2014).
  55. Varoni EM, Lodi G, Iriti M. Ethanol versus phytochemicals in wine: Oral cancer risk in a light drinking perspective. *Int. J. Mol. Sci.* **16**, 17029–17047 (2015).
  56. Gaonkar PP, Patankar SR, Tripathi NSG. Oral bacterial flora and oral cancer: The possible link? *J. Oral Maxillofac. Pathol.* **22**, 234–238 (2018).
  57. Antoniazzi RP, Lago FB, Jardim LC, Sagrillo MR, Ferrazzo KLFC. Impact of crack cocaine use on the occurrence of oral lesions and micronuclei. *Int J Oral Maxillofac Surg.* **47**, 888–895 (2018).
  58. Sordi MB, Massochin RC, Camargo AR de, Lemos T, Munhoz E de A. Oral health assessment for users of marijuana and cocaine / crack substances. *Braz. Oral Res.* **31**, 1–11 (2017).
  59. Russo D. *et al.* Epigenetics of oral and oropharyngeal cancers (Review). *Biomed. Reports* **9**, 275–283 (2018).
  60. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Constituição da Organização Mundial da Saúde.* (2001).
  61. Giovanella L, Mendonça MHM. de. Atenção Primária em Saúde. in *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil* 1100 (2012).
  62. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde & Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas de Promoção da Saúde.* (2002).
  63. Westphal MF. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. in *Tratado de Saúde Coletiva* **1**, 871 (2012).

64. Hooper S, Wilson M, Crean S. Exploring the link between microorganisms and oral cancer: a systematic review of the literature. *Head Neck* **31**, 1228–1239 (2009).
65. Nemoto RP. *et al.* Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target? TT - Campanha de prevenção do câncer de boca: estamos atingindo o verdadeiro público-alvo? *Braz J Otorhinolaryngol* **81**, 44–49 (2015).
66. Costa A, Tôrres L, Fonseca D, Wada R, Sousa M. Campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal: perfil dos idosos participantes. *Rev. bras. odontol.* **70**, 130–135 (2013).
67. Antunes JLF, Toporcov TN, Wunsch-Filho V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. *Rev. Panam. Salud Pública* **21**, 30–36 (2007).
68. Martins AME de BL, Barreto SM, Santos-Neto PE dos, Sá MAB de, Souza JGS, Haikal DS *et al.* Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde Greater access to information on how to prevent oral cancer among elderly using primary health care. 2239–2253
69. Tengland PA. Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Goals. *Heal. Care Anal.* **24**, 24–46 (2016).
70. Chrystal JG. *et al.* Experience of primary care among homeless individuals with mental health conditions. *PLoS One* **10**, 1–14 (2015).
71. Barbosa AM *et al.* Fórum Permanente de Educação Popular em Saúde: construindo estratégias de diálogos e participação popular TT - Permanent Forum for Popular Health Education: building strategies for dialogue and public participation. *Rev. APS* **18**, 554–559 (2015).
72. Listl S, Moeller J, Manski R. A multi-country comparison of reasons for dental non-attendance. *Eur J Oral Sci.* **122**, 62–69 (2015).
73. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.* (2011).
74. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde (2002). doi:10.1017/CBO9781107415324.004
75. Scheufen R de C. *et al.* Prevenção e detecção precoce do câncer de boca: Screening em populações de risco. *Pesqui. Bras. Odontopediatria Clin. Integr.* **11**, 245–249 (2011).
76. Guirguis-Younger M, McNeil R, Hwang SW. Homelessness & Health in Canada. *Animal Genetics* **39**, (2014).

77. Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno de textos da Política Nacional de Humanização*. (2013).
78. Abdo EN, Garrocho A de A, Aguiar MCF de. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *Rev Bras Cancerol* **48**, 357–362 (2002).
79. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde bucal. Caderno de Atenção Básica nº 17. Divisão de Odontologia* (2008).
80. Merhy EE. Saúde a cartografia do trabalho vivo. in 145 (2017).
81. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015. (2015).
82. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Articulação Interfederativa **4**, (2016).
83. Rio Branco. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Rio Branco 2018-2021. (2018).
84. de Tilio R, Oliveira J de. Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua. *Psicol. em Estud.* **21**, 101–113 (2016).
85. Borysow I da C, Conill EM, Furtado JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Cien. Saude Colet.* **22**, 879–890 (2017).
86. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.028 de 1º de julho de 2005*. 2 (2005).
87. Machado, L. V. & Boarini, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicol. Ciência e Profissão* **33**, 580–595 (2013).
88. Vidal AK de L *et al.* Verificação do conhecimento da população pernambucana acerca do câncer de boca e dos fatores de risco - Brasil. *Pesqui. Bras. Odontopediatria Clin. Integr.* **12**, 383–387 (2012).
89. Zanetti F, Lúcio M, Elias D, Rocha S. Conhecimento e fatores de risco do câncer de boca em um programa de prevenção para motoristas de caminhão Knowledge and risk factors of oral cancer in a prevention program for truck drivers. **10**, 233–236 (2011).
90. Dias HS, Lima LD de, Teixeira MA trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS; The trajectory of the national policy for the reorientation of professional training in health in the Unified Health System (SUS). *Ciênc.saúde coletiva* **18**, 1613–1624 (2013).
91. Silva LMA, Monteiro I da S, Araújo ABVL de. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. *Cad. Saúde Coletiva* **26**, 285–291 (2018).
92. Rosa S, Garbriela M, Brêtas P, Cristina A, Rosa S. O cuidado em situação de

rua: revendo o significado do processo saúde-doença. (2006).

## APÊNDICE A

### **Roteiro de Entrevista para o Profissional de saúde:**

1. Formação, tempo de atuação na equipe, função na equipe e ações desenvolvidas.
2. Conhecimento dos fatores de risco de risco para o câncer bucal dos usuários atendidos pela equipe, de forma singularizada (tipo qual o hábito, quanto tempo)
3. Como é o acesso para o cuidado em saúde bucal e o fluxo de atendimento para o atendimento odontológico?
4. Quais as ações educativas desenvolvidas para a prevenção do câncer bucal?
5. O que leva a não realização de atividades educativas pela equipe de saúde para a prevenção do câncer bucal? (Opcional, caso perceba durante a entrevista que não são realizadas atividades educativas)
6. Que ações poderiam ser desenvolvidas pela equipe como estratégia de prevenção da doença?

## APÊNDICE B

### **Roteiro de Entrevista para o Usuário**

1. Idade, sexo, tempo de estudo, período em situação de rua.
2. Faz uso de álcool, tabaco e outras drogas (tempo e periodicidade)
3. Usa prótese bucal (qual, tempo e última troca)
4. Algum dente quebrado (tempo)
5. Tem alguma ferida na boca (região, frequência, tempo)
6. Percebeu alguma alteração na boca no último ano (qual e o que fez)
7. Última vez que foi ao dentista (tempo e motivo da procura)
8. O que conhece do câncer bucal e como conheceu
9. O que causa essa doença
10. Como prevenir o câncer bucal

## ANEXO I

### Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/

Topic	Item N°	Guide Questions/Description	Reported on Page N°
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Page 29
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Page 29
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	Page 29
Gender	4	Was the researcher male or female?	Page 29
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	Pages 29
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	Page 29
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Page 69
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Page 60
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Page 28
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Page 29
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Page 29
Sample size	12	How many participants were in the study?	Page 29
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	Page 29
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Page 28
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Page 29
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Page 29
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Pages 67 e 68
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	Page 29
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Page 30

Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	Page 29
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	Page 29
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	Page 29
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	Page 30
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
Data analysis			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	Page 30
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Page31
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Page 30
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	Page 30
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
Reporting			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Page 31
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Pages 35 a 45
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Pages 43 a 45
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Pages 46 a 59

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.



## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Eufrasia Santos Cadorin portadora do RG nº 209.292 SSP/AC e CPF: 359.829.692-49, Italla Maria Pinheiro Bezerra portadora do RG nº 96029066721 e CPF: 890.909.423-00, pesquisadores da Faculdade Barão do Rio Branco - União Educacional do Norte (UNINORTE/AC) e da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, estamos realizando um estudo intitulado: **Câncer bucal: análise dos fatores de risco e acesso a ações de prevenção e controle da doença na população em situação de rua no município de Rio Branco - Acre**, que tem por objetivo Analisar a percepção sobre o câncer bucal, fatores de riscos e ações de prevenção ao câncer bucal na perspectiva de profissionais de saúde e população em Situação de Rua no município de Rio Branco - Acre. Esta pesquisa é importante pela escassez de publicações recentes no Brasil e no Acre sobre o tema, o desenvolvimento da pesquisa se justifica para a produção científica que subsidie a implementação de políticas públicas para a prevenção do Câncer Bucal nessa população, historicamente excluída de cuidados básicos em saúde.

a) A população alvo é constituída por profissionais de saúde que atuam na equipe do consultório na rua e população em situação de rua no município de Rio Branco. Os procedimentos metodológicos de coleta de dados são entrevistas como roteiro semiestruturado.

b) Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa para dissertação de mestrado em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental para obtenção do título de Mestre pela Universidade Federal do Acre do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental, realizada pelos pesquisadora Eufrasia Santos Cadorin, para realizá-la, preciso(amos) de sua contribuição. Neste sentido, convido(amos) você, o sr., a sr.a, a participar da referida pesquisa.

c) A sua participação na pesquisa consiste em conceder entrevista seguindo roteiro proposto no estudo.

d) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: Os procedimentos a serem adotados apresentam risco mínimo aos sujeitos da pesquisa, em suas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Para evitar e/ou minimizar os riscos, serão tomadas as providências e precauções: abordagem inicial através de orientações sobre a confidencialidade e sigilo das informações obtidas e a livre participação, sendo garantido o anonimato dos participantes com a utilização de códigos ou nome de fantasia/pseudônimos, quando necessário.

Durante a realização da entrevista, caso seja percebido algum desconforto, eu Eufrasia Santos Cadorin, pesquisadora responsável pela pesquisa, serei responsável por informar ao entrevistado que este poderá retirar-se a qualquer momento, sem qualquer constrangimento entre as partes.

e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: contribuir com o sistema de saúde, representados por seus gestores e trabalhadores locais, para a prática de ações de prevenção e controle do agravo e subsídio à implementação de políticas públicas de atenção à saúde bucal. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado, mas os resultados do estudo poderão contribuir para o avanço científico.

f) Os pesquisadores Eufrasia Santos Cadorin, servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco no cargo de Cirurgiã Dentista e Docente da UNINORTE/AC, telefone (68) 99985 - 4024, e-mail: cadorin\_eu@hotmail.com, responsável pela coleta de dados desse estudo poderão ser contatados no endereço eletrônico cadorin\_eu@hotmail.com ou telefone (68) 99985-4024, para esclarecer eventuais dúvidas que o Sr., a Sra., ou você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Bem como, qualquer dúvida poderá ser esclarecida também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da União Educacional do Norte (CEP/UNINORTE) no endereço: BR 364, Km 02, Alameda Hungria, 200, Bairro: Jardim Europa II, CEP: 69911-900, Bloco E (subsolo), Rio Branco/AC, telefone: (68) 3302-7022, e-mail: cep.uninorte@uninorteac.com.br

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, e solicitar que lhe devolvam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que seja preservada sua identidade e mantida a confidencialidade dos dados coletados. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro, nem qualquer outro tipo de compensação. Você tem a garantia de que não terá problemas com a sua participação nesta pesquisa e caso haja ocorrências, tais como: constrangimento ou desconforto durante a entrevista decorrentes do estudo, estes serão tratados no sanados no momento da entrevista sem custos para [você, sr., sr.a].

j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

k) Fica assegurada uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao participante da pesquisa, sendo este documento assinado, em todas as páginas, pelo pesquisador responsável e pelo participante da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo intitulado: **Câncer bucal: análise dos fatores de risco e acesso a ações de prevenção e controle da doença na população em situação de rua no município de Rio Branco - Acre**, do qual concordei em participar de livre e espontânea vontade. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem ter que justificar minha decisão e nem sofrer quaisquer tipos de coação ou punição. Tenho conhecimento de que não terei nenhum custo e nem serei remunerado pela minha participação e que não serei identificado nas publicações dos resultados da pesquisa.

OBS: Quando o participante da pesquisa for analfabeto, a introdução acima será substituída por: "O TCLE foi lido pausadamente pelo pesquisador, na presença de duas testemunhas de minha confiança e sem vínculo com a pesquisa, as quais assinam este Termo".

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assino abaixo e nas páginas 1, 2 e 3 deste TCLE como prova do meu Consentimento Livre e Esclarecido em participar da pesquisa.



Digital

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal)

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

Nome: Eufrasia Santos Cadorin

Testemunhas:

Participante da Pesquisa

1 - \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Nº do RG

Assinatura legível (não rubricar)

2 - \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Nº do  
RG Assinatura legível (não rubricar)



Digital

Testemunha 01



Digital

Testemunha 02

\_\_\_\_\_

Pesquisador

Nome: Eufrasia Santos Cadorn

Rio Branco – AC, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.