

ARTIGO ORIGINAL

Percepção dos fatores de risco do câncer bucal e acesso as ações de prevenção na perspectiva da população em situação de rua e profissionais de saúde no município de Rio Branco - Acre.

Perception of the risk factors for oral cancer and access to preventive actions in the perspective of the population in street situation and health professionals Rio Branco, Acre, Brazil.

Eufrasia Santos Cadorin^{a,b,c}, Romeu Paulo Martins Silva^c, Italla Maria Pinheiro Bezerra^{d,e}



^aCentro Universitário UNINORTE, Rio Branco, AC, Brazil.

^bSecretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, Rio Branco, AC,

^cUniversidade Federal do Acre, Rio Branco, AC, Brazil.

^dMaster's Program in Public Policies and Local Development of the Santa Casa de Misericórdia School of Sciences of, Vitória, ES, Brazil.

^eLaboratory of Design and Scientific Writing of the Faculty of Medicine of ABC. São Paulo, SP, Brazil.

Autor correspondente
cadorin_eu@hotmail.com

Manuscrito recebido: maio 2021
Manuscrito aceito: dezembro 2021
Versão online: outubro 2022

Resumo

Introdução: no Brasil, a População em Situação de Rua (PSR) é um fenômeno que envolve uma multiplicidade de fatores, dentre os mais frequentes se encontram: as rupturas dos vínculos familiares, a inexistência de trabalho e a ausência ou insuficiência de renda e o uso frequente de álcool e outras drogas.

Objetivo: analisar a percepção sobre o câncer bucal, seus fatores de risco e ações de prevenção na perspectiva dos população em situação de rua e profissionais de saúde da equipe do Consultório na Rua no município de Rio Branco – Acre.

Método: estudo de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio da Análise de Conteúdo, realizada no período de janeiro a abril de 2018 com a população em situação de rua e a equipe de saúde do Consultório na Rua em Rio Branco – Acre.

Resultados: evidenciou-se que as pessoas em situação de rua e a equipe de saúde do consultório na rua 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, entretanto predomina 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.

Suggested citation: Cadorin ES, Silva RPM, Bezerra IMP. Perception of the risk factors for oral cancer and access to preventive actions in the perspective of the population in street situation and health professionals Rio Branco, Acre, Brazil. *J Hum Growth Dev.* 2022; 32(3):252-264. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v32.13314>

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

Compreender a perspectiva de pessoas em situação de rua no município de Rio Branco, capital do estado do Acre, situado na Amazônia Ocidental do Brasil, com relação ao câncer bucal, seus fatores de risco e ações de prevenção e as singularidades envolvidas nas diferentes percepções.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, envolvendo 34 participantes dentre estes, 30 pessoas em situação de rua e 4 profissionais da saúde que atuam no consultório na rua. Para análise dos dados foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo de Bardin, considerando as suas 3 etapas: etapa da pré-análise (I), a partir de uma primeira leitura do material transcrito e a constituição do CORPUS do estudo; a etapa da exploração do material (II), com a definição das regras de codificação, decomposição e enumeração por categoria temática definidas a partir dos objetivos do estudo; e a etapa do tratamento e interpretação dos resultados (III), com a apresentação das evidências.

As categorias de estudo compreenderam: I - Percepção dos fatores de risco do câncer bucal; II - Ações de prevenção e controle do câncer bucal; e III - Fatores que influenciam no desenvolvimento das ações de prevenção.

Os principais achados evidenciam que a os participantes do estudo percebem os fatores de risco ao agravo, com uma concepção ampliada, as ações de saúde oferecidas a essa população ainda sofre grande influência do modelo biomédico e a população em situação de rua ainda tem acesso restrito aos serviços de saúde e profissionais da área, bem como dificuldade de acolhimento no serviço.

O que essas descobertas significam?

A população em situação de rua pode ser considerada como grupo vulnerável ao câncer bucal, sendo necessária uma atuação mais efetiva do poder público visando a garantia do direito à saúde, reconhecendo as fragilidades evidenciadas no estudo, promovendo assim ações de prevenção para controle deste agravo e fortalecendo o vínculo entre o serviço e usuário de forma a facilitar 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.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a População em Situação de Rua (PSR) é um fenômeno que envolve uma multiplicidade de fatores, dentre os mais frequentes se encontram: as rupturas dos vínculos familiares, a inexistência de trabalho e a ausência ou insuficiência de renda e o uso frequente de álcool e outras drogas¹. No município de Rio Branco, capital do estado do Acre, localizado na região da Amazônia Ocidental do Brasil, são estimadas 368 pessoas vivendo nas ruas, as quais são assistidas, no serviço público de saúde, pela equipe do Consultório na Rua (eCR), aparelho que compõe a rede de atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde, que tem como um de seus atributos a longitudinalidade do cuidado²⁻⁴.

O câncer bucal é um tumor maligno resultante da proliferação celular atípica, incessante, descontrolada, propensa à metástase e sua etiologia está relacionada à uma somatória de fatores inerentes ao hospedeiro ou ao ambiente e em decorrência de sua letalidade e possibilidade de identificação precoce é um problema prioritário na saúde pública⁵⁻⁷. No mundo, é o 5º 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 e incidência anual maior que 300.000 casos, sendo sua incidência e mortalidade mais elevadas nos países em desenvolvimento, quando comparado com países desenvolvidos⁸.

O controle desse agravo na PSR perpassa pela necessidade de conhecer o universo e as singularidades que envolvem essa população, visando a adoção de práticas de cuidado para a sua prevenção. Assim o objeto do estudo foi 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 no ano de 2018, compreendendo os valores atribuídos ao agravo e as ações que influenciam no desenvolvimento de ações para prevenção do câncer bucal.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa realizada com usuários em situação de rua e profissionais de saúde da equipe de saúde do consultório na rua em Rio Branco - Acre, de janeiro a abril de 2018. O cenário da pesquisa envolveu os locais de concentração destes usuários nas ruas ou serviços públicos, com entrevistas orientadas por um roteiro não estruturado. Os critérios de inclusão foram as pessoas com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, com mais de seis meses em situação de rua e aparentemente lúcido, totalizando 30 usuários selecionados de forma aleatória simples. As entrevistas com os profissionais de saúde foram realizadas na sede da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), sendo incluídos 100% dos componentes da equipe, totalizando quatro pessoas, sendo considerado o processo de saturação na coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas em espaço reservado com cada participante, com duração média de 30 a 60 minutos, utilizando equipamento de voz para gravar as falas e o diário de campo para registros durante e após a entrevista.

Para interpretação dos dados optou-se pela Análise de Conteúdo de Bardin seguindo a etapa da pré-análise (I), a partir de uma primeira leitura do material transcrito e a constituição do CORPUS do estudo (tabela 1); a etapa da exploração do material (II), com a definição das regras de codificação, decomposição e enumeração por categoria temática definidas a partir dos objetivos do estudo; e a etapa do tratamento e interpretação dos resultados (III), com a apresentação das evidências^{9,10}.

Após a leitura flutuante e constituição do Corpus, considerando os objetivos do estudo, o material foi organizado nas categorias temáticas I - Percepção dos fatores de risco do câncer bucal; II - Ações de prevenção e controle do câncer bucal; e III - Fatores que influenciam no desenvolvimento das ações de prevenção, sendo definidas as regras de estudo apresentadas no Fluxograma da pré-análise do estudo (Figura 1).

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

Corpus do estudo referente ao objetivo: Descrever a percepção dos profissionais de saúde e população em Situação de Rua sobre o Câncer Bucal	Corpus do estudo referente ao objetivo: Descrever as ações de profissionais de saúde e população para a prevenção e controle.	Corpus do estudo referente ao objetivo: Identificar fatores que influenciam ações de prevenção.
<p>“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)</p>	<p>“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)</p>	<p>“A última vez que eu fui eu tinha 13 anos. Já mas eu não tenho condições de colocar meus dentes de novo.” (U 15)</p>
<p>“[...] 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)</p>	<p>“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)</p>	<p>“[...] 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)</p>
<p>“[...] 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)</p>	<p>“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)</p>	<p>“Foi ontem, foi ontente 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)</p>

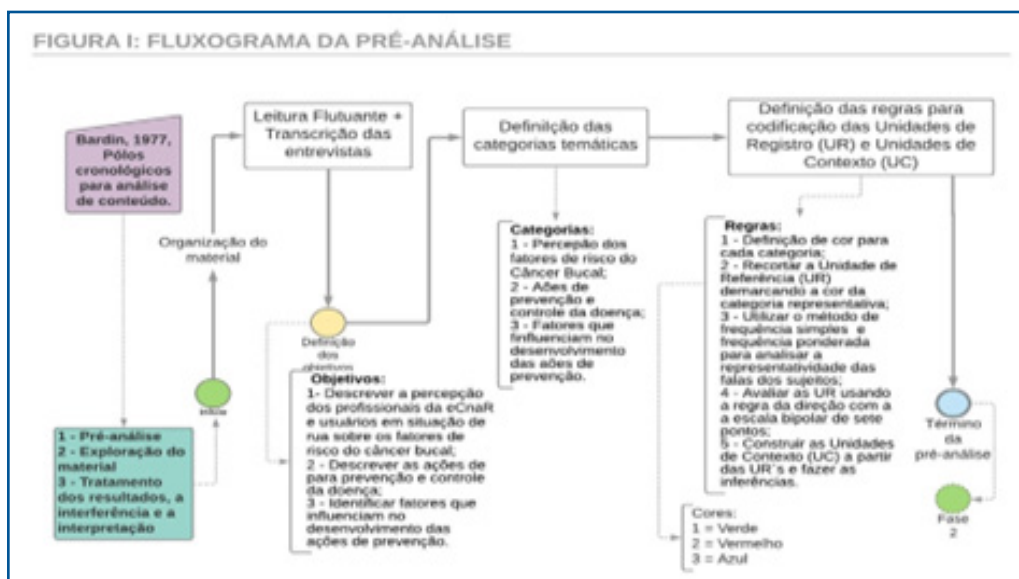


Figura 1: Fluxograma da pré-análise da pesquisa. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.

Fonte: adaptado de SILVA et al¹¹.

Na codificação do material do estudo, optou-se inicialmente pela definição de cor/recorte das unidades de registro, com as cores verde, vermelha e azul, por categoria temática I, II e III, respectivamente. Nas regras de enumeração, foram consideradas Frequência Simples (FS),

Frequência Ponderada (FP) e Direção (D), para melhor definir os segmentos das mensagens para as Unidades de Registro (UR) e Unidades de Contexto (UC). As regras de enumeração ponderaram os critérios demonstrados na tabela 2.

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

Categories	Frequência simples e Frequência Ponderada	Direção
Percepção dos fatores de risco do Câncer Bucal	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.
Ações de prevenção e controle do Câncer Bucal	Foram considerados na frequência simples o número de aparições nos depoimentos das palavras relacionadas às 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 incluíam ações de maior importância, (+3) considerando as especificidades dessa população.
Fatores que influenciam no desenvolvimento das ações de prevenção	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).

Com a definição das regras, procedeu-se a contagem das Frequências Simples e Frequência Ponderada, 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 Temática 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.

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, 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

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 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 2.

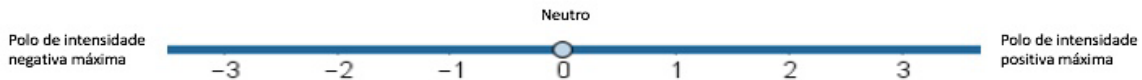


Figura 2: Escala bipolar de sete pontos. Direção Categoria Temática I – Percepção dos fatores de risco do Câncer Bucal. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.

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 quais 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, com uma nova ordem a partir da prioridade 3 nas falas relacionadas à higienização bucal/ autocuidado que sai da posição 3 para 4 (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

A terceira regra de Direção aplicada, 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 3.

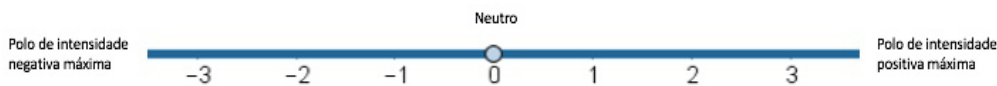


Figura 3: Escala bipolar de sete pontos. Direção Categoria Temática II – Ações de prevenção do Câncer Bucal. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.

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 incluam 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*, 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 foram 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). Quanto aos fatores que influenciam no desenvolvimento de ações de 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 lócus do cuidado na saúde enquanto direito universal, se tem como prioridade 1 o serviço público e prioridade 2 o serviço privado. Convém salientar que na análise da FP para esse critério, o valor atribuído considerou não o local do acesso, mas a necessidade de garantia de acesso no serviço público. Quanto aos fatores que influenciam no desenvolvimento de ações de 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 das ações de prevenção na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde, Acre, Brasil, 2018.

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 influenciam no desenvolvimento de ações de 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 agravado, 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 4.

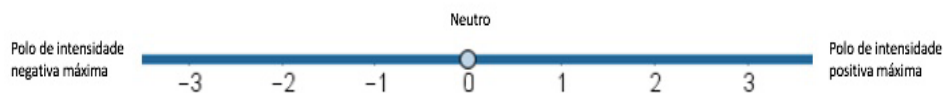


Figura 4: Escala bipolar de sete pontos. Direção Categoria Temática III – Fatores que influenciam no desenvolvimento das ações de prevenção do Câncer Bucal. Rio Branco, Acre, Brasil, 2018.

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 polo 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, foi possível identificar as Unidades de Registro (UR's) presentes nos depoimentos, sendo estas aprimoradas, dando-as significados e, conseqüentemente, atribuindo a melhor direção para construção das Unidades de Contexto

(UC's) elaboradas para cada categoria temática. 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).

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 individuo 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.	Percepção dos fatores de risco do Câncer Bucal.

Continuação - 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
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.	Ações de prevenção e controle.
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; distribuímos 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.	Fatores que influenciam no desenvolvimento das ações de prevenção.

A última fase correspondente ao método do estudo, 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. 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.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNINORTE, aprovada em 01 de novembro de 2017, com o parecer nº 2.361.711, sendo financiada, em parte, com recursos públicos da Universidade Federal do Acre (UFAC) e com recursos do pesquisador.

A pesquisa foi conduzida seguindo as diretrizes internacional de acordo dos critérios consolidados para relato de pesquisa qualitativa (COREQ), observando os 32 itens do checklist¹².

■ RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Foram entrevistados 100% dos profissionais da equipe do Consultório na Rua (eCR), totalizando quatro pessoas. Neste universo foram identificados três profissionais do sexo feminino e uma 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 menos de um ano de atuação na equipe.

No que concerne à população em situação de rua, dentre os 30 usuários participantes da pesquisa, foi possível a caracterização do perfil demográfico e a com relação à existência de hábitos individuais relacionados aos fatores de risco para o câncer bucal.

No perfil demográfico, com relação ao sexo, essa população é composta por 26 homens e quatro mulheres e com relação à idade, oito estão entre 30 e 39 anos, nove 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 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 completo. Com relação ao período em situação de rua, a maioria tem entre um à dois anos 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. Relacionando alguns hábitos sociais, foram encontrados 28 tabagistas, 27 usuários de drogas ilícitas e 24 etilistas.

Dentre os fatores que podem influenciar no aparecimento do câncer bucal, foi identificado que nove pessoas já apresentaram alguma lesão na cavidade oral, seis utilizam prótese dentária e quatro tem algum dente fraturado na boca, que pode ser um fator de irritação crônica.

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

DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

O perfil demográfico corroborou com a ideia de 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. Estudo realizado no Brasil demonstrou que a relação entre sexo foi de 7,4:1, com 88,14% dos casos em pessoas do sexo masculino e faixa etária média de 59,3 anos¹³. Resultados similares foram encontrados em um estudo realizado entre 2011 e 2012 em Cuba, com 60,6% dos casos em adultos homens com idade superior a 60 anos (Elva 2014). Na Índia, a prevalência foi de 94,9% na população urbana e 71,9% da população rural, 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, indicando que a desigualdade social, é um fator de vulnerabilidade¹⁴.

Categoria Temática I – Percepção dos fatores de risco do câncer bucal

Os fatores de risco, são em sua maioria conhecidos para os usuários e profissionais de saúde, entretanto, alguns destes ainda estão sendo melhor estudados para maior comprovação científica, como por exemplo a transmissão sexual. O sexo oral é um importante marcador, porém sua associação ainda não foi bem compreendida, mesmo sabendo que doenças por Papiloma Vírus Humano (HPV) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) contribuem significativamente com o aumento do risco e que 30% dos cânceres orais e faríngeos foram relacionados ao HPV^{15, 16}. Na Polônia, um estudo observou que 25,37% das mulheres e 38,46% dos homens referiram a prática do sexo oral, com múltiplos parceiros e dentre estes, 2,98% das mulheres e 2,56% dos homens, relataram a presença de carcinoma¹⁷.

O uso do tabaco e álcool representa importante fator de risco quando isolados, com aumento do risco relativo significativo quando da existência dos dois fatores concomitantemente, sendo a má higiene também relacionada por contribuir com o aumento das cepas patogênicas que podem colaborar na displasia epitelial associada a outros fatores¹⁸⁻²¹.

A relação entre o uso de drogas ilícitas e o câncer bucal ainda é desconhecida, todavia um estudo comprova que pessoas que fazem uso dessas substâncias apresentam um aumento significativo de lesões na cavidade oral. Usuários de crack tiveram maior ocorrência de lesões fundamentais, com índice 2,02 vezes maior e, em usuários de maconha, cocaína e crack foi confirmada a existência maior de lesões na cavidade oral^{22, 23}.

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.

Categoria Temática II – Ações de prevenção e controle

Em sua prática cotidiana, a equipe de saúde do 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, se sobrepõe a ideia de 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.

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, considerando que a má higiene bucal e doenças periodontais, contribuem com aumento da microbiota na cavidade oral, sendo mais um fator de risco para o câncer bucal²⁴.

Com relação à mudança de hábitos nocivos, há de se considerar, na maioria das situações, os comportamentos de risco são involuntários ou autônomos e essas pessoas gostariam de mudar seu comportamento, mas isso perpassa pelo emponderamento, compreendido em um contexto onde o indivíduo possa desenvolver a capacidade para o auto-controle de sua vida, com autonomia, autoconfiança e autoestima²⁵. A abordagem de mudança de comportamento, quando os profissionais de saúde têm a ideia de que os comportamentos de risco são adotados por vontade própria, aumenta o risco de culpabilização da vítima ou estigmatização²⁵.

Para atender as especificidades dessa população, são necessários cuidados personalizados com características na organização dos serviços como a localização, a oferta diária e a integração da atenção primária com os serviços de saúde, fatores estes preponderantes para melhorar as organizações, que podem ser oferecer ações e serviços com maior flexibilidade de escolha pelas pessoas em situação de rua²⁶.

Uma importante estratégia para promoção da saúde na Atenção Primária é a Educação em Saúde, compreendida como uma estratégia educativa, com

métodos e tecnologias específicas, reconhecendo a multiplicidade dos fatores envolvidos no processo de adoecimento, visando contribuir com o desenvolvimento de hábitos e estilos de vida e a participação ativa dos sujeitos envolvidos na construção do conhecimento²⁷. Nesse contexto, se recorre 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 pessoas²⁸.

A compreensão de que o respeito a autonomia e a dignidade das pessoas, não é um favor, e sim um imperativo ético, e que ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua construção, possibilita o desenvolvimento de práticas educativas onde o profissional de saúde 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, sem emitir juízo de valor entre o certo e o errado²⁹.

Ainda que não sejam desenvolvidas ações específicas para a prevenção do câncer bucal, os usuários percebem sua importância, 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.

Categoria Temática III - Fatores influenciam no desenvolvimento das ações de prevenção.

Com os resultados das evidências construídas, foram analisados os fatores que podem interferir no desenvolvimento de ações de prevenção, considerando o acesso ao serviço e as consultas periódicas dos usuários, bem como os fatores que influenciam na prevenção do câncer bucal na perspectiva 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 populacionais³⁰.

No que se refere ao acesso no serviço público de saúde, em países europeus com regimes de bem-estar social, foi demonstrado que 54,5% dentre os homens e 45,5% dentre as mulheres, não têm acesso à serviços odontológicos e que nos fatores para o não acesso estão relacionados a percepção do paciente quanto à necessidade de tratamento regular e a inexistência de serviços próximo à residência³¹.

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 se dá nas Equipes de Saúde da Família e Centro de Especialidades Odontológicas^{3,32}. No município de Rio Branco, a equipe não dispõe de um Técnico de Saúde Bucal na equipe do Consultório na Rua (eCR), o que pode dificultar o desenvolvimento de ações de prevenção.

Um dos pressupostos para a atenção à Saúde Bucal no País é a articulação em rede, com o olhar para a vigilância à saúde no território e uma das estratégias é a oferta de oportunidades de identificação de lesões bucais, a busca ativa, em visitas domiciliares ou em campanhas pontuais como vacinação de idosos³². Essa estratégia não dialoga com as especificidades da população em situação de rua, já que estas pessoas não são encontradas no domicílio e não frequentam as campanhas ofertadas nas unidades de saúde. Nesse contexto, é necessário pensar 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.

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 emprego³³. 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 uma estratégia local de ampliação não somente às ações curativas, mas principalmente às ações de prevenção.

Outro aspecto importante a ser considerado, é a periodicidade de consultas no serviço odontológico, de forma a 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/ano³⁴. A partir deste parâmetro, o 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 é mais favorável quando detectado no estágio inicial. Relacionado ainda a sobrevivência, há de se considerar que os fatores socioeconômicos e comportamentais, influenciam de forma negativa na sobrevivência^{35,36}.

A ausência de um cirurgião dentista (CD) na equipe, conforme evidenciado por alguns participantes da pesquisa, pode desfavorecer a realização de ações para prevenção do câncer bucal. É necessário considerar, que ações educativas podem ser desenvolvidas por qualquer profissional de saúde, desde que exista uma qualificação para tal. A partir desse olhar, o CD da rede municipal, pode atuar em conjunto com a eCR, utilizando o Apoio Matricial enquanto tecnologia de trabalho, atuando como facilitador no processo de qualificação da equipe, compreendendo que o trabalho na saúde envolve dimensões do trabalho que compreende a dimensão cuidadora e permeia as ações de todos os profissionais e o trabalho em núcleo, o qual envolve as dimensões do trabalho específico de cada

categoria profissional³⁷.

A identificação precoce de lesões bucais, requer conhecimentos específicos do CD. Assim, considerando a inexistência de um profissional da área, seria necessário articular o trabalho da eCR com a equipe de saúde bucal da rede, para encaminhamento periódico destes usuários. Com estratégias de agendamento e acompanhamento destes usuários à consulta, bem como um serviço de porta aberta, com livre demanda para as pessoas em situação de rua.

A não priorização de ações de prevenção para o CB, foi também um dos fatores relacionados como desfavoráveis ao desenvolvimento dessas ações. No Plano Municipal de Saúde de Rio Branco 2018-2021 e na Programação de Saúde 2018, instrumentos norteadores das prioridades da agenda política, não são encontradas ações específicas para a prevenção deste agravo nas ações voltadas para a população em situação de rua³⁸. Entretanto, estes instrumentos expressam 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 um fator relacionando como desfavorável para as ações de prevenção, em decorrência da localização incerta da população em situação de rua, já que os locais de parada mudam constantemente. Somado a isso, por ser 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 na rua, as pessoas criam vínculos e estabelecem relações para compensar as perdas familiares, 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 obstante 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^{39,37}.

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 da população em situação de rua identificou esta estratégia como potencial para redução do tempo de acesso e a garantia do cuidado com redução de danos in loco, todavia é necessário não gerar um circuito segregador, ao ofertar toda assistência possível na rua, sem articular a atenção com a rede local nos territórios⁴⁰.

Infere-se, portanto, 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. Um estudo 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 realizado⁴¹. 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^{41, 42}.

A Redução de Danos, é uma estratégia das políticas públicas no Brasil para a atenção à saúde da PSR, reconhecendo que estes usuários, muitas das vezes, não conseguem ou não pretendem interromper o uso de drogas. A estratégia ganhou força na década de 80 com a epidemia da AIDS no mundo e em 2005, foi reconhecida na agenda pública com enfoque na prevenção, garantindo a autonomia do usuário e sua liberdade de escolha^{43, 44}.

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, há todo um contexto que requer um enfrentamento e esforço conjunto do poder público, do usuário e da família

Por fim, as evidências do estudo corroboram que a população em situação de rua 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 para o cuidado na saúde, pois possibilita a criação de vínculo entre os serviços de saúde e essa população. Contudo, 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.

■ 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.

■ Conflito de interesse

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse.

■ REFERÊNCIAS

1. Silva MLL. Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno População em Situação de Rua no Brasil 1995-2005. Brasília - DF; 2006.
2. Brasil. Sistema de Informação da Atenção Básica e-SUS. Rio Branco. 2018.
3. 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. Brasília - DF; 2011.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO M da S, editor. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. Brasília; 2002. 419-564 p.
5. Neville BEA. Patologia Oral e Maxilofacial. 4 ed. Elsevier, editor. Rio de Janeiro; 2016. 338 p
6. Borges FT, Garbin CAS, Carvalhosa AA, de, Castro PHS, 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. 2008; 24(9): 1977–82.
7. Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. 2010; 58:27–33.
8. Volkweis MR, Blois MC, Zanis R, Zamboni R. Perfil Epidemiológico dos pacientes com Câncer Bucal em um CEO. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2014;v. 14, n.2:63–70.
9. Bardin, L. (orgs) Luis Antero Reto AP. Análise de conteúdo. Edições, editor. São Paulo; 2011. 279 p.
10. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. Inf SocEst. 2014; v.24, n.1: 13–8.
11. Silva RS, Bezerra IMP, Monteiro CBM, Adami F Jr HMFS, Abreu LCD. 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). 2018; 97(33).

12. 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*. 2007; 19(6): 349–57
13. Figueiredo AM. Prevalência e características clínico-epidemiológicas do câncer bucal e de cabeça e pescoço no Hospital Estadual de Bauru/SP. 2013.
14. Ganesh R, John J, Saravanan S. Socio demographic profile of oral cancer patients residing in Tamil Nadu - A hospital based study. *Indian J Cancer [Internet]*. 2013; 50(1): 9.
15. Li S, Ni X-B, Xu C, Wang X-H, Zhang C, Zeng X-T. Oral sex and risk of oral cancer: a meta-analysis of observational studies. *J Evid Based Med [Internet]*. 2015; 8(3): 126–33.
16. Brondani MA. Café Discussions on Oral Sex, Oral Cancer, and HPV Infection: Summative Report. *Can Institutes Heal Res*. 39(6): 1453–5.
17. 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*. 2017; 71(2): 23–8.
18. Roswall N, Weiderpass E. Alcohol as a risk factor for cancer: Existing evidence in a global perspective. *J Prev Med Public Heal*. 2015; 48(1): 1–9.
19. 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*. 2014; 14(1): 1–14.
20. Varoni EM, Lodi G, Iriti M. Ethanol versus phytochemicals in wine: Oral cancer risk in a light drinking perspective. *Int J Mol Sci*. 2015; 16(8): 17029–47.
21. Gaonkar PP, Patankar SR, Tripathi NSG. Oral bacterial flora and oral cancer: The possible link? *J Oral Maxillofac Pathol*. 2018; 22(2): 234–8.
22. Antoniazzi RP, Lago FB, Jardim LC, Sagrillo MR, Ferrazzo KL. Impact of crack cocaine use on the occurrence of oral lesions and micronuclei. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2018; 47(7): 888–95.
23. 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*. 2017; 31: 1–11
24. Hooper SJ, Wilson J, Crean SJ. Exploring the link between microorganisms and oral cancer: a systematic review of the literature. *Head Neck*. 2009; 31(9): 1228–39
25. Tengland PA. Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Goals. *Heal Care Anal*. 2016; 24(1): 24–46.
26. Chrystal JG, Glover DL, Young AS, Whelan F, Austin EL, Johnson NK et al. Experience of primary care among homeless individuals with mental health conditions. *PLoS One*. 2015; 10(2): 1–14.
27. Sevalho GO conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. 2018; 22(64): 177–88.
28. Barbosa, AM, Silva JNF, Araújo EKG, Pereira JC, Lacerda DAL de, Alvarenga J da PO. 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 [Internet]*. 2015; 18(4): 554–9.
29. Freire P. *Pedagogia da Autonomia Saberes necessários à prática educativa*. 47a. Terra Paz e Terra, editor. Rio de Janeiro; 2013. 143 p.
30. Brasil. *Coletânea de Normas para o Controle Social*. 2011. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília – DF. 2011.
31. Listi S, Moeller J, Manski R. A multi-country comparison of reasons for dental non- attendance. *Eur J Oral Sci*. 2015; 122(1): 62–9
32. Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasil; 2004.
33. Guirguis-Younger M, McNeil R, Hwang SW. *Homelessness & Health in Canada*. Press U of O, editor. Vol. 39, *Animal Genetics*. Ottawa; 2014. 331 p.
34. 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*. 2002;48(3):357–62.
35. Van Nagell JR, DePriest PD, Ueland FR, DeSimone CP, Cooper AL, McDonald JM et al. Ultrasound and assessment of ovarian cancer risk. *Cancer [Internet]*. 2013;37(2):408–14.
36. Al-Jaber A, Al-Nasser L, El-Metwally A. Epidemiology of oral cancer in Arab countries. *Saudi Med J*. 2016;37(3):249–55.
37. Merhy, EE. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. In: 3a edição. São Paulo; 2007. p. 145.

38. Rio Branco. Secretaria Municipal de Saúde. 2018. Plano Municipal de Saúde de Rio Branco 2018-2021.
39. Tilio R de, Oliveira J de. Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua. *Psicol em Estud.* 2016; 21(1): 101–13.
40. 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.* 2017; 22(3): 879–90.
41. 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).
42. Rosa S, Garbriela M, Brêtas P, Cristina A, Rosa S. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. (2006).
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.028 de 1o de julho de 2005. Brasil; 2005.
44. Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicol Ciência e Profissão.* 2013; 33(3): 580–95

Abstract

Background: in Brazil, the homeless population is a phenomenon that involves a variety of factors that, among the most frequent, are: the rupture of family bonds, the inexistence of work and the absence or insufficiency of income and frequent use of alcohol and other drugs.

Objective: to analyze the perception of oral cancer, its risk factors and preventive actions from the perspective of the homeless population and health professionals from the team Clinic on the Street in the city of Rio Branco, Acre, Brazil.

Methods: a qualitative study, developed through Content Analysis, carried out from January to April 2018, with the homeless population and health professionals' team of Clinic on the Street in Rio Branco, Acre, Brazil.

Results: it was evidenced that the homeless population' situation and the health professionals of Clinic on the Street have perception about the risk factors related to this aggravation, however the users are not concerned with preventive actions. The professionals of the team do not develop actions aimed at the prevention of the disease. From the perspective of the team and the users, preventive actions can be developed, however what is predominant is the accomplishment of punctual actions with emphasis on changing harmful habits.

Conclusion: the homeless population and the professionals from Clinic on the Street are aware of the main 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 period of return to the dental surgeon are factors that make prevention difficult.

Descriptors: oral cancer, prevention, homeless.

©The authors (2022), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.