

Câncer de boca grau de conhecimento e perfil epidemiológico dos romeiros de Juazeiro Do Norte - CE**Boat screen degree of knowledge and epidemiological profile of the romeiros de Juazeiro Do Norte - CE**

DOI:10.34117/bjdv6n7-568

Recebimento dos originais: 15/06/2020

Aceitação para publicação: 22/07/2020

Paulo Leonardo Celestino Oliveira

Mestre em Odontologia pela Unifor

Endereço: Rua Duca Bringel 412, bairro Lagoa Seca, Juazeiro do Norte CE.

E-mail: pauloleonardo@cidadejua.com

Aldo Angelim DiasDoutor em Ciências da Saúde pela UFRN E Pos-Doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP
Instituição: Professor de Graduação em Odontologia (UNIFOR) e do Mestrado Profissional em Odontologia

Endereço: Rua Coronel Jucá, 330, Apto. 1202, Meireles, Fortaleza, Ceará

E-mail: aldo_angelim@hotmail.com

Nicole Escórcio de Meneses

Especialista em Reabilitação Oral (ACO)

Instituição: Universidade de Fortaleza

Endereço: Av Washington Soares, 1321, Édson Queiroz, Fortaleza – CE. CEP: 60811905

E-mail: nicole.escorcio@hotmail.com

Pedro Sindeaux Pinheiro

Graduado em Odontologia pela Unileão

Endereço: Avenida Um, 245, casa 12, bairro Mondubim, Fortaleza CE

E-mail: pedro_sindeaux@hotmail.com

Carlos Felipe Fontelles Fontineles

Mestrando do Mestrado Profissional em Odontologia - UNIFOR

Instituição: Universidade de Fortaleza

Endereço: Rua Professor Frota Pinto, 453, Apto. 1103B, Luciano Cavalcante, Fortaleza, Ceará

E-mail: felipe.fontineles@hotmail.com

Ingrid Cordeiro Monte

Mestranda do Mestrado Profissional em Odontologia - UNIFOR

Instituição: Universidade de Fortaleza

Endereço: Av Washington Soares, 1321, Édson Queiroz, Fortaleza – CE. CEP: 60811905

E-mail: ingrid_monte_@hotmail.com

Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN

Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-CE)

Endereço: Rua Olegário Memória 4275 -casa 26, Sapiranga, Fortaleza-Ceará.
E-mail: shanuto@gmail.com

RESUMO

Este estudo propôs avaliar o grau de conhecimento sobre o câncer de boca dos romeiros de Juazeiro do Norte CE, uma população de mais de 130 cidades brasileiras, predominantemente da região Nordeste, reunida em evento religioso, buscando uma correlação com seus indicadores sociodemográficos, como o nível de escolaridade e renda. Através de aplicação de questionário, foram entrevistados 422 romeiros durante as peregrinações dos meses de setembro e novembro de 2016. De acordo com a qualidade das respostas, convencionou-se quatro classificações para o grau de conhecimento: pleno, aceitável, comprometido e insuficiente. Os resultados apontaram para uma população com níveis de renda e escolaridade baixos, e com o grau de conhecimento insuficiente para o câncer de boca, o mais inferior. As variáveis renda, escolaridade e risco ocupacional apresentaram relação estatística significativa com o grau de conhecimento.

Palavras-chaves: Neoplasias bucais, Promoção de saúde, Fatores de risco.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the degree of knowledge about oral cancer of the pilgrims in Juazeiro do Norte-CE and to correlate the data with sociodemographic, educational level and income indicators. For the study, questionnaires were applied to 422 pilgrims representing more than 130 Brazilian cities predominantly from the Northeast region. These questionnaires were applied during the pilgrimages of the months of September and November of 2016. According to the quality of the answers, four classifications were analysed for the degree of knowledge: full, acceptable, compromised and insufficient. The results showed a higher prevalence of responses to a population with low levels of income and schooling, and with insufficient knowledge for mouth cancer. The variables income, schooling and occupational risk presented a statistically significant relationship with the degree of knowledge.

Keywords: Oral neoplasms, Health promotion, Risk factors.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de boca é reconhecido como a mais grave doença que pode afetar a cavidade bucal. As localizações anatômicas mais acometidas são a língua, o assoalho de boca e o lábio inferior. O tipo histológico mais frequente é o carcinoma espinocelular ou carcinoma epidermóide, que corresponde à faixa de 90 a 95% de todas as malignidades orais.¹ Ocupa o quinto lugar na lista de incidência entre os homens e, anualmente, são diagnosticados cerca de 275 mil novos casos em todo o mundo, cuja mortalidade é elevada. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) tem estimado cerca de 15 mil novos casos para o ano de 2016; para o Nordeste, 3070. Há predomínio pelo sexo masculino e pela faixa etária acima de 50 anos. Sabe-se que a exposição solar contínua é um dos principais fatores predisponentes do câncer de boca, ao lado do tabagismo e etilismo.²

Para sua etiologia, considerando os fatores predisponentes, em relação ao fumo, já foram encontradas mais de trinta substâncias carcinogênicas, sendo as mais conhecidas os hidrocarbonetos

aromáticos e as nitrosaminas. Em relação ao álcool, seu exato mecanismo de ação deletéria ainda não está bem determinado, porém evidências sugerem que seu efeito é modulado por polimorfismos genéticos que alteram o metabolismo do etanol e da reparação do DNA. Estima-se que o álcool e o tabaco estejam relacionados a 80% dos casos. Já o câncer de lábio apresenta uma particular importância no Brasil, por ser considerado um risco ocupacional a trabalhadores expostos ao Sol sem a proteção adequada, como os sertanejos que vivem da agricultura de subsistência.³

Outros fatores, como papilomavírus humano (HPV) e a dieta rica em alimentos de origem animal, têm sido explorados e ainda suscitam indagações que necessitam esclarecimentos.⁴

Em relação ao seu diagnóstico, a boca é um sítio anatômico de fácil acesso para exame, permitindo que cirurgiões-dentistas, médicos generalistas ou o próprio paciente, através do autoexame, possam visualizar diretamente alterações suspeitas, principalmente nos estágios iniciais, levando ao diagnóstico precoce. No entanto, na maioria dos casos o diagnóstico é feito tardiamente. Esta situação reflete a falta de informação da população, que pelo fato das lesões iniciais serem assintomáticas, geralmente só procura o atendimento quando o tumor está em estágio bem avançado, acarretando uma queda drástica na sobrevida dos pacientes. A falta de informação da população está intimamente ligada com a ausência de programas governamentais que visem à prevenção.⁵

Estatisticamente, as maiores taxas de incidência no Brasil concentram-se nas regiões Sudeste e Sul.⁶ Isto pode ser explicado pelo maior contingente populacional e melhor acesso aos serviços de saúde, os quais conseguem ter uma maior sensibilidade no diagnóstico dos casos. Porém, constitui-se um desafio aos governos a equidade de oferta dos serviços públicos de saúde para regiões menos favorecidas economicamente, como o caso do Nordeste.

A população da região Nordeste, principalmente a que reside em municípios pobres do interior, convive com extrema dificuldade de acesso aos serviços primários e secundários de saúde, apesar da expansão da Estratégia Saúde da Família. Programas de prevenção quanto ao câncer de boca são escassos, enquanto que o encaminhamento para centros de tratamento de média e alta complexidade constitui-se numa verdadeira peregrinação.⁵ Parte desta população pode ser representada pelos romeiros de Juazeiro do Norte.

Juazeiro do Norte é um município do interior do Ceará, situado ao sul do estado na região do Cariri, equidistante de quase todas as capitais do Nordeste brasileiro. Com população estimada em 268.248 habitantes,⁷ é polo comercial, industrial e educacional. Nacionalmente a cidade é conhecida pelas romarias em devoção ao padre Cícero Romão Batista.

Observa-se que desde o início da humanidade são constatados os deslocamentos, viagens de grupos ou indivíduos para um determinado lugar consagrado, em reverência a um santo. Os viajantes são denominados peregrinos ou romeiros.⁸ A romaria em Juazeiro do Norte teve início com

o suposto milagre da hóstia ministrada pelo padre Cícero para a beata Maria de Araújo no final do século XIX. A hóstia teria se transformado em sangue na boca da beata. O fenômeno, aliado ao carisma do sacerdote, atraiu devotos de todas as partes do Nordeste, principalmente, e perdura até os dias atuais.⁹

O romeiro de Juazeiro do Norte exibe hábitos bem peculiares, como sempre andar em grupos pelas ruas da cidade a caminho dos locais considerados sagrados, percurso este conhecido como o Roteiro da Fé (igrejas, museus e monumentos); além de usar do chapéu de palha tanto como tradição quanto pela proteção ao Sol causticante do interior nordestino, em temperaturas entre 30 e 40 graus Celsius.¹⁰

Camadas populacionais com índices de renda e escolaridade baixos parecem estar mais expostas a fatores predisponentes como o fumo e o álcool.¹¹ Aliados a estes, há a exposição para a radiação solar pelo contínuo trabalho na agricultura. Ações de esclarecimento e prevenção são necessárias para pessoas expostas a tantos fatores de risco. Estas ações devem ser planejadas de acordo com o perfil da população de cada localidade, identificando suas necessidades e costumes a fim de facilitar o processo de comunicação e transmissão da mensagem.¹²

Este trabalho propôs descrever o grau de conhecimento sobre o câncer de boca dos romeiros de Juazeiro do Norte, uma população, segundo este estudo, de mais de 130 localidades principalmente da região Nordeste, e nunca estudada para estes fins. A tradição do uso do chapéu de palha como proteção ao sol despertou o interesse em analisar quais noções os romeiros teriam sobre a patologia. Identificou-se também se existe relação entre este grau de conhecimento com fatores socioeconômicos, como a escolaridade e a renda dos romeiros. Os dados obtidos poderão servir de base para ações educativas e preventivas de instituições públicas e privadas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ROMARIAS DE JUAZEIRO DO NORTE

As tradições inventadas são um conjunto de práticas de natureza ritual ou simbólica que visam inculcar certos valores e normas de comportamento através da repetição, representando assim uma clara continuidade em relação ao passado, como as romarias.¹³

Os primórdios das romarias em Juazeiro do Norte remetem à adoração dos panos conseqüentemente ensanguentados quando utilizados no momento do suposto milagre da hóstia ministrada pelo padre Cícero Romão Batista para a beata Maria de Araújo. O fenômeno repetitivo da transformação da hóstia em sangue atraiu a atenção da população de cidades circunvizinhas e, em seguida, de várias partes do Nordeste brasileiro, pois acreditava-se que seria a manifestação do sangue de Jesus Cristo.⁹

O descrédito da Igreja Católica foi manifestado pelo envio, por ordem do bispo de Fortaleza, de duas comissões investigativas, onde a segunda declarou o fato ser um embuste. Por determinação do Vaticano, queimou-se a maior parte dos panos ensanguentados, a beata foi enclausurada e o padre Cícero suspenso de suas ordens sacerdotais. Apesar disso, as romarias seguiram sempre com o aumento do número de peregrinos, graças à figura carismática do padre e à fuga dos sertanejos das diversidades dos períodos de seca da região Nordeste, pois o verde vale do Cariri cearense garantia a sobrevivência para uma população desassistida pelos governos ao final do século XIX e até meados do XX.¹⁴

O fluxo de romeiros até Juazeiro do Norte permanece constante, principalmente nas chamadas três romarias principais: Candeias em fevereiro, Padroeira Nossa Senhora das Dores em setembro e Finados em novembro. Não há um lugar fixo, a peregrinação flui em toda a cidade, considerada um santuário a céu aberto. Os romeiros andam a pé principalmente nas áreas mais antigas da cidade, onde se concentram a maior parte das igrejas e museus. São fáceis de identificação, pois circulam em grupos, muitos com o rosário na mão e o chapéu de palha na cabeça.¹⁵

2.2 CÂNCER DE BOCA: POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

As políticas públicas voltadas para o câncer de boca no Brasil são marcadas historicamente por medidas pontuais, desde a concepção do Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer da Boca (CABUL) em 1976, ações do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) na década de 80 até o estágio atual após o Sistema Único de Saúde, com o advento da Estratégia Saúde da Família e dos Centros Especializados em Odontologia - CEO. De uma maneira em geral o saber acerca dessa doença não é difundido para a coletividade e medidas relativamente fáceis de serem tomadas não são seguidas.³

Alguns poucos estudos abordaram o estudo epidemiológico do câncer de boca no Nordeste. Em um deles, procurou-se conhecer a associação de fatores sociodemográficos (idade, sexo, cor da pele, ocupação, nível de escolaridade, situação conjugal, local de residência, tabagismo, etilismo) e o câncer de boca em indivíduos atendidos no Centro de Referência de Lesões Bucais em Feira de Santana, Bahia, no período entre 2002 e 2012. O estudo foi do tipo caso-controle, onde o grupo controle foi composto por 254 indivíduos, e o caso, 127. Formaram este grupo todos os pacientes com o diagnóstico histopatológico de carcinoma de células escamosas. A coleta de dados foi realizada a partir do prontuário dos pacientes. Ao final do estudo, os autores observaram que tabagismo e etilismo eram os fatores mais importantes para o desenvolvimento do câncer de boca. Fatores sociodemográficos não apresentaram associação com essa neoplasia após ajuste para tabagismo e etilismo.¹

Vale ressaltar que são estudos baseados em prontuários ou sistemas de informação com a doença já estabelecida, como no caso onde aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca no município de Olinda PE, no período de 2008 a 2012, foram caracterizados com base populacional, do tipo seccional, a partir dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade. Foi calculado o coeficiente de mortalidade específico por câncer de boca, e foram analisadas as variáveis sexo, faixa etária, raça/cor, grau de instrução, estado civil, ocupação, sítio anatômico do câncer e local de ocorrência do óbito. Ocorreram 87 óbitos por câncer de boca, perfazendo um coeficiente de mortalidade específico de 21,5/ 100.000 habitantes. Houve predomínio dos óbitos entre homens, não casados, em pretos ou pardos, com ocupação não braçal, escolaridade inferior a 7 anos de estudo, com localização anatômica do tumor em faringe e língua.¹⁶

Em outro exemplo, procurou-se ressaltar a questão do diagnóstico tardio ou precoce em 74 pacientes portadores de carcinoma espinocelular diagnosticados em um hospital em Maceió, no período de julho de 2007 a setembro de 2008. No estudo aspectos sociodemográficos também foram coletados. A grande maioria dos pacientes eram homens e procuraram assistência apenas quando os primeiros sintomas se manifestaram, refletindo a falta de informação da população, que pelo fato das lesões iniciais serem assintomáticas, só procuram o atendimento de saúde, conseqüentemente, quando o tumor está em estágio bastante avançado, acarretando uma queda drástica na sobrevivência dos acometidos. Alia-se também a falta de serviço especializado descentralizado no estado de Alagoas.⁵

O grau de conhecimento, em termos de América Latina, foi avaliado num estudo com 460 pacientes que procuraram uma consulta de estomatologia num hospital público de Cuba de janeiro a julho de 2011. Nesse país, o câncer de boca ocupa o sexto lugar entre as neoplasias mais incidentes, situação semelhante ao Brasil. Através de um questionário, foram considerados o nível de escolaridade, conhecimentos dos fatores de risco, vias de informação sobre câncer de boca, conhecimentos sobre autoexame bucal e de forma global, e conhecimentos sobre câncer de boca. Foram categorizados três níveis de acordo com a pontuação individual conseguida: bom, regular e ruim. Prevaleceram os níveis regular e ruim, sendo os pacientes considerados de baixo nível de conhecimento.¹⁷

Outro estudo cubano também investigou o grau de conhecimento numa avaliação sobre a efetividade do Programa de Detecção do Câncer Bucal do Ministério da Saúde, criado desde 1986. Desta vez foram considerados apenas 35 pacientes atendidos numa instituição pública para realização de biópsias entre janeiro de 2012 e outubro de 2013. Novamente se constatou o baixo nível de conhecimento.¹⁸

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa utilizou uma metodologia quantitativa; constituiu-se em estudo descritivo por enumerar vários fatores associados ao conhecimento do câncer de boca, e exploratório por apresentar um cenário novo, com uma população nunca estudada com este objetivo. A pesquisa também pode ser caracterizada como transversal por registrar apenas um momento no tempo; observacional por não haver qualquer tipo de intervenção do pesquisador; e investigativa, pois procurou abordar novas referências ao estudo do câncer de boca; e, pelos objetivos traçados, configura-se um claro estudo epidemiológico em populações susceptíveis ao problema estudado.

3.1 POPULAÇÃO, AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, DE EXCLUSÃO E DE RETIRADA

Os participantes do estudo foram os romeiros que visitaram a cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, durante as romarias de setembro e novembro de 2016.

Como critérios de inclusão para a pesquisa, estabeleceu-se que o participante deveria ser romeiro acima de 18 anos, independente do gênero. Foram excluídos do estudo os visitantes sem fins religiosos e os romeiros que demonstrassem alguma incapacidade motora ou intelectual para responder à entrevista. Como critério de retirada, foram removidos do estudo os questionários com preenchimento incompleto.

Segundo estimativas da Igreja e polícia rodoviária divulgadas pela mídia¹⁹, cerca de 400 mil romeiros passam pela cidade a cada festa religiosa principal; o cálculo amostral realizado estatisticamente para populações infinitas, com nível de confiança de 95%, chegou a um total de 382 participantes necessários para compor a amostra. O cálculo estatístico da amostra para populações infinitas foi o que se segue:

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

n - amostra calculada;

N - população;

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança;

p - verdadeira probabilidade do evento;

e - erro amostral.

3.2 LOCAL DA PESQUISA, RECRUTAMENTO E ABORDAGEM AO PARTICIPANTE

A pesquisa foi realizada em centros tradicionais de peregrinação, situados no Centro da cidade e colina do Horto. Foram eles: a Basílica Nossa Senhora das Dores, a Capela do Socorro, o Santuário Franciscano, a estátua do Pe. Cícero, a Praça Pe. Cícero e o Museu do Pe. Cícero, durante os dias 10 a 14 de setembro e 29 de outubro a 1º de novembro de 2016. Por conta do instrumento de coleta de dados usado, um questionário, de rápida aplicação, não houve interferência do local na aplicação do mesmo.

A pesquisa foi divulgada pela mídia local (rádio) e durante as celebrações religiosas pelos párocos e autoridades religiosas. A participação do entrevistado foi voluntária após ser abordado pelo examinador. Dessa forma, para o recrutamento dos participantes da pesquisa foram utilizadas tanto a divulgação pública como a abordagem direta nas ruas e espaços públicos (o entrevistador se aproximava dos transeuntes). Detalhes da pesquisa foram informados através da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (APÊNDICE I), com consequente assinatura do entrevistado. Aos entrevistados que não sabiam ler ou escrever, o consentimento aconteceu pela impressão datiloscópica do participante no TCLE. No momento da coleta dos dados, o examinador preencheu um questionário com as respectivas respostas do entrevistado. Ao final da abordagem, informações sobre a prevenção do câncer de boca foram fornecidas pelo examinador, como benefício direto ao participante da pesquisa.

O estudo contou com a participação de onze examinadores, incluindo o pesquisador principal e dez alunos de graduação do curso de Odontologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. Para a atuação dos alunos na pesquisa em campo foi desenvolvido um projeto de extensão dentro do curso de Odontologia ao qual o pesquisador está vinculado; o projeto intitulado “Chapéu de Palha” teve duração de um ano, com encontros quinzenais desde o mês de agosto de 2016. A preparação, feita pelo pesquisador principal, consistiu em explanações sobre a história das romarias em Juazeiro do Norte e noções de câncer de boca, além de estudo dirigido sobre o instrumento de coleta de dados.

Nos dias de pesquisa, os entrevistadores atuavam portando um crachá de identificação, uma camisa do projeto, além de um chapéu de palha. Entre as duas romarias, houve um momento de reflexão da atuação de cada aluno como pesquisador, por meio de um relato de experiência.

Anteriormente à pesquisa principal, foi usado um grupo piloto com 22 participantes no dia 7 de setembro de 2016 para calibração entre os examinadores. Cada examinador aplicou dois questionários com fins de avaliação da eficácia das perguntas com relação à clareza do que estava sendo questionado e sobre o tempo de aplicação desse instrumento. O material coletado neste período de calibração não foi incluído no estudo propriamente dito.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O formulário estruturado consistiu em sete perguntas sobre os dados sociodemográficos do entrevistado, como informações da renda familiar, grau de instrução, idade, cidade de origem, ocupação e gênero. Além de oito perguntas sobre o grau de conhecimento acerca do câncer de boca, enfocando o discernimento da existência da patologia, aspectos preventivos e exposição a fatores predisponentes (Apêndice II).

Utilizou-se a técnica de entrevista, onde o pesquisador mencionava as perguntas e aguardava a resposta espontânea do entrevistado. De acordo com sua resposta, o entrevistador anotava no formulário o item correspondente. Como exemplo, para a pergunta 7 “Você estudou? Até que ano?” se o entrevistado respondesse “- Até o primeiro ano primário”, o pesquisador marcaria o item 2 “ensino fundamental incompleto”, e assim por diante.

Em relação às perguntas 13, 14 e 15, se a resposta do entrevistado não se enquadrasse nos itens propostos, o entrevistador marcaria o item “Outros” e citaria a resposta por extenso.

As perguntas foram elaboradas em linguagem coloquial, a fim de facilitar a compreensão do entrevistado. Costumes locais, como o uso do chapéu de palha como proteção solar, também foram explorados no questionário.

3.4 CLASSIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO

Para definir o nível de conhecimento dos entrevistados, convencionou-se uma divisão em 04 grupos: conhecimento pleno, conhecimento aceitável, conhecimento comprometido e conhecimento insuficiente.

- 1) Conhecimento pleno: estaria enquadrado neste grupo o entrevistado que citasse todas e somente as respostas corretas das questões 13, 14 e 15 do questionário;
- 2) Conhecimento aceitável: estaria enquadrado neste grupo o entrevistado que citasse algumas e somente respostas corretas das questões 13, 14 e 15 do questionário;
- 3) Conhecimento comprometido: estaria enquadrado neste grupo o entrevistado que citasse respostas corretas e erradas das questões 13, 14 e 15 do questionário;
- 4) Conhecimento insuficiente: estaria enquadrado neste grupo o entrevistado que citasse somente respostas incorretas das questões 13, 14, 15 do questionário.

As questões 13, 14 e 15 se referem às perguntas “O que é?”, “O que causa?” e “O que faz para evitar?”, respectivamente. As questões 14 e 15 possuem mais de uma resposta correta, assim como seu item “Outros” possibilitava uma resposta espontânea correta ou errada (tabela 1).

Quanto aos aspectos relacionados com a análise dos dados, utilizou-se frequência absoluta e percentual, além do teste estatístico do qui-quadrado ou distribuição χ^2 , a partir do programa Epi Info.

Tabela 1: Respostas do questionário.

Questão 13 O que é?		Questão 14 O que causa?		Questão 15 Como evitar?	
Doença	correto	Fumo	correto	Chapéu	correto
Feitiço	errado	Sol	correto	Protetor solar	correto
Pasta de dente	errado	Bebida alcoólica	correto	Rezar	errado
Outros	errado	Mau olhado	errado	Não beber	correto
Não sabe	errado	Prótese que machuca	errado	Não fumar	correto
		Dente estragado	errado	Alimentos naturais	correto
		Outros	correto ou errado	Outros	correto ou errado
		Não sabe	errado	Não sabe	errado

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Toda a pesquisa foi regida pelo que se recomenda a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Nesse sentido foram respeitados os princípios de autonomia do participante da pesquisa considerando essa participação como voluntária e consentida pelo próprio e atestada em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que contém o objetivo da pesquisa, aspectos gerais da metodologia usada e a importância de sua participação.

Como previsto pela resolução supracitada a qualquer momento o participante pôde retirar seu consentimento independentemente da fase da pesquisa, sem que isso provocasse prejuízo de alguma forma para o mesmo. No TCLE também constaram os dados de contato do pesquisador responsável pela pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa ao qual o projeto foi enviado para análise. Assim, o participante poderá facilmente entrar em contato com o pesquisador, caso seja necessário, em qualquer fase do trabalho.

Considerou-se o risco da pesquisa como mínimo, podendo causar algum constrangimento ao entrevistado por conta de alguma pergunta, dada a diversidade cultural dos participantes. A coleta de dados poderia ser prejudicada pela recusa dos participantes por fatores como timidez ou desconfiança das finalidades do estudo. Como benefícios diretos, como citado, foram fornecidas orientações ao participante da pesquisa, ao final da aplicação do questionário, sobre a forma de prevenção ao câncer de boca. Como benefício futuro para a população, cumprindo um dos objetivos específicos do estudo, a obtenção das respostas dos questionários, considerados em seu conjunto,

forneceu um importante banco de dados para o subsídio de planejamento de ações preventivas e/ou material teórico/prático educativo para a prevenção do câncer de boca.

A pesquisa foi submetida à avaliação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza-UNIFOR e do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio e aprovada sob o número 1.679.949. Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística a partir do teste do qui-quadrado. (Anexo I)

4 RESULTADOS

Ao longo da realização do estudo foram avaliados 422 romeiros. Sobre o perfil sociodemográfico, neste estudo houve a participação de 37,0% do gênero masculino e 63% do feminino, com idade média de $46,2 \pm 16,7$ anos de idade entre os homens e $50,1 \pm 16,2$ anos entre as mulheres participantes, sendo a maior concentração originada do estado de Pernambuco (33,9%), Alagoas (29,6%) e Sergipe (16,8%), transparecendo que a maior parte dos frequentadores da romaria, segundo o perfil estudado, é predominantemente da região Nordeste. A participação de moradores de municípios do Ceará representa 10,7% dos investigados; destaca-se ainda a dominância de visitantes residentes na zona urbana (78,9%) em comparação com a zona rural (21,1%).

A tabela 2 se refere ao nível de escolaridade da população estudada e a participação pela faixa de renda, utilizando o critério por faixas de salário-mínimo do IBGE (2016): classe E (até 2 salários mínimos), classe D (de 2 a 4 salários mínimos), classe C (de 4 a 10 salários mínimos), classe B (de 10 a 20 salários mínimos) e classe A (acima de 20 salários mínimos).

Tabela 2: Nível de escolaridade e renda dos romeiros de Juazeiro do Norte, CE.

Indicador	Quantidade	Percentual
Escolaridade		
Não possui escolaridade	46	10,90%
Ensino fundamental incompleto	126	29,90%
Ensino fundamental completo	55	13,00%
Ensino médio incompleto	48	11,40%
Ensino médio completo	100	23,70%
Ensino superior incompleto	16	3,80%
Ensino superior completo	31	7,30%
Renda familiar		
Até 2 salários mínimos	298	70,80%
De 2 a 4 salários mínimos	96	22,80%
De 4 a 10 salários mínimos	23	5,50%
De 10 a 20 salários mínimos	4	0,90%
Acima de 20 salários	0	0%

Observa-se um considerável percentual de pessoas que declararam não possuir escolaridade (10,9%) e predomínio do ensino fundamental, além da baixa renda (70,8% abaixo dos 2 salários mínimos).

Quando indagados ao hábito de fumar, 85,30% se declararam não-fumantes; já para o etilismo, 63% afirmaram que não ingeriam bebidas alcoólicas. Em relação ao conhecimento sobre a existência do câncer de boca, 86,30% dos entrevistados responderam que já tinham “ouvido falar” da doença, quesito importante para o conhecimento pleno para a pergunta “O que é?”. O conhecimento sobre a existência da doença não se transferiu para as questões de etiologia e medidas preventivas, predominando assim um conhecimento considerado insuficiente para ambos questionamentos (tabela 3).

Tabela 3: Grau de conhecimento para os três questionamentos.

Grau de conhecimento	Quantidade	Percentual
O que é?		
Conhecimento Insuficiente	168	39,80%
Conhecimento Pleno	254	60,20%
O que causa?		
Conhecimento Insuficiente	210	49,80%
Conhecimento Comprometido	0	0,00%
Conhecimento Aceitável	197	46,70%
Conhecimento Pleno	15	3,60%
Como evitar?		
Conhecimento Insuficiente	213	50,50%
Conhecimento Comprometido	188	44,50%
Conhecimento Aceitável	20	4,70%
Conhecimento Pleno	1	0,20%

Combinando-se as três perguntas (o que é, o que causa e como evitar), verifica-se que a população estudada possui um baixo (insuficiente) conhecimento sobre o câncer de boca (tabela 4).

Tabela 4: Grau de conhecimento combinado.

Grau de conhecimento	Quantidade	Percentual
Conhecimento Insuficiente	231	54,70%
Conhecimento Comprometido	51	12,10%
Conhecimento Aceitável	139	32,90%
Conhecimento Pleno	1	0,20%

A tabela 5 faz a correlação do grau de conhecimento com as diversas variáveis sociodemográficas a partir do teste estatístico do qui-quadrado ou distribuição χ^2 e demonstra que houve diferença estatística significativa entre os gêneros (feminino com melhor grau de conhecimento), e o aumento do nível de escolaridade e da renda como fatores determinantes para um melhor grau de conhecimento sobre o câncer de boca. Alguns fatores sociodemográficos, como a

idade e o local de moradia (zona urbana ou rural) não demonstraram relação estatística com o grau de conhecimento, assim como o tabagismo e etilismo.

Tabela 5: Correlação do grau de conhecimento com dados sociodemográficos.

Conhecimento		INS		COMP		AC		χ^2	<i>p</i>
		n	%	n	%	n	%		
Gênero	Masculino	99	63,5	14	9,0	43	27,6	7,770	0,021*
	Feminino	132	49,6	37	13,9	97	36,5		
Idade (anos)	Até 40	69	52,7	12	9,2	50	38,2	9,465	0,149
	Entre 41 e 50	44	51,8	13	15,3	28	32,9		
	Entre 51 e 60	46	48,9	12	12,8	36	38,3		
	Pelo menos 61	72	64,3	14	12,5	26	23,2		
Zona	Urbana	178	53,5	40	12,0	115	34,5	1,363	0,506
	Rural	53	59,6	11	12,4	25	28,1		
Escolaridade	Não possui	35	76,1	3	6,5	8	17,4	23,761	0,001**
	Fundamental	109	60,2	18	9,9	54	29,8		
	Médio	71	48,0	24	16,2	53	35,8		
	Superior	16	34,0	6	12,8	25	53,2		
Renda	Até 2 SM	185	61,9	30	10,0	84	28,1	28,278	0,000**
	De 2 a 4 SM	41	42,7	13	13,5	42	43,8		
	Acima de 4 SM	5	18,5	8	29,6	14	51,9		
Fuma	Sim	36	58,1	8	12,9	18	29,0	0,563	0,755
	Não	195	54,2	43	11,9	122	33,9		
Bebe	Sim	83	53,2	19	12,2	54	34,6	0,263	0,877
	Não	148	55,6	32	12,0	86	32,3		

* Diferenças estatisticamente significativas considerando $p \leq 0,05$

** Diferenças estatisticamente significativas considerando $p \leq 0,01$

SM = salário mínimo

INS = Conhecimento insuficiente

COMP = Conhecimento comprometido

AC = conhecimento aceitável

5 DISCUSSÃO

Para a mudança de hábitos e conscientização de toda uma população sobre uma determinada condição ou agravo, são necessárias ações contínuas pelas esferas de governo, além do auxílio das instituições privadas. Não se constitui uma tarefa fácil. Em relação ao câncer de boca, mesmo países como Cuba com relativa organização através de programas governamentais para ações educativas e de detecção precoce não conseguem resultados satisfatórios em relação ao grau de conhecimento de sua população.¹⁸

Nessas questões de Saúde Pública, de um modo em geral, o Brasil sempre se caracterizou por ações emergenciais ou de caráter transitório. Com o câncer de boca não tem sido diferente³.

Apesar da expansão da Estratégia Saúde da Família com suas equipes de saúde bucal para a atenção primária, ações a nível nacional voltadas para o esclarecimento da população sobre os riscos da exposição aos fatores predisponentes não são observadas. Há o encaminhamento aos Centros Especializados em Odontologia de pacientes com lesões suspeitas para diagnóstico, mas o possível tratamento fica a cargo de hospitais de referência em pouca quantidade e concentrados em poucas cidades, dificultando o acesso para pessoas de baixa renda.⁵

Para se planejar ações educativas contra uma determinada doença, convém conhecer o perfil da população que receberá estas ações. Dentro da literatura pesquisada, este é o primeiro estudo que analisa o grau de conhecimento sobre o câncer de boca entre os romeiros de Juazeiro do Norte, Ceará. Este público representa uma amostra estratégica de parte da população da região Nordeste, historicamente mais carente em relação a outras regiões do Brasil. Nesta pesquisa foram detectadas mais de 130 cidades diferentes. Em relação às condições sociais, percebe-se que estas são muitas vezes ignoradas na complexa cadeia causal do câncer de boca. Logo, torna-se necessário um olhar ampliado sobre a doença em questão.¹

O perfil revelado do romeiro de Juazeiro do Norte foi de uma população, em sua maioria, do sexo feminino, com renda de até dois salários mínimos e de pouca escolaridade com cerca de 30% possuindo o ensino fundamental incompleto, apesar de urbana, corroborando com outro estudo desta temática.¹⁰

A categorização do grau de conhecimento utilizada neste estudo em quatro níveis (insuficiente, comprometido, aceitável e pleno) foi construída a partir de três questionamentos. O questionamento “O que é” definiria a ciência do indivíduo sobre a existência da doença, pois a avaliação dos níveis de alfabetização em saúde enfoca a capacidade das pessoas de acessar, compreender, avaliar e aplicar ou não as informações ofertadas eficientemente.¹² Neste quesito, os romeiros de Juazeiro do Norte demonstraram compreender a existência do câncer de boca como uma doença. O item “O que causa” definiria o conhecimento em relação à etiologia do câncer de boca. A relação entre o hábito de fumar e o câncer de boca é bem estabelecida na literatura, e o consumo sinérgico de tabaco e álcool aumenta em quase dez vezes o risco para o câncer de boca, além da relação entre a exposição solar contínua para o câncer labial.¹

Por último, o questionamento “Como evitar” esclareceria o conhecimento sobre as formas de diminuição à exposição dos fatores de risco. Para estes dois últimos quesitos, os índices da categoria “insuficiente” foram muito elevados. Este é um fato preocupante se considerado o desconhecimento pelos fatores predisponentes e meios de se evitar esta exposição, ainda mais por considerável parcela dos entrevistados relatarem exposição devida a fatores ocupacionais, como a agricultura, a pesca e a atividade de pedreiro.

Com o predomínio do gênero feminino entre os entrevistados, pode-se levantar o questionamento se pesquisas ou ações executadas para um público diferente do gênero masculino acima de 40 anos, grupo de risco mais aceito pela literatura pesquisada, seriam realmente efetivas.² Contudo, apesar do gênero masculino ser o mais acometido pela doença, as mulheres estão cada vez mais expostas ao câncer de boca por estarem fumando e fazendo uso de bebidas alcoólicas no mesmo nível que os homens.²⁰

A partir da análise estatística, os indicadores sociais de escolaridade, renda e ocupação demonstraram relação significativa com o grau de conhecimento. Quanto piores os níveis de renda e escolaridade, pior grau de conhecimento sobre o câncer de boca. Indivíduos com profissão mais elementares e ligadas à exposição solar, como agricultura e pesca, também demonstraram baixo conhecimento. Apesar da parcela dos romeiros apresentarem indicadores sociais melhores e consequente melhor grau de conhecimento, sua quantidade numérica foi pequena e no geral a população foi enquadrada na categorização “conhecimento insuficiente”, a mais baixa.

Escolaridade e renda são problemas históricos do Nordeste, desde a época da colonização. Há a tese de que a baixa renda *per capita* nas regiões Norte e Nordeste está relacionada com a concentração de indivíduos com baixa escolaridade (baixo capital humano) e baixo capital físico, o que fazem com que suas rendas sejam pequenas. Dessa forma, a redução da desigualdade regional confunde-se com o combate à pobreza e, para tal, necessita-se de uma política de educação e qualificação profissional.²¹

Mas apesar desta problemática dos indicadores sociais, devemos levar em consideração o nível de letramento apresentado pelo sujeito. Entende-se por letramento a capacidade do indivíduo interpretar satisfatoriamente as demandas impostas pela sociedade. Nesse contexto, reconhece-se que é possível proporcionar, ao indivíduo que possui baixo nível de escolaridade, a elevação do seu grau de letramento, ou seja, ações educativas coordenadas e constantes podem ampliar o grau de conhecimento sobre o câncer de boca.²²

O baixo nível de escolaridade se refletiu na aplicação do formulário, instrumento também utilizado por um estudo cubano.¹⁷ A incompreensão das finalidades do estudo e o medo pela obrigatoriedade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ocasionavam grande recusa de participação por parte dos romeiros. Havia o temor por calotes financeiros, como perda de aposentadoria ou boletos de cobrança remetidos à residência apenas pela assinatura. Para contornar esta questão, recorreu-se às autoridades religiosas para esclarecimento em praça pública no momento da realização dos eventos e pregações. Assim, com a aprovação da figura eclesiástica, muitos romeiros se dirigiam aos pesquisadores voluntariamente. Paralelo à pesquisa, desenvolveu-se o projeto de extensão intitulado Chapéu de Palha, onde estudantes de graduação de Odontologia

recrutados atuaram como pesquisadores. Durante a entrevista aos alunos, os romeiros mais participativos relataram várias histórias de vida, seus motivos para visitação anual como tradição familiar ou para realização ou pagamento de promessas, além de casos de parentes ou conhecidos portadores de lesões suspeitas de câncer. Com os conceitos básicos transmitidos pelos entrevistadores ao final de cada entrevista, espera-se que estes conhecimentos tenham sido disseminados nas cidades de origem.

Os resultados deste estudo evidenciam o desconhecimento da população acerca da doença, às formas de prevenção e aos fatores de risco, mesmo estando exposta a estes, corroborando a necessidade imperiosa de orientação/ educação/ prevenção junto à população e aos profissionais, visto que a aquisição de informações consistentes sobre o câncer de boca, seus fatores determinantes e suas medidas preventivas podem subsidiar a adoção de hábitos saudáveis que contribuam para prevenção e diagnóstico precoce desse câncer.

6 CONCLUSÕES

Ao término deste estudo, pôde-se concluir que os romeiros de Juazeiro do Norte, presentes nas peregrinações de setembro e novembro de 2016 e representantes de 136 cidades predominantemente nordestinas, possuíam um baixo conhecimento sobre o câncer de boca, principalmente em relação à etiologia e meios para se evitar a exposição aos fatores de risco. Verificou-se também que os baixos níveis de renda e escolaridade dos pesquisados influenciaram diretamente os resultados. Escolaridade, renda e risco ocupacional apresentaram relação significativamente estatística com o grau de conhecimento sobre os fatores de prevenção ao câncer de boca.

REFERÊNCIAS

Andrade JOM, Santos CAST, Oliveira MC. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2015; 18(4): 894-905.

Nemoto RP, Victorino AA, Pessoa GB, da Cunha LL, da Silva JA, Kanda JL, et al. Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target? *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015; 81: 44-49.

Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos Jr CA, de Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28: 530-539.

Toropcov TN, Biazevic MGH, Rotundo LDB, Andrade FP, de Carvalho MB, Brasileiro RS, et al. Consumo de alimentos de origem animal e câncer de boca e orofaringe. *Rev Panam Publica.* 2012; 32(3): 185-191.

Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010; 76(4): 416-422.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2016. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ce/juazeiro-do-norte/panorama>

Oliveira SCCGSS. Romarias: um espaço de interação entre a tradição e a modernidade [dissertation]. [Goiânia]: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2011. 106p.

Cava RD. Milagre em Joazeiro. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.

Cordeiro MPJ. Entre chegadas e partidas: Dinâmicas das romarias em Juazeiro do Norte [these]. [Fortaleza]: Universidade Federal do Ceará; 2010. 242p.

Ferreira MAF, Gomes MN, Michel FAS, Dantas AA, Latorre MRDO. Desigualdade social no adoecimento e morte por câncer de boca e orofaríngeo no município de São Paulo, Brasil: 1997 a 2008. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(9): 1663-1673.

Martins AMEBL, Barreto SM, dos Santos-Neto PE, de Sá MAB, Souza IGS, Haikal DS, *et al.* Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015; 20(7): 2239-2253. DOI: 10.1590/1413-81232015207.15272014

Hobbsbawm E, Ranger T. A invenção das tradições. 10 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2015.

Machado P. A marcha da insurreição: Joazeiro do Cariry 1907-1911. Salto: Schoba; 2011.

Guimarães AT, Dumoulin A. Romeiros/as e romarias em Juazeiro do Norte: Protagonismo de uma liturgia popular. Uma visão antropológica. *Revista de Cultura Teológica.* 2009; 17(67), 9-40.

Aquino RCA, Lima MLLT, Menezes CRCX, Rodrigues M. Aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca: conhecendo os riscos para possibilitar a detecção precoce das alterações na comunicação. *Rev CEFAC.* 2015; 17(4): 1254-1261.

Pérez CD, Calunga MM, Dieste HB, Castillo AC. Conocimientos sobre el cáncer bucal em pacientes de Estomatología. *Revista Cubana de Medicina Militar.* 2014; 43(1): 52-60.

Ricardo ER, Fernández KAS, González YF, Ferrales YR, Gómez MJJ, Peillón KQ. Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal. *Rev Arch Med Camagüey.* 2014; 18(6): 643-655.

Globo Rural. Romaria reúne 400 mil e transforma Juazeiro do Norte em “mar de luz”. Available from:

<http://revistagloborural.globo.com/Noticias/noticia/2015/02/romaria-reune-400-mil-e-transforma-juazeiro-do-norte-em-mar-de-luz.html>

20. Domingos PAS, Passalacqua MLC, Oliveira ALBM. Câncer bucal: um problema de saúde

pública. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2014; 26(1): 46-52.

21. Salvato MA, Ferreira PCG, Duarte AJMA. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. *Estud Econ*. 2010; 40(4): 753-791.

22. Soares M. Letramento: um tema em três gêneros. 2ed. Belo Horizonte: Autêntica; 1999.