

Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde

Greater access to information on how to prevent oral cancer among elderly using primary health care

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins ¹

Sandhi Maria Barreto ²

Pedro Eleutério dos Santos-Neto ¹

Maria Aparecida Barbosa de Sá ¹

João Gabriel Silva Souza ³

Desireé Sant'Ana Haikal ¹

Efigenia Ferreira e Ferreira ⁴

Isabela Almeida Pordeus ⁴

Abstract *Educative actions are an important component of health promotion in Brazil's primary healthcare program, the Family Health Strategy (FHS). The efficacy of these actions is evidenced by compliance with healthy behaviors and in the reduction of rates of mortality and morbidity. The objective of this study was to identify whether access to information regarding the prevention of oral cancer is greater among elders whose residences are registered with the FHS. SPSS® was utilized to obtain estimates that were corrected for sample design, considering the magnitude of the associations between access to such information with personal determinants, the use and cost of healthcare, health-related behaviors and health outcomes. 58.9% of the 492 participating elders reported having access to such information. We verified that there was a greater chance for access among residents of houses registered by the FHS; those with greater per capita income (2.01/1.18-3.43); non-smokers (2.00/1.16-3.46); those that realized oral self-examination (6.35/3.46-11.64); and those that did not perceive discomfort in the mouth, head or neck (2.06/1.02-4.17). Access was greater among residents of homes registered by the FHS. Personal determinants of health, health-related behaviors and health outcomes are influenced or influence access to information regarding the prevention and management of oral diseases.*

Keywords *Oral cancer, seniors, health literacy, primary healthcare, Family Health Strategy*

Resumo *Na promoção de saúde, as ações educativas são prioridade na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Evidencia-se a eficácia dessas ações na adesão a comportamentos saudáveis e na redução nas taxas de morbimortalidade por câncer bucal. Objetivou-se identificar se o acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal é maior entre idosos residentes em domicílios cadastrados na ESF. Utilizou-se o SPSS® na obtenção de estimativas corrigidas pelo efeito do desenho amostral, considerando as magnitudes das associações do acesso a tais informações com os determinantes pessoais, uso dos serviços/custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde e desfechos da saúde. Dentre os 492 idosos, 58,9% relataram ter tido acesso a tais informações. Verificaram-se maiores chances de acesso entre residentes em domicílios cadastrados na ESF; com maior renda per capita (2,01/1,18-3,43); não tabagistas (2,00/1,16-3,46); que realizaram autoexame bucal (6,35/3,46-11,64); e que não autoperceberam incômodo na boca, cabeça ou pescoço (2,06/1,02-4,17). O acesso foi maior entre os residentes em domicílios cadastrados na ESF. Determinantes pessoais, comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde sofrem influência ou influenciam a oferta e o acesso a essas informações.*

Palavras-chave *Câncer bucal, Idoso, Alfabetização em saúde, Atenção primária à saúde, Estratégia Saúde da Família*

¹ Departamento de Odontologia, Centro de Ciências Básicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros. Av. Dr. Rui Braga s/n, Vila Mauricéia. 39401-089 Montes Claros MG Brasil. martins.andreambl@gmail.com

² Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

³ Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.

⁴ Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

Os idosos brasileiros são expostos a fatores de risco que aumentam as taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônicas degenerativas nesse estrato etário¹, especialmente os referentes ao câncer, que devido a sua alta letalidade são um problema de saúde pública^{2,3}. O câncer bucal gera altas taxas de mortalidade e letalidade², além disso, tem impacto negativo na qualidade de vida das pessoas⁴. De acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, do inglês *International Agency for Research on Cancer*), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012. A carga do câncer continuará aumentando nos países em desenvolvimento e crescerá ainda mais em países desenvolvidos, se medidas preventivas não forem amplamente aplicadas. O câncer bucal é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo. Estimam-se, para o Brasil, no ano de 2014, 11.280 casos novos deste câncer em homens e 4.010 em mulheres. Tais valores correspondem a um risco estimado de 11,54 casos novos a cada 100 mil homens e 3,92 a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer bucal em homens é o quinto mais frequente e o décimo primeiro mais frequente em mulheres⁵. No Brasil, a distribuição de novos casos deste câncer é heterogênea, havendo maior concentração nas regiões sudeste e sul⁶.

As taxas de mortalidade por câncer bucal destacam-se dentre as demais taxas de mortalidade por outros tipos de neoplasia⁷⁻⁹. A dieta^{10,11}, a baixa renda, a escolaridade¹¹ e as infecções pelo *Human papillomavirus* (HPV)¹², além do sinergismo constatado mediante consumo concomitante de tabaco e álcool¹³, são fatores de risco para os diversos tipos de câncer bucal. Um ensaio randomizado¹⁴ foi conduzido em Kerala, na Índia, entre 167.741 participantes, durante nove anos (1996 a 2004). Os participantes do grupo intervenção (87.655) foram submetidos, em três momentos distintos, a cada três anos, a ações educativas referentes aos efeitos nocivos do tabaco e álcool quanto ao risco para o câncer bucal; aos rastreamentos feitos por profissionais treinados para identificação de lesões cancerizáveis; ao diagnóstico precoce desse câncer bucal, assim como a tratamentos imediatos. Já os participantes do grupo controle (80.086) foram avaliados no início e no final da investigação e receberam

as ações rotineiras dos serviços de saúde. As taxas de mortalidade e de letalidade por câncer bucal foram menores no grupo intervenção do que no grupo controle. A associação entre as taxas de mortalidade e a intervenção entre todos os participantes não foi estatisticamente significativa, porém entre os homens que tinham hábitos etilistas e/ou tabagistas as taxas de mortalidade no grupo intervenção foram menores¹⁴. Sugere-se, portanto que ações educativas, especialmente entre os expostos a fatores de risco, podem minimizar as taxas de mortalidade e de letalidade por câncer bucal. Enfim, ações de promoção da saúde, dentre elas as educativas, de prevenção, de diagnóstico precoce e de tratamento do câncer bucal são importantes.

Ações de promoção de saúde/educação, prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer bucal tem importância reconhecida pela OMS¹⁵. Nesse sentido, políticas de promoção de saúde/educação e prevenção do câncer bucal foram implantadas¹⁶, na atenção primária à saúde (APS). No Brasil a APS é ofertada na Estratégia da Saúde da Família (ESF), sendo esta a estratégia eleita para reorganização da APS do “Sistema Único de Saúde” (SUS)^{17,18}. Dentre as atribuições do SUS, destaca-se a assistência integral à saúde com ênfase nas ações de promoção da saúde, que visam desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos¹⁹. No contexto da promoção da saúde, as intervenções de educação em saúde têm como objetivo o aumento dos níveis de alfabetização em saúde das pessoas. Sørensen et al disponibilizaram um modelo teórico que apresenta variáveis que influenciam e são influenciadas pelos níveis de alfabetização em saúde²⁰ (Figura 1).

O modelo exhibe fatores proximais e distais determinantes e/ou determinados pelos níveis de alfabetização em saúde, representado pelas formas ovais concêntricas do núcleo do modelo. As seguintes variáveis foram consideradas na identificação dos níveis de alfabetização em saúde: conhecimentos prévios referentes a um tema de saúde; competências necessárias para o autocuidado e motivação para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde. O acesso, condição inicial da alfabetização em saúde refere-se à capacidade de procurar, encontrar e obter informações de saúde; a compreensão refere-se à capacidade de compreender as informações relativas à saúde; a avaliação dessas informações diz respeito à capacidade de interpretar, filtrar e julgar essas informações; já a

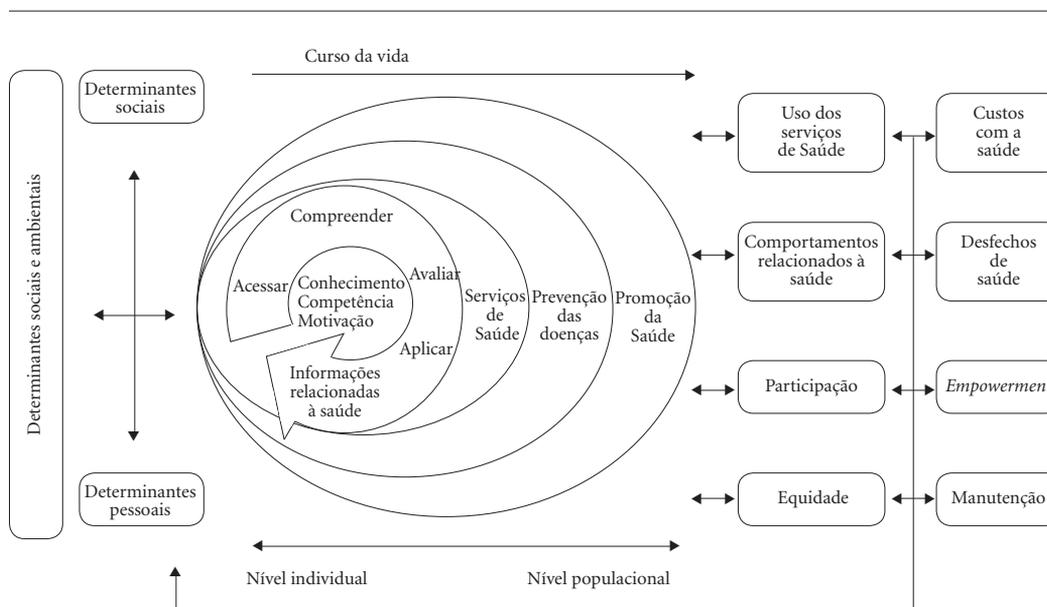


Figura 1. Modelo teórico da alfabetização em saúde apresentado por Sørensen et al. em 2012.

Fonte: Sørensen et al., 2012²⁰.

aplicação refere-se à capacidade de se comunicar e usar as informações para tomar decisões com o intuito de manter e ou melhorar a sua condição de saúde. O modelo ainda exhibe fatores associados de forma dinâmica à alfabetização em saúde, ou seja, seus principais determinantes e/ou consequências. Estão entre eles, os determinantes distais, que podem ser sociais e ambientais (situação demográfica, cultura, língua, forças políticas e sistemas sociais); os proximais, determinantes sociais situacionais (suporte social, influências da família e dos colegas, uso de mídia e condições físicas do meio ambiente) e os pessoais (idade, sexo, raça, condição socioeconômica, estado civil, educação, ocupação, emprego, renda e escolaridade). Apresentam-se ainda outros fatores possivelmente associados à alfabetização em saúde (determinantes e ou consequências): uso dos serviços de saúde, custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde, desfechos de saúde, participação das pessoas, *empowerment*, equidade e manutenção. Nesse modelo, observa-se uma relação de retroalimentação entre os fatores apresentados e a alfabetização em saúde²⁰. A idade e a raça das pessoas são os únicos fatores que não apresentam uma relação de retroalimentação, ou seja, não podem ser modificados pelos níveis da alfabetização em saúde. No contexto da

promoção da saúde, o acesso a informações relacionadas à saúde é indispensável para melhorar os níveis de alfabetização em saúde. Deste modo, identificar a prevalência do acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal e se idosos residentes em domicílios cadastrados na ESF estão tendo maior acesso a essas informações, do que aqueles não cadastrados, pode subsidiar melhorias nas políticas de saúde que consideram a saúde dos idosos uma questão prioritária. Entretanto, não foram identificados estudos sobre essa questão.

Na ESF, tem-se o contexto adequado para intervenções de promoção de saúde, com ênfase para educação em saúde e estímulo à aplicação das informações relativas à saúde, ou seja, adoção de comportamentos saudáveis. Sendo assim, este estudo objetivou identificar, a partir do modelo teórico conceitual da alfabetização em saúde²⁰, se o acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal é maior entre idosos residentes em domicílios cadastrados na ESF.

Métodos

Estudo transversal, conduzido em uma amostra probabilística complexa por conglomerado em

dois estágios de idosos de Montes Claros, município brasileiro de grande porte populacional, situado no norte de Minas Gerais. Foram considerados idosos aqueles com idade entre sessenta e cinco e setenta e quatro anos, conforme recomendação da OMS²¹. No cálculo amostral, considerou-se a estimativa para proporções da ocorrência dos eventos ou doenças de 50% da população, um erro de 5,5%, uma taxa de não resposta de 20%, a garantia de proporcionalidade por sexo e um *deff* (*design effect* - efeito de desenho) de 2,0. Desta forma, estimou-se uma amostra de 740 idosos²². Conglomerados, setores censitários e quadras, foram selecionados de forma aleatória simples e a coleta foi domiciliar. Os critérios de diagnóstico das condições bucais foram aqueles preconizados pela OMS em 1997²¹. Os exames intrabucais foram realizados nos domicílios dos participantes, por cirurgiões-dentistas, em ambiente amplo, sob iluminação natural, empregando espelho e sonda CPI (*Community Periodontal Index*) esterilizados²¹. Participaram da coleta de dados, vinte e quatro entrevistadores/anotadores (acadêmicos do curso de Odontologia) treinados, e vinte e quatro examinadores (cirurgiões-dentistas)²³ treinados e calibrados (Kappa e coeficiente de correlação intraclassa superiores a 0,60)²⁴. Foram utilizados computadores de mão com um programa de computador desenvolvido para a coleta e a construção simultânea do banco de dados, denominado Programa Coletor de Dados em Saúde²⁵.

Dentre os que aceitaram participar do estudo, foram excluídos das análises os que relataram nunca ter utilizado serviços odontológicos e os que não responderam à pergunta relativa ao acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal. A construção da variável dependente – acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal – foi obtida somente entre os idosos que não apresentavam problemas cognitivos. A identificação dos idosos com problemas cognitivos foi feita empregando-se a versão validada no Brasil do Mini-exame do Estado Mental (MEEM)²⁶, considerando os níveis de escolaridade do idoso²⁷. Os que responderam positivamente a pergunta *Receberam informações sobre como evitar o câncer bucal nos serviços odontológicos?* foram considerados idosos que tiveram acesso a informações sobre como evitar o câncer bucal.

Tomando-se o modelo de Sørensen et al., 2012²⁰, como referência teórica, reuniu-se as variáveis independentes em cinco grupos: 1) acesso a informações relativas à saúde (condição inicial da alfabetização em saúde), 2) determinantes

personais, 3) uso dos serviços de saúde/custos com a saúde, 4) comportamentos relacionados à saúde e 5) desfechos de saúde²⁰.

Os determinantes pessoais foram: faixa etária em anos, raça autodeclarada, sexo, estado civil, escolaridade em anos de estudo e renda *per capita* em salários mínimos. As variáveis referentes aos serviços de saúde/custos com a saúde foram: serviço odontológico utilizado, residir em domicílio cadastrado na ESF, tempo da última visita ao dentista em anos e motivo do uso do serviço odontológico.

Os comportamentos relacionados à saúde foram: hábito tabagista atual ou passado, hábito etilista atual ou passado e autoexame bucal. Ressalta-se que, nesse estudo, o ex-tabagista foi considerado como tabagista. Quanto aos desfechos de saúde, foram considerados dois subgrupos: 1) saúde geral relatada: presença de doenças e uso de medicamentos e 2) condições normativas e subjetivas de saúde bucal. As condições normativas de saúde bucal incluíram as alterações de tecidos moles bucais e uso de prótese dentária removível. Já as condições subjetivas de saúde bucal foram representadas pela autopercepção da necessidade de tratamento odontológico, autopercepção da dor em dentes e gengivas nos últimos seis meses, autopercepção de incômodo na boca, cabeça ou pescoço e identificação de possíveis consequências (impactos) das desordens bucais, através da versão validada no Brasil do *Oral Health Impact Profile* (OHIP)²⁸. Todos os indivíduos que responderam afirmativamente (repetidamente/sempre), em pelo menos uma das quatorze questões do OHIP, apresentavam alguma consequência, ou seja, algum impacto decorrente das desordens bucais.

Na análise dos dados, empregou-se o SPSS® 18.0. A correção pelo efeito do desenho amostral nas estimativas obtidas foi realizada. A análise descritiva incluiu frequência relativa corrigida pelo efeito amostral, erro padrão (EP) e o efeito do conglomerado (*Deff*) para variáveis categóricas. Para as variáveis quantitativas, a média, o EP e o *Deff* foram estimados. Análises bivariadas foram conduzidas para seleção das variáveis ($p < 0,20$) a serem consideradas na análise múltipla. Nas análises bivariadas e na múltipla, através de Regressão Logística, foram estimadas as *odds ratio* e os intervalos de confiança de 95% (OR/IC 95%). No modelo final foram mantidas as variáveis associadas ($p < 0,05$) ao acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal. Foram respeitados os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº196/96²⁹.

Resultados

Dentre os 740 avaliados (taxa de resposta 92%), 492 idosos foram considerados neste estudo por atenderem aos critérios de inclusão. Desses, 58,9% relataram que obtiveram acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal. A média de idade dos idosos foi de 68,35 anos, EP 0,16 e *Deff* 1,47; a maioria tinha idade entre 65-68 anos; declarou pertencer à raça parda; ser do sexo feminino e ser casado ou ter união estável. A escolaridade média dos idosos foi de 5,07 anos, EP 0,36, *Deff* 4,04; a renda *per capita* média em reais foi de R\$ 404,17, EP R\$ 34,37, *Deff* 2,65. A maioria relatou residir em domicílio cadastrado na ESF e a maior parte relatou comportamentos favoráveis referentes a hábitos tabagistas e etilistas. A maioria relatou ter doença crônica diagnosticada por um médico. A maior parte não apresentava alterações de tecidos moles bucais, usava próteses removíveis e não relatou impacto consequente das desordens bucais (Tabela 1).

Na análise bivariada, constatou-se associação ($p \leq 0,20$) do acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal com: raça autodeclarada, estado civil, escolaridade, renda *per capita*, residência em domicílio cadastrado na ESF, hábito tabagista atual ou passado, autoexame da boca, presença de doenças crônicas, autopercepção de incômodo na boca/cabeça ou pescoço e impacto da saúde bucal em suas dimensões (Tabela 2).

Na análise múltipla, constatou-se associação do acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal com: determinantes pessoais, uso dos serviços de saúde/custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde (Tabela 3).

Discussão

A avaliação dos níveis de “alfabetização em saúde” é uma proposta relativamente nova no campo da promoção da saúde, pois avança na concepção de educação em saúde para além da oferta de informação, enfocando a capacidade das pessoas de acessar, compreender, avaliar e aplicar ou não tais informações eficientemente. A melhoria dos níveis de alfabetização em saúde depende de inúmeras variáveis, dentre elas, destaca-se o *empowerment*²⁰, que se refere a ações sociais que promovem a participação das pessoas, de organizações e das comunidades no controle do seu próprio destino e do destino da sociedade. Deste modo, as pessoas criam ou são dadas a elas

oportunidades para cuidar de sua própria saúde, a partir de uma série de experiências através das quais elas aprendem a ver uma correspondência mais estreita entre os seus objetivos e um senso de como alcançá-los, e assim ganham maior acesso e controle sobre os seus próprios recursos, sobre os recursos disponíveis nas organizações governamentais/não governamentais e/ou sobre os recursos disponíveis em comunidades que buscam a promoção da saúde e a prevenção das doenças³⁰.

A prevalência do acesso a informações sobre como evitar o câncer bucal, condição inicial da alfabetização em saúde, foi de 58,9%. A chance de ter apresentado tal acesso entre idosos que residiam em domicílios cadastrados na ESF foi aproximadamente três vezes àquela verificada entre os que não residiam, mesmo depois de ser controlada por determinantes pessoais, por comportamentos relacionados à saúde e por desfechos de saúde. A chance de acesso a essas informações foi maior entre aqueles com maior renda *per capita*, entre os que não apresentavam hábitos tabagistas, os que realizaram autoexame bucal e entre os que não perceberam incômodo na boca, cabeça ou pescoço. Não foram encontrados estudos que tenham identificado fatores associados ao acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos, impossibilitando o confronto dos resultados encontrados entre os idosos de Montes Claros com resultados encontrados em outros estudos. Por outro lado, alguns estudos identificaram diferentes níveis de conhecimento e/ou conscientização sobre o câncer bucal, seus fatores determinantes e suas medidas preventivas³¹⁻³⁴.

Mais de um terço dos idosos avaliados relataram não ter tido qualquer acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal proveniente dos serviços de saúde, fato preocupante, visto que a aquisição de informações consistentes sobre o câncer bucal, seus fatores determinantes e suas medidas preventivas pode subsidiar a adoção de hábitos saudáveis que contribuam para a prevenção e diagnóstico precoce desse câncer^{20,31-36}. Entre os participantes da Campanha de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal, em um município brasileiro, Taubaté-SP, avaliou-se o conhecimento sobre esse câncer nos anos de 2001, 2003 e 2005. O relato de conhecimento das causas desse câncer variou de 32,68% a 40,52%. Em 2001, 16,52% referiram saber o que é autoexame bucal; em 2003, 31,97% e em 2005, 22%³¹, ressaltando uma baixa prevalência do conhecimento sobre essa medida entre os entrevistados³¹. Possivelmente, conforme propõe

Tabela 1. Acesso a informações relativas à saúde, determinantes pessoais, uso dos serviços de saúde/custos com a saúde; comportamentos relacionados à saúde, desfechos de saúde, entre idosos de Montes Claros/MG, 2008/2009. n = 492.

	n	%	% ^a	Erro-padrão	Deff
Acesso a informações relativas à saúde					
Acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal ^b					
Não	201	40,9	41,1		
Sim	291	59,1	58,9	5,5	6,891
Determinantes pessoais					
Faixa etária (em anos)					
69 a 74	209	42,5	41,5		
65 a 68	283	57,5	58,5	2,6	1,495
Raça autodeclarada ^b					
Pardo	232	47,3	45,4	3,7	2,949
Negro	70	14,3	16,1	2,2	1,903
Indígena	2	0,4	0,5	0,4	1,653
Amarelo	5	1,0	0,9	0,5	1,319
Branco	182	37,1	37,1	4,7	5,133
Sexo					
Masculino	231	47,0	47,8		
Feminino	261	53,0	52,2	2,7	1,645
Estado Civil					
Solteiro/Viúvo/Divorciado	170	34,6	30,8		
Casado/União estável	322	65,4	69,2	3,4	2,972
Escolaridade (anos de estudo)					
0 a 4 anos	285	57,9	59,1		
5 ou mais	207	42,1	40,9	5,2	3,958
Renda <i>per capita</i> em salários mínimos ^{b,c}					
Um salário ou menos	310	65,1	66,8		
Mais de um salário	166	34,9	33,2	4,0	3,842
Serviços de Saúde/custos com a saúde					
Serviço odontológico utilizado ^b					
Serviços supletivos/Serviços particulares	360	73,5	72,1		
Serviços prestados pelo SUS/Serviços filantrópicos	130	26,5	27,9	4,4	5,229
Domicílio cadastrado na ESF					
Não	242	49,2	43,6		
Sim	250	50,8	56,4	8,4	15,885
Tempo da última visita ao dentista (anos)					
Um ou mais	360	73,2	72,9		
Há menos de um	132	26,8	27,1	2,8	2,112
Motivo do uso do serviço odontológico ^b					
Atendimento para tratamento	296	60,4	62,9		
Atendimento por rotina	194	39,6	37,1	3,6	2,994
Comportamentos relacionados à saúde					
Hábito tabagista atual ou passado					
Sim	175	35,6	36,4		
Não	317	64,4	63,6	3,2	2,500
Hábito etilista atual ou passado ^b					
Sim	188	38,2	39,9		
Não	304	61,8	60,1	2,7	1,718
Autoexame da boca					
Não	391	79,5	77,6		
Sim	101	20,5	22,4	2,9	2,604

continua

Tabela 1. continuação

	n	%	% ^a	Erro-padrão	Deff
Desfechos de saúde					
Saúde geral relatada					
Presença de doenças crônicas ^b					
Sim	405	82,3	79,7		
Não	87	17,7	20,3	3,2	3,520
Uso de medicamentos					
Sim	344	69,9	68,7		
Não	148	30,1	31,3	2,8	1,942
Condições normativas de saúde bucal					
Alterações de mucosas ^b					
Sim	81	17,1	16,5		
Não	393	82,9	83,5	2,4	2,193
Uso de prótese dentária removível					
Não	94	19,1	17,7		
Sim	398	80,9	82,3	2,9	3,170
Condições subjetivas de saúde Autopercepção....					
... da necessidade de tratamento odontológico ^b					
Sim	278	56,7	59,7		
Não	212	43,3	40,3	3,9	3,489
... da dor em dentes e gengivas nos últimos 6 meses ^b					
Sim	125	25,6	25,2		
Não	364	74,4	74,8	2,8	2,229
... de incômodo na boca, cabeça ou pescoço					
Sim	98	19,9	19,2		
Não	394	80,1	80,8	2,6	2,360
OHIP ^b					
Impactou	92	18,7	17,8		
Não impactou	399	81,3	82,2	2,0	1,568

^a Valores estimados com a correção pelo efeito desenho. ^b Variação no n = 492 por perda de informações. ^c Baseada no salário mínimo em 2008, no valor de R\$ 415,00.

o modelo teórico de Sørensen et al.²⁰, o baixo conhecimento pode ter sido influenciado pelos níveis de conhecimentos prévios, pela competência e motivação das pessoas que tiveram acesso a informações relacionadas à saúde. Melhorias dependiam ainda da compreensão dessas informações, considerando as diversidades demográficas, culturais e educacionais que mediante avaliação dos participantes da investigação poderiam ou não gerar a aplicação desses conhecimentos sobre as doenças²⁰.

No contexto da promoção da saúde, ações educativas influenciam a percepção das pessoas sobre sua condição bucal, subsidiam o autodiagnóstico e o autocuidado em busca da prevenção e/ou em busca da cura das doenças bucais ainda em seus estágios iniciais³⁷. A maioria dos idosos brasileiros percebeu sua saúde bucal como satisfatória, mesmo apresentando problemas

bucalis³⁸. Talvez por causa dessa percepção positiva da saúde bucal, o idoso não ache necessário buscar informações sobre sua saúde bucal, comprometendo assim o acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal. Por outro lado, em estudos conduzidos nos Estados Unidos, alguns cirurgiões-dentistas justificaram o não fornecimento de orientações sobre prevenção de agravos bucais, incluindo o câncer, por falta de tempo³⁹, por não achar necessário ou por não serem remunerados para realizar tal procedimento⁴⁰. Além disso, a adesão de estratégias de educação permanente por parte dos profissionais está associada à adequação do espaço físico, à abordagem multidisciplinar e aos aspectos epidemiológicos da população⁴¹. Possivelmente, tais questões (tempo e remuneração), entre outras, como a formação profissional, sejam a explicação para o fato dos cirurgiões dentistas não garantirem aos

Tabela 2. Análise bivariada entre acesso a informações sobre como evitar o câncer de boca e determinantes pessoais, uso de serviços de saúde/custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde, desfechos de saúde entre idosos de Montes Claros/MG, 2008/2009. n = 492

Acesso	Não % ^a	Sim % ^a	OR ^a	IC 95% ^a	P	Erro Padrão	Deff
Determinantes pessoais							
Faixa etária (em anos)							
69-74	60,6	39,4	1,00				
65-68	57,8	42,2	1,12	0,70-1,79	0,607	0,23	1,69
Raça autodeclarada ^b							
Pardo/Negro/Indígena	51,2	48,8	1,00				
Branco/ Amarelo	71,7	28,3	0,41	0,23-0,71	0,002	0,27	2,11
Sexo							
Masculino	59,4	40,6	1,00				
Feminino	58,5	41,5	1,03	0,63-1,70	0,876	0,24	2,00
Estado Civil							
Solteiro/Viúvo/Divorciado	54,4	45,6	1,00				
Casado/União estável	61,0	39,0	0,76	0,54-1,07	0,118	0,16	0,80
Escolaridade (anos de estudo)							
0 a 4 anos	65,0	35,0	1,00				
5 anos ou mais	50,1	49,9	1,85	1,06-3,22	0,030	0,27	2,40
Renda <i>per capita</i> salários mínimos ^{b,c}							
Até um salário	63,8	36,2	1,00				
Mais de um salário	50,6	49,4	1,71	1,05-2,78	0,030	0,23	1,64
Uso dos Serviços de Saúde/custos com a saúde							
Serviço odontológico utilizado ^b							
Serviços supletivos/Serviços particulares	59,2	40,8	1,00				
Serviços prestados pelo SUS/Serviços filantrópicos	58,3	41,7	1,03	0,54-1,98	0,905	0,32	2,75
Domicílio cadastrado na ESF							
Não	72,7	27,3	1,00				
Sim	48,3	51,7	2,85	1,25-6,49	0,014	0,40	4,86
Tempo da última visita ao dentista (anos)							
Um ou mais	57,6	42,4	1,00				
Há menos de um	62,6	37,4	0,81	0,45-1,45	0,471	0,29	2,16
Motivo do uso do serviço odontológico ^b							
Atendimento para tratamento	57,6	42,4	1,00				
Atendimento por rotina	60,7	39,3	0,88	0,56-1,38	0,570	0,22	1,53
Comportamentos relacionados à saúde							
Hábito tabagista atual ou passado							
Sim	69,7	30,3	1,00				
Não	52,8	47,2	2,05	1,30-3,23	0,003	0,22	1,43
Hábito etilista atual ou passado ^b							
Sim	60,3	39,7	1,00				
Não	58,1	41,9	1,09	0,63-1,89	0,738	0,27	2,33
Autoexame da boca							
Não	68,3	31,7	1,00				
Sim	26,4	73,6	5,99	3,14-11,44	0,000	0,32	1,94

continua

seus pacientes o acesso a informações preventivas sobre o câncer bucal.

Em um estudo conduzido em uma localidade rural da região sul do Brasil, mais da metade dos participantes (65%) relataram ter recebido informações sobre como evitar problemas bu-

cais. Entretanto, apesar da grande maioria (83%) estar satisfeita com o recebimento, observou-se que 42,6% acharam que o cirurgião-dentista poderia ter fornecido mais informações. Tal estudo revelou que essa medida educativa nem sempre vem acompanhada da satisfação com sua quali-

Tabela 2. continuação

Acesso	Não % ^a	Sim % ^a	OR ^a	IC 95% ^a	P	Erro Padrão	Deff
Desfechos de saúde							
Saúde geral relatada							
Presença de doenças crônicas ^b	61,1	38,9	1,00				
Sim	50,5	49,5	1,53	0,79-2,99	0,199	0,32	2,38
Não							
Uso de medicamentos	58,7	41,30	1,00				
Sim	59,4	40,6	0,97	0,53-1,75	0,919	0,29	2,45
Não							
Condições normativas de saúde bucal							
Alterações de mucosas ^b	72,0	28,0	1,00				
Sim	55,7	44,3	2,04	1,00-4,14	0,048	0,35	1,86
Não							
Uso de prótese dentária removível	69,7	30,3	1,00				
Não	56,6	43,4	0,56	0,24-1,34	0,190	0,42	3,13
Sim							
Condições subjetivas de saúde Autopercepção....							
... da necessidade de tratamento ^b							
Não	63,3	36,7	1,00				
Sim	55,5	44,5	1,37	0,77-2,43	0,264	0,28	2,50
... de dor em dentes e gengivas ^b							
Sim	58,4	41,6	1,00				
Não	59,1	40,9	0,97	0,59-1,58	0,906	0,24	1,44
... de incômodo na boca, cabeça ou pescoço							
Sim	75,2	24,8	1,00				
Não	55,1	44,9	2,47	1,40-4,38	0,003	0,28	1,33
OHIP ^b							
Impactou	71,9	28,1	1,00				
Não impactou	56,3	43,7	1,98	1,00-3,91	0,047	0,33	1,89

^a Valores estimados com a correção pelo efeito desenho. ^b Variação no n = 492 por perda de informações. ^c Baseada no salário mínimo em 2008, no valor de R\$ 415,00.

dade⁴². Os profissionais de saúde ao repassarem informações sobre saúde precisam conhecer previamente os níveis de “alfabetização em saúde” dos pacientes e familiares com o intuito de aperfeiçoar as ações educativas. Questões referentes à alfabetização em saúde/*empowerment*^{20,36,43} não avaliadas entre os idosos investigados, possivelmente são responsáveis pela explicação da ausência das associações entre o acesso a informações sobre como evitar o câncer bucal e algumas variáveis consideradas no modelo teórico adotado²⁰. Provavelmente, os profissionais que realizaram o atendimento desses idosos não consideraram todas as variáveis propostas no modelo teórico adotado, que preconiza ações de educação em saúde contextualizadas no âmbito da promoção da saúde²⁰. Entre os idosos de Montes Claros, a prevalência da oferta de medidas educativas relacionadas à prevenção do câncer bucal, por par-

te dos dentistas, não foi investigada. Talvez uma maior proporção de idosos tenham tido acesso, mas como não geraram conhecimento, eles não se lembram de tê-las recebido. Por outro lado, os que foram orientados e obtiveram conhecimentos podem ou não tê-los colocado em prática, conforme avaliação e ou consideração dos seus níveis de *empowerment*²⁰.

A maior chance de acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos que residiam em domicílios cadastrados na ESF, possivelmente é decorrente da maior ênfase dada às ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos no contexto da ESF⁴⁴. A formação dos profissionais que trabalham nesse serviço também pode ter contribuído nesse sentido. Este achado é digno de nota e sugere avanço no desempenho dos serviços públicos de saúde bucal, fato que merece ser reconhecido. Ainda assim,

Tabela 3. Análise multivariada entre acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal ajustada por variáveis estaticamente significantes ($p \leq 0,05$), entre idosos de Montes Claros/MG, 2008/2009.

	OR	IC 95%	p
Determinantes pessoais			
Renda <i>per capita</i> salários mínimos ^a			
Até um salário	1,00		
Mais de um salário	2,016	1,182-3,437	0,011
Serviços de Saúde/custos com a saúde			
Domicílio cadastrado na ESF			
Não	1,00		
Sim	3,137	1,353 -7,277	0,009
Comportamentos relacionados à saúde			
Hábito tabagista atual ou passado			
Sim	1,00		
Não	2,005	1,161-3,461	0,014
Autoexame da boca			
Não	1,00		
Sim	6,350	3,462 -11,646	0,000
Desfechos de saúde			
Saúde geral relatada			
Autopercepção de incômodo na boca, cabeça ou pescoço			
Sim	1,00		
Não	2,063	1,021 - 4,170	0,044

^a Baseada no salário mínimo em 2008, no valor de R\$ 415,00.

48,3% dos idosos que residiam em domicílios cadastrados na ESF relataram que não tiveram acesso a tais informações, o que merece atenção. Embora tenham sido registrados avanços nas políticas públicas implantadas nos últimos anos, tais como a inclusão da equipe de saúde bucal na ESF, ainda são necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir desigualdades sociais no acesso e no processo do cuidado, assim como na avaliação dos resultados na área de saúde bucal⁴⁵, uma vez que o cirurgião-dentista desempenha papel fundamental na difusão das medidas de prevenção³². Os serviços de saúde, especialmente os públicos, precisam contribuir para o alcance dos almejados princípios da equidade e universalidade, conferindo ao ambiente clínico maiores oportunidades de aprendizado e procurando assegurar a todos o acesso aos recursos necessários para que cuidados odontológicos sejam um direito humano⁴⁶. Destaca-se ainda que diferentes condições devem ser consideradas nas ações que visam a melhoria dos níveis de alfabetização, dentre elas destaca-se a renda *per capita* das pessoas.

A chance do acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal foi maior entre idosos com maior renda *per capita*, tal associa-

ção indica iniquidade no acesso a estas informações. Entre pacientes de um hospital-escola brasileiro, identificou-se que o câncer bucal foi associado a piores condições sociais, como baixa renda e baixa escolaridade¹¹. Em um estudo do tipo caso controle conduzido em Kerala, na Índia, constatou-se uma menor chance de ocorrência das lesões bucais cancerizáveis entre aqueles com melhores condições socioeconômicas⁴⁷. Os resultados apresentados nesse estudo⁴⁷ são possivelmente explicados pelo maior acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal, assim como por maior possibilidade de colocar em prática tais informações entre aqueles com maior renda *per capita*. Por outro lado, estudos prévios evidenciaram maior preocupação dos cirurgiões-dentistas em garantir o acesso a informações de saúde para os desfavorecidos quanto aos aspectos socioeconômicos, por acharem que essas pessoas são mais desinformadas^{11,47}. Sugere-se que, em Montes Claros, boa parte dos cirurgiões-dentistas não considera piores condições socioeconômicas como pré-requisito para oferta de informações relacionadas à saúde. No contexto da promoção da saúde, estratégias de educação em saúde que considerem as condições socioeconômicas das pessoas são importantes na programação sobre

como a população será orientada quanto a prevenção do câncer bucal¹⁰, pois os desfavorecidos podem apresentar dificuldade de compreensão, avaliação e aplicação das mensagens repassadas²⁰. Enfim, esperava-se maior prevalência de acesso a informações preventivas sobre o câncer bucal entre os idosos de Montes Claros, uma vez que a maioria apresentou condições socioeconômicas desfavoráveis, características que influenciam o desenvolvimento do câncer bucal^{11,47}.

Dentre as informações a serem repassadas nas ações que visam melhorar os níveis de alfabetização em saúde, destacam-se as referentes ao tabagismo. O tabaco é um importante fator de risco relacionado à ocorrência do câncer bucal^{7,39}, porém a avaliação da associação entre o acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal e esse fator de risco em estudos transversais é complexa. Se por um lado, espera-se que o dentista seja motivado a repassar essas informações, especialmente entre os que têm comportamento de risco (maior acesso à informação entre tabagistas), por outro espera-se que a pessoa que tem acesso a informações sobre o comportamento de risco para a sua saúde mude de comportamento adotando hábitos mais saudáveis (o acesso leva ao abandono do hábito, maior acesso a informação entre não tabagistas).

Entre os idosos de Montes Claros, constatou-se que o acesso a informações sobre a prevenção do câncer bucal foi maior entre aqueles que não eram tabagistas, ressalta-se, entretanto, que entre os considerados tabagistas havia ex-tabagistas, não podendo ser descartada a possibilidade de que esses indivíduos possam ter abandonado tal hábito como consequência do maior acesso a informações preventivas. Há que se considerar ainda que o tabagista atual possa relatar falta de acesso a informações preventivas por mecanismo de defesa, já que mudanças de hábitos são difíceis e que o conhecimento, por si só, pode ser incapaz de mudar hábitos comportamentais. Tabagistas e etilistas usuários de próteses odontológicas removíveis mal adaptadas podem apresentar ferimentos na mucosa bucal e ou lesões cancerizáveis. Esta observação está de acordo com a hipótese de que a irritação física recorrente da mucosa contribui para o efeito tóxico carcinogênico do tabaco na boca, o que deve ser levado em consideração no planejamento de ações de promoção de saúde/educação em saúde, de ações preventivas e curativas nos serviços odontológicos¹¹. Os tabagistas podem preocupar-se menos com a própria saúde por não abandonarem este hábito nocivo e, portanto, sugere-se que podem preo-

cupar-se menos com o diagnóstico precoce do câncer bucal. Por outro lado, os tabagistas com altos níveis de alfabetização em saúde que não conseguem abandonar este hábito nocivo, podem preocupar-se mais com o diagnóstico precoce de doenças decorrentes do tabagismo. Um estudo evidenciou que a demora no diagnóstico precoce desse tipo de câncer foi maior entre os não tabagistas⁴⁸, observando-se, portanto, a associação entre o tabagismo e o diagnóstico precoce do câncer bucal, que pode ser precedido pelo autoexame bucal.

Apesar de não ter sido encontrado estudo que comprove a associação entre autoexame bucal e redução das taxas de mortalidade e letalidade por câncer bucal, em um ensaio randomizado constatou-se que o rastreamento feito por profissionais treinados para identificação de lesões suspeitas de câncer bucal e a confirmação através de exames histopatológicos permitem o diagnóstico precoce do câncer bucal; e que quando este diagnóstico precoce é sucedido por tratamento imediato observa-se uma diminuição dessas taxas¹⁴.

O diagnóstico precoce do câncer bucal pode ocorrer mediante consultas odontológicas por livre demanda, rastreamentos ou consultas odontológicas consequentes da identificação de lesões suspeitas de câncer bucal após autoexame da boca. Existem localidades nas quais os rastreamentos não são conduzidos, assim como existem outras onde tal procedimento é feito periodicamente em diferentes espaços de tempo. Se as pessoas forem orientadas e fizerem o autoexame bucal, inclusive nos intervalos existentes entre as consultas e ou rastreamentos, poderão maximizar a possibilidade de diagnóstico precoce e tratamento desse câncer. Enfim, nos locais onde o rastreamento não é uma política perene, onde esta política não foi implantada e/ou onde o rastreamento configura-se como uma política perene sugere-se que a prática do autoexame bucal pode minimizar a morbimortalidade por câncer bucal. Essa situação é revestida de importância, pois o acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal associado ao autoexame bucal, seguido por exame bucal feito por um profissional, aumenta a chance do diagnóstico precoce do câncer bucal. A chance do acesso a informações sobre como evitar o câncer bucal entre os que realizaram autoexame bucal foi seis vezes àquela verificada entre os que não realizaram esse autoexame, mesmo após controle por outras variáveis. Dentre os idosos que realizam autoexame bucal, mais de 70% afirmaram ter tido acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal.

Sugere-se que as orientações recebidas foram eficazes, pois podem ter gerado mudanças quanto a esse hábito comportamental, já que este comportamento pode ter sido adotado após o acesso. Deve-se considerar ainda a possibilidade de retroalimentação nesta associação, uma vez que a identificação de alterações na cavidade bucal durante o autoexame pode levar as pessoas a buscarem informações relacionadas à saúde bucal.

Pesquisas realizadas na Alemanha⁴⁹ e nos Estados Unidos⁵⁰ mostraram que a maioria dos dentistas concorda com a importância do exame preventivo para câncer bucal, mas menos da metade trocam informações sobre essa questão com seus pacientes. Em Montes Claros, principalmente entre os dentistas que não trabalham na ESF, há necessidade de melhorias quanto à atualização profissional, no que diz respeito à importância da alfabetização em saúde. Há ainda, necessidade de incremento nas ações de promoção de saúde/educação em saúde, prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. A assistência pública odontológica, principalmente aquela destinada a idosos, precisa ser reavaliada. Propõe-se a elaboração de políticas de saúde que incluam ações de promoção de saúde/educativas voltadas para o autodiagnóstico e autocuidado, além de ações preventivas, de manutenção da saúde e reabilitadoras³⁷. Além disso, sabe-se que a insatisfação com o serviço odontológico utilizado pode estar associado aos problemas no acesso a informações preventivas sobre como evitar problemas bucais⁵¹. De forma contraditória àquela possivelmente registrada nos idosos de Montes Claros, entre pessoas com mais de 40 anos da Itália, em um estudo prospectivo com intervenção, verificou-se mais conhecimento no grupo instruído sobre prevenção do câncer bucal do que no grupo controle, mas esse conhecimento não levou ao aumento significativo do autoexame no grupo instruído⁵². Sugere-se que as abordagens feitas na Itália possam não ter considerado questões propostas no modelo teórico da alfabetização em saúde^{20,30}, ou mesmo que para estas pessoas outras questões são mais importantes do que a mudança de hábitos com o intuito de prevenir doenças. Pesquisas transversais no Brasil também mostram que, apesar de ter conhecimento sobre o câncer bucal e sobre seus fatores de risco, muitas pessoas continuam com hábitos nocivos à saúde e não realizam o autoexame^{35,53}. Sendo assim, é necessário que estratégias diversas sejam utilizadas e avaliadas, considerando questões propostas no modelo teórico da alfabetização em saúde²⁰, dentre elas o *empowerment* das pessoas assistidas³⁰, buscando

a aquisição de conhecimentos e práticas que visem controlar os problemas de saúde.

A chance de acesso a informações preventivas sobre o câncer bucal foi maior entre os que não relataram incômodo na boca, cabeça ou pescoço. Há possibilidade de retroalimentação nessa associação, ou seja, o incômodo poderia levar a pessoa a buscar pela informação, assim como a informação poderia aumentar os níveis de alfabetização em saúde das pessoas que poderiam identificar uma lesão não sintomática como um incômodo. Investigações longitudinais poderiam elucidar melhor essa associação, pois a presença de incômodos deveria gerar uma maior preocupação por parte dos profissionais da saúde em oferecer informações preventivas. Já foi evidenciada associação entre presença de úlceras bucais recorrentes por dentaduras mal ajustadas e câncer bucal^{11,54}, sendo assim sugere-se a importância do acesso a informações relacionadas a incômodos na boca e o câncer bucal.

É provável que condições desfavoráveis se somem num contexto de menor acesso a informações relacionadas à saúde, já que o acesso a essas informações foi menor entre os com menor renda, os que apresentaram piores comportamentos relacionados à saúde e entre aqueles que relataram presença de incômodos. Estudo prévio verificou que indivíduos com menor *status* socioeconômico foram menos propensos a utilizar serviços odontológicos e, quando o utilizaram, apresentaram menor possibilidade de receber tratamentos mais conservadores, receberam menos informações e relataram menor conhecimento de certos tratamentos que poderiam prevenir a perda de dentes⁵⁵. Esses resultados sugerem um paradoxo quanto à iniquidade na assistência à saúde bucal do idoso. Por um lado sugere-se iniquidade, uma vez que foi observado menor acesso entre aqueles com menor renda, por outro, se observou maior acesso entre os residentes em domicílios cadastrados na ESF, que possivelmente são os que apresentam menor renda, uma vez que a proposta da ESF deve ser prioritária entre os que mais necessitam de assistência à saúde.

Aumentar os níveis de alfabetização em saúde representa um caminho promissor para melhorar a capacitação das pessoas dentro dos domínios dos serviços de saúde, da prevenção das doenças e da promoção da saúde com o intuito de incentivar as pessoas a adotar de forma rotineira práticas preventivas saudáveis de autocuidado. Porém a adoção das teorias propostas no modelo de Sørensen et al.²⁰, na prática, apresenta desafios, ainda pouco explorados. No contexto da

alfabetização em saúde, as qualidades cognitivas específicas a serem atingidas dependem tanto da qualidade da informação fornecida²⁰ quanto da motivação individual e consciente de cada indivíduo³⁰.

Algumas variáveis consideradas no modelo teórico proposto por Sørensen et al.²⁰ não foram avaliadas entre os idosos de Montes Claros. Por outro lado, este trabalho seguiu o rigor metodológico exigido em uma pesquisa transversal: planejamento amostral, calibração e análises estatísticas com correção pelo efeito desenho.

Conclusões

A maioria dos idosos teve acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal, a prevalência foi maior entre os residentes em domicílios cadastrados na ESF. Há necessidade de incre-

mento na oferta dessas informações preventivas por parte dos profissionais dos serviços odontológicos, especialmente entre os que não residem em domicílios cadastrados, os desfavorecidos socialmente, os tabagistas, os que não realizam autoexame bucal e os que relataram a presença de incômodo na boca, cabeça ou pescoço. Sugere-se que houve implementação prática dos conhecimentos adquiridos, no contexto do modelo teórico de alfabetização em saúde adotado, quanto ao tabagismo, quanto à importância do autoexame bucal e quanto a existência de possível associação do câncer bucal com a presença de incômodos na boca. Há que se considerar ainda que as associações entre o acesso a informações sobre como evitar o câncer bucal e o tabagismo, a realização do autoexame bucal e os relatos da presença de incômodo na boca devem ser avaliadas considerando-se a possibilidade de retroalimentação.

Colaboradores

AMEBL Martins, IA Pordeus, EF Ferreira e SM Barreto participaram da concepção e delineamento, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. DS Haikal, PE Santos-Neto, MAB Sá e JGS Souza e participaram da coleta, análise e interpretação dos dados, assim como da redação do manuscrito.

Agradecimentos

O projeto foi financiado pela FAPEMIG e Prefeitura Municipal de Montes Claros, recebeu apoio logístico da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, da Faculdade de Odontologia da UFMG e das Faculdades Unidas do Norte de Minas FUNORTE. AMEBL Martins é bolsista de pós-doutorado do CNPQ; IA Pordeus, EF Ferreira e SM Barreto são bolsistas de produtividade do CNPQ. Os autores gostariam de agradecer as contribuições do Dr. Kimberly Marie Jones (SOEBRAS) pela tradução da versão original em português deste manuscrito.

Referências

- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 2011; 377(9781):2042-2053.
- Pisani P, Parkin DM, Bray F, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999; 83(1):18-29.
- Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NC, Lemos Júnior CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad Saude Publica* 2012; 28(Supl.):S30-S39.
- Andrade FP, Antunes JLF, Durazzo MD. Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil. *Braz Oral Res* 2006; 20(4):290-296.
- Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Estimativa de incidência de câncer no Brasil para 2014*. Rio de Janeiro: INCA; 2014. [acessado 2014 set 3]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>
- Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology* 2009; 45(4-5):309-316.
- Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S, Bernstein L, Schoenberg JB, Stemhagen A, Fraumeni Junior JF. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Research* 1988; 48(11):3282-3287.
- Franceschi S, Talamini R, Barra S, Barón AE, Negri E, Bidoli E, Serraino D, La Vecchia C. Smoking and Drinking in Relation to Cancers of the Oral Cavity, Pharynx, Larynx, and Esophagus in Northern Italy. *Cancer Res* 1990; 50(20):6502-6507.
- Jayalekshmi PA, Gangadharan P, Akiba S, Koriyama C, Nair R R K. Oral cavity cancer risk in relation to tobacco chewing and bidi smoking among men in Karunagappally, Kerala, India: Karunagappally cohort study. *Cancer Sci* 2011; 102(2):460-467.
- Shanmugham JR, Zavras Athanasios I, Rosner B, Edward G. Alcohol-folate interactions in women's oral cancer risk: A prospective cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19(10):2516-2524.
- Vaccarezza GF, Antunes JL, Michaluart-Júnior P. Recurrent sores by ill-fitting dentures and intra-oral squamous cell carcinoma in smokers. *J Public Health Dent* 2010; 70(1):52-57.
- Syrjänen K, Syrjänen S, Lamberg M, Pyrhönen S, Nuutinen J. Morphological and immunohistochemical evidence suggesting human papillomavirus (HPV) involvement in oral squamous cell carcinogenesis. *Int J Oral Surg* 1983; 12(6):418-424.
- Ko YC, Huang YL, Lee CH, Chen MJ, LM Lin, Tsai CC. Betel quid chewing, cigarette smoking and alcohol consumption related to oral cancer in Taiwan. *J Oral Med Pathol* 1995; 24(10):450-453.
- Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B, Rajan B. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomized controlled trial. *Lancet* 2005; 365(9475):1927-1933.
- Petersen PE. Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization. *Oral Oncology* 2009; 45(4-5):454-460.
- Antunes JLF, Toporcov TN, Wunsch-Filho V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(1):30-36.
- Pinto RM, Wall M, Yu G, Penido C, Schmidt C. Primary care and public health services integration in Brazil's unified health system. *Am J Public Health* 2012; 102(11):69-76.
- Alencar MN, Coimbra LC, Moraes APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):353-364.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS; 1997.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12:80.
- World Health Organization (WHO). *Oral health surveys: basic methods*. 4th Ed. Geneva: WHO; 1997.
- Martins AMEBL, Santos-Neto PE, Batista LHS, Nascimento JE, Gusmão AF, Eleutério NB, Guimarães ALS, Paula AMB, Haikal DS, Silveira ME, Pordeus IA. Plano amostral e ponderação pelo efeito de desenho de um levantamento epidemiológico de saúde bucal. *RUC* 2012; 14(1):15-29.
- Martins AMEBL, Haikal DS, Santos-Neto PE, Alves SFF, Eleutério NB, Oliveira, PHA, Gomes GP, Guimarães BL, Ferreira RC, Silveira MF, Pordeus IA. Calibração de examinadores do Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros, MG - Projeto SBMOC. *RUC* 2012; 14(1):43-56.
- Cicchetti DV, Volkmar F, Sparrow SS, Cohen D, Fermanian J, Rourke BP. Assessing the reliability of clinical scales when the data have both nominal and ordinal features: proposed guidelines for neuropsychological assessments. *J Clin Exp Neuropsychol* 1992; 14(5):673-686.
- Martins AMEBL, Rodrigues CAQ, Haikal DAS, Silveira MF, Mendes DC, Oliveira MP, Andrade AF, Freitas CV, Pordeus IA. Desenvolvimento de um programa de computador para levantamentos epidemiológicos sobre condições de saúde bucal. *RUC* 2012; 14(1):30-42.
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994; 52(1):1-7.
- Kochhann R, Varela JS, Lisboa CSM, Chaves MLF. The Mini Mental State Examination: review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. *Dement Neuropsychol* 2010; 4(1):35-41.
- De Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral Health Impact Profile-Short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4):307-314.

29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
30. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Educ Q* 1988; 15(4):379-394.
31. Quirino MRS, Gomes FC, Marcondes MS, Balducci I, Anbinder AL. Avaliação do conhecimento sobre o câncer de boca entre participantes de campanha para prevenção e diagnóstico precoce da doença em Taubaté – SP. *Rev Odontol UNESP* 2006; 35(4):327-333.
32. Ribeiro R, Martins MAT, Fernandes KPS, Bussadori SK, Miyagi SPH, Martins MD. Avaliação do nível de conhecimento de uma população envolvendo câncer oral. *ROBRAC* 2008; 17(44):104-109.
33. Peker I, Alkurt MT. Nível de conscientização do público sobre câncer bucal em um grupo de pacientes odontológicos. *J Contemp Pract Dent* 2010; 11(1):49-56.
34. Elango KJ, Anandkrishnan N, Suresh A, Iyer SK, Ramalayer SK, Kuriakose MA. Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. *Oral Oncology* 2011; 47(7):620-624.
35. Souza LRB, Ferraz KD, Pereira NS, Martins MV. Conhecimento acerca do câncer bucal e atitudes frente à sua etiologia e prevenção em um grupo de horticultores de Teresina (PI). *Rev Bras Cancerol* 2012; 58(1):31-39.
36. Ratzan SC, Parker RM. Introduction. In: Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker RM, editors. *National Library of Medicine current bibliographies in medicine: health literacy*. Bethesda: NLM; 2000.
37. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saude Publica* 2001; 35(4):349-355.
38. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saude Publica* 2009; 25(2):421-435.
39. Horowitz AM, Siriphant P, Sheikh A, Child, WL. Perspectives of Maryland dentists on oral cancer. *JADA* 2001; 132(1):65-72.
40. Gajendra S, Cross GD, Kumar JV. Oral cancer prevention and early detection: knowledge, practices and opinions of carers oral health in New York State. *J Cancer Educ* 2006; 21(3):157-162.
41. d'Ávila LS, Assis LN, Melo MB, Brant LC. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):1-16.
42. Mialhe FL, Oliveira CSR, Silva DD. Acesso e avaliação dos serviços de saúde bucal em uma localidade rural da região sul do Brasil. *Arq Cien Saude Unipar* 2006; 10(3):145-149.
43. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007; 335(7609):24-27.
44. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
45. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2871-2880.
46. Narvai PC. Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality. *Rev Saude Publica* 2006; 40(Spec nº):141-147.
47. Hashibe M, Jacob BJ, Thomas G, Ramadas K, Mathew B, Sankaranarayanan R, Zhang ZF. Socioeconomic status, lifestyle factors and oral premalignant lesions. *Oral Oncology* 2003; 39(7):664-671.
48. Pitiphat W, Diehl SR, Laskaris G, Cartos V, Douglass CW, Zavras AI. Factors Associated with Delay in the Diagnosis of Oral Cancer. *J Dent Res* 2002; 81(3):192-197.
49. Klosa K, Wiltfang J, Wenz HJ, Koller M, Hertrampf K. Opinions and practices of dentists in oral cancer prevention and early detection in Northern Germany. *Eur J Cancer Prev* 2011; 20(4):313-319.
50. Choi Y, Dodd V, Watson J, Tomar SL, Logan HL, Edwards H. Perspectives of African Americans and dentists concerning dentist-patient communication on oral cancer screening. *Patient Educ Couns* 2008; 71(1):41-51.
51. Martins AMEBL, Jardim LA, Souza JGS, Rodrigues CAQ, Ferreira RC, Pordeus IA. Is the negative evaluation of dental services among the Brazilian elderly population associated with the type of service? *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(1):71-90.
52. Petti S, Scully C. Oral cancer knowledge and awareness: Primary and secondary effects of an information leaflet. *Oral Oncology* 2007; 43(4):408-415.
53. Dias GF, Fernandes DR, Mestriner SF, Júnior WM. Autocuidados na prevenção do câncer bucal. *Rev Científica da Universidade de Franca* 2005; 5(1/6):14-20.
54. Marques LA, Eluf-Neto J, Figueiredo RA, Góis-Filho JF, Kowalski LP, Carvalho MB, Abrahão M, Wunsch-Filho V. Oral health, hygiene practices and oral cancer. *Rev Saude Publica* 2008; 42(3):471-479.
55. Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. Social Determinants of Tooth Loss. *Health Serv Res* 2003; 38(6 Pt 2):1843-1862.

Artigo apresentado em 08/03/2014

Aprovado em 13/11/2014

Versão final apresentada em 15/11/2014