



Experiências transformadoras

Desenho como possível veículo de descrição das percepções e conhecimentos sobre câncer bucal de um grupo de indivíduos sem formação educacional formal em Maceió, Alagoas - Brasil.

Drawing as possible description of the vehicle the perceptions and knowledge of oral cancer in a group of individuals with no formal educational training in Maceio, Alagoas - Brazil.

Sonia Maria Soares Ferreira¹
Roana Carine Neves dos Santos¹
Fernanda Braga Peixoto¹
Anna Carolina Omena Vasconcellos Le Campion¹
Franklin Regazzone Pereira Lopes²
Taciana Santana Guedes³
Elaine Costa de Azevedo Ferreira³
Andréia Aparecida da Silva⁴
Dennis de Carvalho Ferreira⁵
Lucio de Souza Gonçalves⁵

¹ Centro Universitário Cesmac, Alagoas, Brasil.

² Universidade de Ciências da Saúde, Alagoas, Brasil.

³ Universidade Federal de Alagoas

⁴ Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Unicamp - SP

⁵ Universidade Estácio de Sá - UNESA

Resumo: O objetivo deste estudo foi demonstrar como o uso do desenho atuou como um possível veículo de descrição das percepções e conhecimentos sobre câncer bucal de um grupo de indivíduos analfabetos e analfabetos funcionais. Nesta pesquisa qualitativa participaram 300 indivíduos, sendo 99 (33%) homens e 201 (67%) mulheres (média de idade de 49,6 anos (desvio padrão = 15,8)), que procuraram o centro de especialidades odontológicas do sistema único de saúde de Maceió, Alagoas, Brasil com suspeita ou com diagnóstico de câncer bucal, e os examinados no rastreamento dessas lesões no interior do estado. Ocorreram entrevistas, oficinas lúdicas e palestras educativas, utilizando a arte dos desenhos para facilitar a compreensão. Dentre as opções de desenhos, a "figura de aranha se espalhando pelo corpo" foi a mais frequente na questão "o que é o câncer bucal?". As três principais causas desta doença (etilismo, tabagismo e radiação solar) foram reconhecidas por 30% dos participantes; 34,3% mencionaram o médico ou dentista para o diagnóstico e 33,7% "conheciam" todas as opções de tratamento. Concluiu-se que o conhecimento escolar formal não interferiu na percepção dos participantes sobre o câncer de boca. As oficinas e os desenhos apresentados e construídos serviram de base para a confecção de um material educativo (cartilha), que poderá favorecer a promoção da saúde desse grupo principalmente em relação aos fatores de risco.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais; Educação; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

Abstract: The VER-SUS, a project developed by the Ministry of Health in conjunction with other entities of society, has the scope to discuss and crave quality training for the SUS using innovative education practices in healthcare. Thus, this study aims to describe an experience of interdisciplinary internship experiences through Project VER-SUS

in Sobral - CE. The VER-SUS, raises an area of knowledge construction, which allows the exchange of experience among students from different courses, optimizing the value of each profession, user and manager of health services. Thus, we enlarge the look of academia in relation to health and their education, urging the student role.

Keywords: Unified Health System; Health Education; Internships; Professional Practice; Health Services.

1.Introdução

O câncer bucal foi considerado na atualidade como a neoplasia maligna mais comum da cabeça e pescoço, e a maior parte dos indivíduos que a desenvolvem podem vir a óbito em um período de aproximadamente 5 anos após seu diagnóstico, constituindo-se assim um sério de problema de saúde pública¹.

Inclusive o câncer oral foi descrito como a neoplasia maligna que se encontra entre as três primeiras de alta incidência e ainda o sexto tipo de tumor mais frequente em âmbito mundial. Sua incidência esta em torno de 130.300, sem incluir os tumores de nasofaringe, estando os países em desenvolvimento com a ocorrência 2/3 destes casos².

No Brasil, as estimativas para o ano de 2014 apontaram a ocorrência de 576.580 casos novos de câncer. A incidência do câncer de boca foi estimada em torno de 15.290 novos casos por ano, sendo a sétima localização de todas as neoplasias malignas. No Nordeste a estimativa foi de 3.020 novos casos, sendo 130 no estado de Alagoas³.

Neste contexto, a carcinogênese caracteriza-se como um fenômeno complexo e multifatorial, que inclui desde fatores de ordem biológica, hereditária, nutricional, ambiental e social, destacando-se o consumo de tabaco e álcool entre os fatores altamente associados à formação de tumores^{4,5,6}. Ainda quanto a alguns fatores de ordem social, foi observado que as proporções de população residente em zona urbana e de habitantes com mais de quatro anos de estudo, e que tinha acesso: à água da rede geral, à coleta de lixo domiciliar (por morador e domicílio) e ainda a proporção de pessoas alfabetizadas estiveram correlacionadas de forma positiva (não significativa) com à mortalidade (2.676 óbitos) por câncer bucal no período de 1979 a 2002 em um estudo realizado no estado de Santa Catarina, Brazil⁷.

Aprofundando esta questão, em 2012, a população brasileira de analfabetos com idade ≥ 15 anos foi de 13,2 milhões de pessoas, no qual o Nordeste concentrava mais da metade (54%) do total desses analfabetos nesta faixa etária, com um contingente que somava cerca de 7,1 milhões de pessoas. E dentre os estados, Alagoas apresentava as piores taxas de analfabetismo, concentrando 27,4% da população sem saber ler nem escrever⁸.

Para que se possa trabalhar com prevenção e ajudar a reverter este quadro, a população precisa entender a doença e quais são seus fatores de risco. A informação em saúde, como a atividade de prevenção, constitui-se um instrumento importante, no entanto ainda existe uma grande necessidade de programas de prevenção do câncer bucal no Brasil, através de ações que estimulem mudanças de comportamento na população para reduzir a exposição a fatores de risco diminuindo assim a sua incidência⁹.

Considera-se como analfabeta a pessoa que não consegue ler e escrever um bilhete simples no seu idioma; ainda a que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu; e aquela que apenas assina o próprio nome. Por analfabeto funcional entende-se a pessoa que possui uma escolaridade mínima de quatro séries de estudos completos - antigo ensino primário⁸. Esta classificação de analfabetismo vem ao encontro do perfil social da maioria dos pacientes que apresentaram câncer de boca, que tem ocorrido em indivíduos: analfabetos, idosos, de baixa renda, residentes no interior, etilistas e tabagistas¹⁰, sendo assim, fica implícita a necessidade de estratégias acessíveis a essa população^{10,11}.

A informação é fundamental para descrever o papel dos fatores de risco e estabelecer prioridades na prevenção, planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde^{9,12}. Um estudo realizado na Índia constatou que o programa de educação em câncer bucal melhorou o conhecimento da população sobre a doença, embora exista pobre adesão na participação de atividades de rastreamento e na procura por atendimento médico. O autoexame bucal deve ser usado como um efetivo instrumento de educação em saúde e detecção precoce, além da sensibilização de populações de alto risco sobre o câncer bucal e seus fatores de riscos¹³.

Os cirurgiões-dentistas capacitados e sensibilizados para a questão do câncer bucal incorporam esse conhecimento na sua rotina de trabalho, favorecendo a prevenção e o diagnóstico precoce do mesmo¹⁴, uma vez que o diagnóstico precoce dessas lesões pode impactar na sobrevida e qualidade de vida do portador de neoplasia de boca¹⁵.

No entanto, ainda são muitos os desafios a serem enfrentados. No Brasil apesar da realidade do diagnóstico tardio, óbitos e mutilações decorrentes do tratamento do câncer de boca, ações em âmbito nacional de educação em câncer de boca, abordando de forma ampla e irrestrita suas causas, formas de prevenção e de diagnóstico precoce são escassas¹⁶. E esta escassez de informações é ainda maior quando buscamos informações em saúde para pacientes que não sabem ler.

Assim, o construtivismo concebe a aprendizagem como uma construção ativa no qual o sujeito constrói seu próprio conhecimento¹⁷. A utilização de imagens também facilita o processo de ensino e aprendizagem de conceitos científicos^{18,19}.

Dentre as crenças que já foram descritas pela literatura¹⁷, a que se enquadra à dinâmica deste estudo é a crença desencadeadora, pois atende a proposta das oficinas lúdico-educativas com os pacientes selecionados, uma vez que o sujeito responde com reflexão extraindo a resposta dos seus próprios recursos.

As imagens auxiliam no entendimento da informação, pois símbolos, fotografias e figuras constituem elementos importantes na descrição e desenvolvimento de significados, por isso assumem um lugar importante na sociedade atual e tem sido cada vez mais utilizada como um recurso, além do seu papel representativo, passa a ser também um meio de divulgação e de sensibilização²⁰.

O desenho é considerado uma linguagem escrita, como "palavras desenhadas" e estas são uma tentativa de interpretar na forma de desenho o que as palavras querem dizer. Não se deve correr o risco de considerarmos o paciente como alguém que nada sabe e que está subjogado ao nosso conhecimento científico. Torna-se necessário buscar

alternativas para inclusão destes sujeitos, incluindo indivíduos analfabetos, que também possuem uma história pregressa em que estão inseridos conhecimentos e percepções próprias de sua realidade, ainda que suas vivências não tenham ocorrido em um mundo letrado^{21,22,23}.

Baseado nesses fatos, este estudo teve como objetivo demonstrar como o desenho atuou como um possível veículo de descrição das percepções e conhecimentos sobre câncer bucal de um grupo de indivíduos em risco social (indivíduos analfabetos e analfabetos funcionais). O desenvolvimento de desenhos visou captar o conhecimento sobre o diagnóstico e prevenção do câncer bucal, assim como gerou como produto a elaboração de uma cartilha direcionada a este grupo de indivíduos.

2. Desenvolvimento

Para este estudo descritivo, uma amostragem, não probabilística foi estabelecida por conveniência, composta por pacientes que procuraram um centro de especialidades odontológicas em Maceió, Alagoas, com suspeita ou diagnóstico de câncer bucal, e de pacientes examinados nas atividades de rastreamento de lesões com potencial de malignização e malignas realizadas no interior do estado de Alagoas.

Os critérios de inclusão foram: ser analfabeto ou analfabeto funcional, aceitar participar do estudo e ter idade superior a 18 anos. Foram excluídos os participantes cujo estado físico impossibilitasse a participação da oficina.

Dentre aqueles que eram atendidos na unidade selecionada, o convite para participar do estudo foi enquanto esperavam para ser atendidos, na sala de espera da unidade. Os demais foram convidados para o estudo durante as atividades de rastreamento de câncer de boca.

Durante as atividades de rastreamento, a equipe de pesquisadores e alunos do projeto de extensão universitária de rastreamento do câncer bucal em uma clínica universitária, juntou-se aos agentes comunitários de saúde dos municípios parceiros, onde havia unidades de programas de estratégia de saúde da família. Desta forma, primeiramente, durante as visitas domiciliares, os agentes de saúde localizavam, dentre as pessoas participantes, as que preenchiam os critérios de inclusão. Cada município disponibilizava um local específico para a realização das oficinas, que foram formadas com grupos de no máximo cinco participantes.

A pesquisa foi desenvolvida em três etapas: entrevista, oficinas lúdicas a respeito de focos temáticos sobre o câncer de boca e palestras educativas.

1)Entrevista: correspondia a uma abordagem individual que incluía o indivíduo na amostra. Nesta constava se o indivíduo sabia ler/escrever, ou apenas desenhava seu nome, qual a idade, e era lido e explicado os termos do consentimento livre e esclarecido, verificando se o mesmo tinha condições físicas e emocionais para participar do estudo.

2)Oficinas Lúdicas: as oficinas foram realizadas no auditório de uma unidade de saúde do município para os pacientes de Maceió e em espaços cedidos pelas prefeituras parceiras do projeto. As oficinas foram realizadas em duas etapas: na primeira etapa, denominada

de oficina lúdica os participantes eram estimulados a responder com desenhos a perguntas como: (1)“O que é câncer de boca para você?”; (2)“O que você acha que causa o câncer de boca?”; (3)“Como você poderia identificar o câncer de boca?”; (4)“Como você acha que é feito o tratamento do câncer de boca?”; e ainda caso o participante não conseguisse desenhar, este poderia fazer sua descrição de forma oral.

Em seguida, após 40 minutos, os desenhos produzidos foram recolhidos para análise e interpretação. Foram, então, selecionadas e demonstradas para os participantes três representações gráficas (figuras) para cada pergunta que surgiram dos grupos.

Para a pergunta (1) foram obtidas três figuras: em uma havia uma pessoa com um caranguejo mordendo um local na boca até formar uma ferida; em outra uma pessoa com uma aranha na boca formando teias e se espalhando pelo corpo; e na última a figura “do diabo” fazendo aparecer um caroço vermelho na boca.

Já para a pergunta (2) também foram obtidas três figuras: a figura de uma mulher fumando (FUMO); em outra a figura de um homem bebendo (BEBIDA); e ainda a figura de uma pessoa exposta aos raios solares (SOL).

Para a pergunta (3) foram obtidas as seguintes figuras: um Posto de Saúde; em outra a figura do dentista ou médico; e ainda a figura de uma pessoa olhando a boca em casa.

Na pergunta (4) as imagens obtidas foram as seguintes: em uma havia a figura de remédios através de injeções (possivelmente a quimioterapia); na outra a figura de máquinas especiais para queimar o câncer (possivelmente a radioterapia); e a figura da cirurgia para remover o tumor.

As respostas e os desenhos produzidos foram utilizados para verificar a percepção dos participantes a respeito dos quatro focos sobre o câncer de boca.

3)Palestras Educativas: nesta etapa, foram transmitidas as informações sobre o câncer de boca, por meio de palestras educativas, tendo como objetivo a educação dos participantes e como base o conhecimento atual sobre o câncer de boca. Visando facilitar o entendimento, os pesquisadores desenvolveram um álbum seriado que continha as perguntas utilizadas e os desenhos obtidos que foram melhor adaptados envolvendo todos os aspectos relativos as perguntas desenvolvidas, e ainda foram adicionados temas associados ao câncer de boca como: alimentação saudável, autoexame, e possíveis sinais e sintomas associados.

Como benefício direto da pesquisa, um minucioso exame da cavidade oral era realizado em todos os moradores de cada residência visitada. Se alguma alteração fosse encontrada, era anotada em ficha clínica específica e quando necessário, eram encaminhados para atendimento no ambulatório de odontologia do posto de saúde mais próximo, sob a responsabilidade dos orientadores do projeto, para realização de biópsias ou outras medidas necessárias para o tratamento. Para os pacientes do ambulatório de estomatologia esta medida era parte integrante do atendimento.

Todas as informações produzidas na etapa 1, foram tabuladas em uma planilha do Microsoft Excel® e analisadas através do SPSS®17.0. Diferença significativa entre a variável

continua idade foi avaliada usando o teste de Mann-Whitney. O nível de significância empregado foi de 5 %.

Este estudo foi conduzido com autorização formal dos setores envolvidos e de seus participantes. Os preceitos éticos vigentes foram obedecidos e a identidade dos pacientes foi preservada. E foi previamente aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário CESMAC sob o protocolo de número 708/09.

3. Resultados

Trezentos sujeitos analfabetos participaram deste estudo. A idade média dos participantes foi de 49,6 anos (desvio padrão = 15,8). Em relação ao gênero, foi verificado que 99 (33%) eram homens e 201 (67%) mulheres, além de não ter demonstrado diferença significativa nas médias de idade [homens = 50,2 (desvio padrão = 16,6) e mulheres = 49,6 (desvio padrão = 15,4), $p = 0,694$, teste de Mann Whitney]

Do total, 188 (62,7%) foram provenientes das ações de rastreamento bucal em alguns dos municípios do interior de Alagoas, como: Viçosa, Campo Alegre, Paulo Jacinto, Satuba, Flexeiras e Capela. O restante da amostra, 112 participantes (37,3%), foram provenientes da demanda do setor de Estomatologia do Centro de Especialidade Odontológica. Foi indagado a estes o motivo da procura por atendimento: 54 (48,2%) apresentavam alguma lesão em boca, 41 (36,6%) relatavam sentir dor, 14 (12,5%) foram em busca de tratamento dentário e 03 (2,7%) tinham diagnóstico de câncer de boca.

Durante as oficinas foram apresentadas aos participantes três imagens para serem escolhidas. Referente à questão: "Qual das figuras expressa melhor a ideia do que é o câncer de boca?", a maioria dos participantes 106 (35,3%) escolheu a figura da aranha, 97 (32,3%) selecionaram o diabo que faz aparecer o caroço na boca, 71 (23,7%) o caranguejo que morde um local da boca até aparecer uma ferida, 08 (2,7%) a associação das figuras do caranguejo e aranha, 07 (2,3%) caranguejo e diabo, 06 (2%) caranguejo, aranha e diabo, e 05 (1,7%) aranha e diabo.

Para a questão: "Qual das figuras expressa melhor a ideia da causa do câncer de boca?", 90 (30%) dos participantes escolheram as três figuras: fumo, sol e bebida como fatores de risco principais para o surgimento do câncer de boca, em seguida, 77 (25,7%) escolheram exclusivamente a figura da mulher fumando, 71 (23,7%) associaram as figuras do fumo e da bebida, 29 (9,7%) a figura do fumo e do sol, 15 (5%) só a figura da bebida, 06 (2%) a figura do sol, 05 (1,7%) as figuras do sol e da bebida e apesar de não ter figuras com relação à má higienização bucal, prótese mal adaptada, contato com outras pessoas e herança genética, 07 (2,2%) dos participantes citaram estes como fator causal do câncer de boca.

Ao serem indagados: "Qual das figuras expressa melhor a ideia de como identificar o câncer de boca?", 103 (34,3%) escolheram a figura do médico ou dentista, 71 (23,7%) todas as opções fornecidas, 59 (19,7%) citaram a figura do posto de saúde e a figura do médico ou dentista, 35 (11,7%) escolheram a figura do posto de saúde, 26 (8,7%) escolheram as figuras que representam o autoexame e médico ou dentista, 04 (1,3%) a figura do autoexame e 02 (0,6%) as figuras do autoexame e do posto de saúde.

Quando foi questionado: "Existe tratamento para o câncer de boca?", 279 (93%) relataram que sim e 21 (7%) que não. Já diante da questão "Qual das figuras expressa melhor a ideia de como tratar o câncer de boca?", 101 participantes (33,7%) reconheceram todas as figuras como verdadeiras para expressar as formas de tratamento do câncer de boca. No entanto, 66 (22%) escolheram a figura que mostrava a opção da cirurgia, 36 (12%) a figura da quimioterapia e 26 (8,7%) a da radioterapia. Também foi citada a associação de modalidades distintas de tratamento através das figuras, como: 25 (8,3%) disseram que era realizada a cirurgia e depois complementava com a quimioterapia, 22 (7,3%) a cirurgia e depois complementava com a radioterapia, 16 (5,3%) através da quimioterapia e da radioterapia e 08 (2,7%) nenhuma das modalidades terapêuticas citadas era reconhecida como forma de tratamento.

4. Discussão

Estudos epidemiológicos demonstraram que o perfil socioeconômico dos pacientes com câncer bucal é predominantemente composto por homens^{11,26}, com idade superior a 50 anos, fumantes, etilistas, de baixa renda familiar, residentes no interior e analfabetos ou analfabetos funcionais^{11,12,27}, o que pode dificultar o entendimento das instruções e o acesso ao tratamento. O elevado número de mulheres deste estudo pode ser consequência da procura mais frequente destas pelos serviços de saúde, apesar dos estudos relatarem uma maior prevalência de câncer bucal nos homens.

O presente estudo foi realizado com dois grupos diferentes de indivíduos: com pacientes que buscavam atendimento em estomatologia e com pessoas que participaram de atividades de busca ativa para o câncer de boca. Embora não tenha sido objetivo do estudo, foi testado se havia diferença das respostas nestes dois grupos de sujeitos, não tendo sido encontrado diferença significativa entre os mesmos.

O estudo iniciou questionando aos participantes, qual a imagem que era mais representativa do que é o câncer e a maioria descreveu a figura da aranha, seguido pelo diabo que faz aparecer o caroço na boca, como foi descrito. Estes achados podem ser justificados com a descrição de Sontag (1984)²⁶, em que o câncer é caracterizado como uma doença penosa que atemoriza e aflige as pessoas, pois possui conotação extremamente negativa, sendo considerada pela maioria, ainda, como uma sentença de morte. O câncer foi descrito como uma das doenças que mais causa temor na sociedade, por ter se tornado sinônimo de mortalidade e dor.

Neste sentido, Kowalski e Sousa (2001)²⁷ estudaram imagens que poderiam estar relacionadas com o câncer de boca e encontraram que animais predadores como leão, tigre e crocodilo, e objetos que podem causar danos ou morte como armas e facas e cores escuras como o preto foram escolhidos por grande parte dos participantes, mostrando que as figuras estavam relacionadas à morte e dano e quanto à cor, aquela considerada feia, causava repúdio e lembrava morte e funeral. No presente estudo, esta associação negativa também foi observada com a escolha da imagem da aranha pela maioria dos participantes. É provável que isso tenha ocorrido pelo pensamento de que suas teias se espalham pelo corpo, representando a possibilidade de metástase.

A terceira resposta mais frequente foi a de um caranguejo que mordida um local da boca até causar uma ferida. Esta associação de caranguejo e câncer vem da própria etimologia do câncer. De origem latina, câncer significa caranguejo²⁸. Para alguns autores, esta semelhança se refere às veias intumescidas de um tumor, talvez devido ao modo de crescimento infiltrante, agressivo, imprevisível, que pode ser comparado às pernas do crustáceo, que se fixa e dificulta sua remoção²⁹.

Quanto à pergunta: "Qual das figuras expressa melhor a ideia de como identificar o câncer de boca?", em quase todas as respostas, o médico ou o dentista foram citados, o que mostra o conhecimento da maioria acerca da necessidade de procurar um profissional competente para o diagnóstico. Outro estudo mostrou que existe uma crença por parte dos pacientes de que os sintomas podem representar algo sem importância fazendo com que eles não procurem ajuda profissional. E pode ser que antes de buscar o tratamento preferem a automedicação, mudança de hábitos e/ou mostrar para amigos e familiares. Este processo torna-se ainda mais complexo quando o acesso à consulta também é dificultado³⁰, e este fenômeno também tem sido relacionado com outras neoplasias como o câncer de colo do útero que segundo alguns autores^{31,32} no que diz respeito à dificuldade de acesso aos serviços de saúde por estas mulheres, associado ao baixo status sócio-econômico.

Apesar das campanhas sobre o autoexame de boca, foi verificado que havia um desconhecimento destas. Este achado é preocupante, uma vez que outro estudo constatou que o maior tempo que contribuiu para o atraso no diagnóstico foi o do paciente. Esses foram os primeiros a detectar a lesão, mas demoraram a procurar atendimento¹⁰. Contudo, neste estudo os três tipos de terapêutica disponíveis para o câncer de boca – quimioterapia, radioterapia e cirurgia – foram de conhecimento dos participantes.

Nas oficinas lúdicas, alguns participantes mostraram dificuldades no entendimento em algumas figuras dos álbuns seriados. Portanto, para a confecção da cartilha, os desenhos foram modificados: a figura do tratamento que representava a cirurgia foi modificada colocando o paciente entrando num centro cirúrgico e o médico com um bisturi na mão. Na figura que representava o dentista e o médico, foi retirado o espelho clínico da mão do dentista e colocado um creme dental e uma escova na mão do mesmo para melhor entendimento por parte dos participantes. Da última figura foi retirado o chapéu da cabeça do agricultor para que demonstrasse a exposição aos raios solares. Uma crítica dos participantes foi de que todos os personagens dos desenhos eram da cor branca. Desta forma, alguns dos personagens passaram a ser pardos e negros para a confecção da cartilha.

O câncer da boca tem o seu desenvolvimento estimulado pela interação de fatores ambientais e fatores próprios do indivíduo (herança genética, sexo e idade). A junção dos fatores do indivíduo com os fatores externos (agressão por agentes físicos, biológicos e químicos), associados ao tempo de exposição é condição básica na formação dos tumores malignos que acometem a boca. E o uso concomitante do álcool e do fumo potencializa o aparecimento de câncer bucal^{5,6,12,29}.

Grupos sociais em vulnerabilidade, que conseqüentemente têm menos acesso à educação e à saúde estão mais expostos aos fatores de risco para câncer bucal como o

tabaco e o álcool^{24,29}. Como foi observado, a maioria dos participantes, embora analfabetos, demonstraram ter conhecimento sobre os fatores de risco, podendo os meios de comunicação, especialmente as campanhas no rádio e na televisão, terem um papel fundamental neste conhecimento.

5.Considerações Finais

Este estudo demonstrou, que apesar do fato de seus participantes não saberem ler ou escrever, os mesmos possuíam algum conhecimento a respeito dos fatores de risco, como identificar o câncer bucal e a quem procurar em caso da sua detecção. Dessa forma, o conhecimento escolar formal parece não ter interferido na percepção dos participantes em relação ao câncer de boca.

As oficinas e os desenhos apresentados e/ou construídos a partir da percepção dos sujeitos da pesquisa serviram de base para a confecção de uma cartilha. Esta pode representar um importante instrumento de educação, favorecendo o processo de promoção de saúde para pessoas sem instrução educacional formal, bem como para crianças e adolescentes, especialmente em relação aos fatores de risco.

6.Referências Bibliográficas

1. Nagpal JK, Das BR. Oral cancer: reviewing the present understanding of its molecular mechanism and exploring the future directions for its effective management. *Oral Oncol.* 2003; 39(3): 213-21.
2. Warnakulasuriya S. Living with oral cancer: epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. *Oral Oncol.* 2010; 46(6): 407-10.
3. Brasil (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Incidência de Câncer no Brasil, Estimativa 2014. [acesso em 02 Abr 2014]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>.
4. Cunha KSG, Ferreira DC. Molecular aspects of oral cancer: the role of phase I and II biotransformation enzymes in carcinogenesis. In: Nikolakakos AP. *Oral Cancer Research Advances*. Nova York: Nova Science Publishers, 2007, v. 1, p. 1-283.
5. Ferreira DC, Meirelles JRV, Cunha KSG, Janini MER, Curvelo JAR. Enzimas citocromo P450 e sua correlação com os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de boca um estado da arte. *R Ci méd biol.* 2007; 6: 223-232.
6. Ferreira DC, Curvelo JAR, Passos MRL. Open questions on carcinogenesis of oral cancer: Interaction between the environmental and genetic aspects. *Indian J Dent Res.* 2009; 20: 249.

7. Correa SL, Pooter CE, Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Bortoluzzi MC. Diferenciais socioeconômicos da mortalidade por câncer bucal e de orofaríngeo em SC. *UFES Rev Odontol.* 2005; 7(3): 36-42.
8. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=al&tema=pnad_2013.
9. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Junior CAL, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28: 30-39.
10. Santos VCB, Assis AMA, Silva LE, Ferreira SMS, Dias EP. Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Odontologia de Maceió. *Rev Bras Odontol.* 2012; 69(2): 159-64.
11. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. *J Bras Otorrinolaringol.* 2010; 7(4): 416-22.
12. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
13. Elango KJ, Anandkrishnan N, Suresh A, Iyer SK, Ramalyer SK, Kuriakose MA. Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. *Oral Oncol.* 2011; 47: 620-24.
14. Martins JS, Abreu SCC, Araújo ME, Bourget MMM, Campos FL, Grigoletto MVD et al. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. *Rev Panam Salud Publica.* 2012; 31(3): 246-52.
15. Almeida FCS, Cazal C, Nunes FD, Araújo ME, Dias RB, Silva DP. Fatores prognósticos no câncer de boca. *Rev Bras Cienc e Saúde.* 2011; 15(4): 471-78.
16. Almeida FCS, Silva DP, Amoroso MA, Dias RB, Junior O C, Araújo ME. Popularização do autoexame de boca: um exemplo de educação não formal – Parte II. *Cien Saude Colet.* 2011; 16(1): 1589-98.
17. Macedo L. *Ensaio Construtivistas.* 5ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002 (Psicologia e educação).
18. Martins I, Gouvêa G, Piccinini C. *Aprendendo com Imagens.* Ciência e Cultura. 2005; 57(4): 38-40.
19. Santade MS, Silva FC. *Desenho & Palavra: da arte à percepção da linguagem.* 5º SOPCOM – Comunicação e Cidadania. In: Anais do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação; 2008; Minho, Portugal.
20. Klein TAS, Laburú CE. Imagem e ensino de ciências: contribuição da semiótica peirciana para os estudos da representação visual. In: Anais do II Encontro Nacional de Estudo da Imagem; 2009; Paraná, Brasil. p 427-431.
21. Góes MCR. A construção de conhecimentos: examinando o papel do outro nos processos de significação. *Temas psicol.* 1995; 3(2): 23-29.
22. Porto GB. "Drawn words": a food orientation proposal through drawings during nursing consultations. In: Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium; 2002. May 02-03; São Paulo, Brasil.
23. Barbosa-Lima MC, De Carvalho AMP. O desenho infantil como instrumento de avaliação da construção do conhecimento físico. *REEC.* 2008; 7(2):337-348.

24. Boing AF, Antunes JLF. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet.* 2011; 16(2): 615-622.
25. Santos LCO, Cangussu MCT, Batista OM, Santos JP. Câncer bucal: amostra populacional do estado de Alagoas em hospital de referência. *J Bras Otorrinolaringol.* 2009; 75(4): 524-29.
26. Sontag S. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Graal; 1984 (Coleção Tendências, v. 6).
27. Kowalski ISG, Sousa CP. Social representation of relatives and patients with oral and oropharyngeal squamous carcinoma on the prevention and diagnosis of cancer. *Acta Oncol Bras.* 2001; 21(1): 206-10.
28. Bueno M. A origem curiosa das palavras. 4ª Edição. São Paulo: José Olympio; 2006.
29. Petersen PE. Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization. *Oral Oncol.* 2009; 45(4): 454-460.
30. Scott SE, Grunfeld EA, Mcgurk M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol.* 2005; 41: 396-403.
31. Casarin MR, Piccoli JCE. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. *Cien Saude Colet.* 2011; 16(9): 3925-32.
32. Veras JMMF, Nery IS. O significado do diagnóstico de câncer do colo uterino para a mulher. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI.* 2011; 4(4): 13-18.

Artigo Recebido: 21.10.2015

Aprovado para publicação: 10.06.2016

Sonia Maria Soares Ferreira

Centro Universitário.

Rua Quintino Bocaiúva, 789, Edf. Timoneiro, Apto 504

Pajuçara, Maceió – AL, CEP: 57030-570

Email: sonia.ferreira@cesmac.edu.br
