

Prevalência de autoexame bucal é maior entre idosos assistidos no Sistema Único de Saúde: inquérito domiciliar

Prevalence of oral cancer self-examination among elderly people treated under Brazil's Unified Health System: household health survey

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins¹
João Gabriel Silva Souza²
Desireé Sant'Ana Haikal¹
Alfredo Mauricio Batista de Paula¹
Efigênia Ferreira e Ferreira³
Isabela Almeida Pordeus⁴

Abstract *The aim of this study was to examine the prevalence of oral cancer self-examination among the elderly and confirm whether prevalence was higher among users of the dental services provided by Brazil's Unified Health System (SUS, acronym in Portuguese). A transversal study of elderly people aged between 65 and 74 years living in a large-sized Brazilian municipality was conducted using simple random sampling. Logistic regression was conducted and results were corrected for sample design and unequal weighting using the SPSS® software. The study assessed 740 individuals. A total of 492 met the inclusion criteria, of which 101 (22.4%) reported having performed an oral cancer self-examination. Prevalence was higher among users of the dental services provided by the SUS, higher-income individuals, people with higher levels of education, individuals that used a removable dental prosthesis, and people who had not experienced discomfort attributed to oral condition, and lower among people who sought regular and periodic dental treatment and individuals who did not have a drinking habit. This type of self-care should be encouraged by public health policies which respond to the needs of the elderly, with emphasis on users of private and philanthropic services, and other services outside the public health network.*

Key words *Oral neoplasia, Elderly, Unified Health System, Self-examination, Health literacy*

Resumo *Este estudo objetivou identificar a prevalência do autoexame bucal entre idosos e constatar se essa prevalência foi maior entre usuários de serviços odontológicos prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Estudo transversal conduzido a partir de amostragem probabilística complexa por conglomerados, entre idosos (65-74 anos) de um município brasileiro de grande porte populacional. Foi realizada regressão logística binária, as estimativas foram corrigidas pelo efeito de desenho e por ponderações, utilizando-se o SPSS®. Dentre os 740 avaliados, atenderam aos critérios de inclusão 492 idosos e, destes, 101 (22,4%) relataram a prática do autoexame bucal. Esta prática foi maior entre idosos usuários dos serviços odontológicos prestados no SUS, entre aqueles com maior renda per capita, os com maior escolaridade, aqueles que utilizavam prótese dentária removível e entre os que não tiveram impactos decorrentes das desordens bucais; foi menor entre os que usaram serviços odontológicos por rotina e os que não possuíam hábito etilista. A prevalência do autoexame bucal entre idosos foi baixa e maior entre aqueles usuários do SUS. O estímulo à adesão a este autocuidado deve ser considerado nas políticas de saúde do idoso vigentes, especialmente entre usuários de serviços particulares, supletivos e filantrópicos.*

Palavras-chave *Neoplasias bucais, Idoso, Sistema Único de Saúde, Autoexame, Alfabetização em saúde*

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 Ciências Fisiológicas, Universidade Estadual de Campinas.

³ Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Universidade Federal de Minas Gerais.

⁴ Departamento de Odontopediatria, Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

O Brasil tem amplas desigualdades sociais e, na história do seu desenvolvimento, constatou-se, em 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), política de assistência à saúde governamental que tem como princípios a equidade, a universalidade e a integralidade. Nas últimas décadas, após a criação do SUS, uma parcela considerável da população brasileira passou a ter acesso à assistência à saúde, constataram-se investimentos em recursos humanos, em ciência e tecnologia e na Atenção Primária à Saúde (APS) / Estratégia de saúde da família (ESF). Verificou-se ainda um processo de descentralização, de participação social e de busca por conscientização da população sobre o direito à assistência à saúde. Porém, alguns desafios a serem superados pelo SUS podem ser elencados, dentre eles a garantia de uma cobertura universal, equitativa e sustentável, assim como a transição para um modelo de atenção à saúde capaz de atender às mudanças demográficas e epidemiológicas do país, centrado na promoção intersectorial da saúde e na integração dos serviços de saúde. Esses desafios são políticos, pois não podem ser resolvidos na esfera técnica, e só poderão ser solucionados com os esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade. Para superá-los é necessária uma maior mobilização política para reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores públicos e privados no país e garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica¹. Como o SUS vem se consolidando no Brasil como uma política de Estado de grande relevância social, é necessário reconhecer e compreender o caminho percorrido e a percorrer, a fim de identificar seus sucessos e aprender com seus insucessos, tendo em vista o enfrentamento dos desafios elencados para a consolidação de seus princípios². Nesse sentido, constataram-se melhorias nas políticas públicas de saúde, especialmente entre o idoso que é considerado grupo prioritário³. Em 2004, a Saúde Bucal foi incorporada ao SUS através da Política Nacional de Saúde Bucal, política esta que traz em seu texto a atenção à saúde bucal dos idosos⁴, estrato populacional que vem aumentando⁵.

O aumento da população idosa no mundo decorre de transformações socioeconômicas e de mudanças de hábitos⁵. Esse aumento propiciou um incremento ao aglomerado populacional, estando às pessoas mais expostas a fatores de risco, favorecendo o desenvolvimento do câncer dentre outras doenças crônico-degenerativas. No Brasil,

o câncer, que é considerado um problema de saúde pública, em todo o mundo representa uma das principais causas de mortes definidas⁶. Em 2012, em todo o mundo, houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer. Se medidas preventivas não forem aplicadas, a carga do câncer continuará aumentando nos países desenvolvidos e crescerá ainda mais em países em desenvolvimento. Estimou-se, para o Brasil, que no ano de 2014, 11.280 casos novos deste câncer iriam ocorrer em homens, risco estimado de 11,54 casos novos a cada 100 mil homens; e 4.010 em mulheres, risco estimado de 3,92 a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele, não melanoma, câncer bucal em homens é o quinto mais frequente, já entre mulheres é o décimo primeiro mais frequente⁷. No Brasil, a distribuição de novos casos deste câncer é heterogênea, havendo maior concentração nas regiões sudeste e sul⁸. O tabaco e o álcool, principalmente quando combinados, são os principais fatores de risco para o câncer, dentre outros fatores^{9,10}. Determinantes sociais, como precária condição socioeconômica e educacional, também representam fatores de risco para o aparecimento de novos casos¹¹.

O diagnóstico precoce do câncer bucal pode ser consequente de três distintas situações: 1) Consultas odontológicas por diversos motivos nas quais o profissional identifica lesões suspeitas; 2) Rastreamentos seguidos por consultas odontológicas consequentes da identificação de lesões suspeitas de câncer bucal; 3) Consultas odontológicas consequentes de autoexame bucal em que o paciente identificou algo de anormal. Nas três situações após o exame bucal conduzido por um profissional há necessidade de confirmação da suspeita através de exames histopatológicos. Existem localidades nas quais os rastreamentos não são conduzidos, assim como existem localidades 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 odontológicas por diversos motivos e/ou rastreamentos, poderá ocorrer maximização da possibilidade de diagnóstico precoce e tratamento desse câncer nas localidades onde o rastreamento não é uma política perene, nas localidades onde esta política não foi implantada, assim como, nas localidades nas quais esta política é perene.

Em um ensaio randomizado, conduzido em Kerala, na Índia, durante nove anos (1996 a 2004), 167.741 participantes do grupo inter-

venção foram submetidos a ações educativas, a rastreamentos feitos por profissionais treinados para identificação de lesões cancerizáveis, seguidas por diagnóstico precoce e tratamento imediato do câncer bucal. Já os participantes do grupo controle receberam as ações rotineiras dos serviços de saúde. As taxas de mortalidade por câncer bucal entre homens tabagistas e etilistas e as de letalidade entre os que tinham câncer bucal foram menores no grupo intervenção do que no grupo controle¹². O acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal associado ao autoexame bucal seguido por exame bucal feito por um profissional facilita o diagnóstico precoce do câncer bucal. Sendo assim a educação em saúde é revestida de importância na promoção da saúde e prevenção do câncer bucal, nesse contexto políticas de promoção de saúde e prevenção do câncer bucal foram implantadas em algumas localidades do Brasil^{13,14}.

O autoexame bucal é um método não invasivo, de baixo custo e confiável para detecção precoce de lesões bucais suspeitas, sendo recomendado em nível populacional¹⁵, além de ser eficaz para melhorar a conscientização a respeito do câncer bucal¹⁶. Ressalta-se a possibilidade do autoexame bucal ser parte integrante das políticas públicas de saúde que visem à prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal¹⁵. Portanto, a identificação dos fatores que podem influenciar ou serem influenciados pela prática do autoexame pode elucidar e ampliar essa prática, especialmente entre idosos. No âmbito do SUS, a ESF é um espaço privilegiado para ações de promoção da saúde, dentre elas, as ações de controle dos fatores de risco, de diagnóstico precoce do câncer bucal e as ações de assistência à saúde¹⁴. O serviço odontológico prestado na ESF inclui a atuação na comunidade, pautada em ações de promoção da saúde, em ações preventivas e de educação em saúde¹³. A educação em saúde pode reduzir as barreiras associadas ao diagnóstico precoce, bem como o tempo gasto entre a autopercepção dos sinais decorrentes do autoexame até o tratamento¹⁴. 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., em 2012, disponibilizaram um modelo teórico que apresenta variáveis que influenciam e são influenciadas pelos níveis de “alfabetização em saúde”¹⁷ (Figura 1).

O modelo proposto por Sørensen et al.¹⁷ exibe fatores proximais e distais determinantes e/ou determinados pela “alfabetização em saúde” expressa pelas seguintes características: conhe-

cimentos prévios referentes ao tema de saúde a ser abordado, competências e motivação para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde. O acesso refere-se à capacidade de procurar, encontrar e obter informações de saúde; a compreensão à capacidade de compreender as informações relativas à saúde. A avaliação diz respeito à capacidade de interpretar, filtrar e julgar as informações recebidas; já a 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 exibe fatores associados a “alfabetização em saúde” de forma dinâmica, ou seja, seus principais determinantes e/ou consequências, estão entre eles os distais, determinantes sociais e ambientais (situação demográfica, a cultura, a língua, as forças políticas, os sistemas sociais), os proximais, determinantes sociais situacionais (apoio, influências da família e dos colegas, uso da mídia e condições físicas do meio ambiente) e os pessoais (idade, sexo, raça, condição socioeconômica, educação, ocupação, emprego, renda e escolaridade). Apresentam-se ainda outros fatores possivelmente associados a “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 saúde”¹⁷, a idade e a raça das pessoas são os únicos fatores que não apresentam uma relação de retroalimentação, ou seja, não podem ser modificados pela “alfabetização em saúde”. O *empowerment*, fator possivelmente consequente de altos níveis de “alfabetização em saúde”¹⁷, refere-se a ações sociais que promovem a participação de pessoas, organizações e comunidades no controle do seu próprio destino e do destino da sociedade como um todo¹⁸.

O autoexame bucal pode ser consequente do *empowerment* e se configurar como uma das possíveis consequências das ações educativas em pessoas com altos níveis de “alfabetização em saúde”. Sendo assim, a identificação da prevalência desse autoexame – e se essa prevalência é maior entre usuários de serviços odontológicos prestados pelo SUS do que entre os usuários de outros serviços –, poderá subsidiar as políticas de saúde pública vigentes. Não foram identificados estudos prévios que tenham avaliado essa questão. Propõe-se, portanto, essa avaliação, considerando o modelo teórico proposto por Sørensen et al.¹⁷.

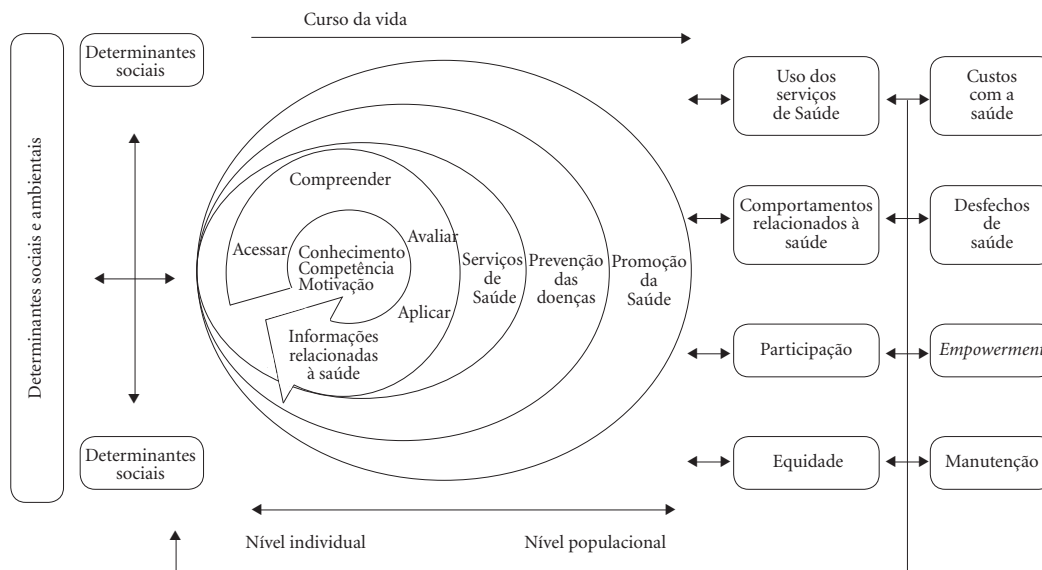


Figura 1. Modelo teórico da alfabetização em saúde apresentado por Sørensen et al. em 2012.

Fonte: Sorensen et al., 2012¹⁷.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal analítico conduzido em 2008/2009, em uma amostra probabilística, complexa, por conglomerado em dois estágios, de idosos (65-74 anos) de um município brasileiro de grande porte populacional, Montes Claros, Minas Gerais¹⁹. O cálculo amostral considerou a estimativa para proporções da ocorrência dos eventos ou doenças em 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. Os conglomerados foram selecionados de forma aleatória simples. A amostra estimada foi de 740 dentre 9929 idosos do município avaliado.

Participaram do estudo os idosos que não apresentavam problemas cognitivos, os que relataram ter utilizado serviços odontológicos e os que responderam à pergunta relativa à prática do autoexame bucal. Os idosos sorteados foram submetidos à avaliação cognitiva empregando a versão validada no Brasil do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)²⁰. Foram adotados pontos de corte segundo os níveis de escolaridade do idoso, 21 para idosos analfabetos, 22 no grupo de

baixa escolaridade (1 a 5 anos de estudo), 23 nos idosos com média escolaridade (6 a 11 anos de estudo) e 24 no grupo de alta escolaridade (12 ou mais anos de estudo)²¹. Os idosos com pontuação no MEEM inferior a definida pelo ponto de corte foram identificados como idosos com comprometimento cognitivo e não foram considerados nessa investigação. As avaliações das condições de saúde bucal seguiram os critérios propostos pela OMS em 1997²². A coleta dos dados domiciliar foi realizada por cirurgiões-dentistas auxiliados por acadêmicos do curso de odontologia em ambiente amplo, sob iluminação natural, empregando-se espelho e sonda CPI esterilizados. Os cirurgiões-dentistas foram devidamente treinados e calibrados (Kappa e coeficiente de correlação intraclass α ; 0,61 inter e intraexaminadores). Os dados foram registrados em um programa de computador de mão desenvolvido para essa pesquisa¹⁹.

A variável dependente foi construída a partir da seguinte pergunta “Você já realizou o autoexame da boca? (não, sim)”. Conforme modelo teórico proposto em 2012 para avaliação dos níveis de “alfabetização em saúde”, as variáveis independentes foram reunidas em cinco grupos, com

respectivas subcategorias: determinantes pessoais, serviços de saúde/custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde¹⁷. Os determinantes pessoais foram: faixa etária em anos, raça autodeclarada, sexo, estado civil, escolaridade em anos, renda *per capita* em salários mínimos. As variáveis referentes aos serviços de saúde /custos com a saúde foram: serviço odontológico utilizado (supletivos/particulares/filantropicos, serviços prestados pelo SUS), principal variável independente; o tempo da última visita ao dentista em anos e o motivo do uso do serviço odontológico.

Os comportamentos relacionados à saúde foram: hábito tabagista atual ou passado, hábito etilista atual ou passado. Quanto aos desfechos de saúde avaliou-se a saúde geral relatada: presença de doenças crônicas. Foram avaliadas as condições normativas e subjetivas de saúde bucal, as normativas foram: alterações de tecidos moles bucais e uso de próteses dentárias removíveis. Já as subjetivas de saúde bucal, foram representadas pela autopercepção: da necessidade de tratamento odontológico, da dor em dentes e gengivas nos últimos seis meses, de incômodo na boca, cabeça ou pescoço e pela avaliação dos impactos decorrentes das desordens bucais. A avaliação dos impactos decorrentes das desordens bucais foi realizada através da versão validada no Brasil do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), ou Perfil do Impacto da Saúde Bucal, um questionário composto por 14 questões que procura descobrir se o indivíduo sofreu, nos últimos 12 meses, algum incidente social devido aos problemas com seus dentes, boca ou próteses²³. As respostas às questões do OHIP-14 consideraram a escala proposta por Likert (sempre; repetidamente; às vezes; raramente e; nunca). Os indivíduos que responderam afirmativamente (repetidamente/sempre), em pelo menos uma das quatorze questões foram considerados com impacto consequente de desordens bucais²⁴.

Na análise dos dados, empregou-se o *software SPSS® Statistics 18.0*. Como o estudo envolveu amostra complexa por conglomerados, foi feita a correção pelo efeito desenho amostral, levando em consideração o efeito dos conglomerados e a atribuição de ponderações desiguais aos elementos amostrados. Para variáveis categóricas, a análise descritiva incluiu frequência relativa corrigida (%), erro padrão (EP) e o efeito do conglomerado (*Deff*). Para as variáveis quantitativas, foram estimadas a média, o EP e o *Deff*, também corrigidos pelo efeito do desenho amostral. Na análise bivariada e na regressão logística, condu-

zidas para identificar fatores associados à variável dependente, foram feitas estimativas com a correção pelo efeito do desenho amostral. Foram estimados a *odds ratio* e intervalos de confiança de 95% (OR/IC 95%), o valor “p” e o *Deff*. O nível de significância adotado foi de 20% ($\alpha;0,20$) nas análises bivariadas (para seleção das variáveis independentes que iriam compor o modelo múltiplo) e de 5% ($\alpha;0,05$) na análise múltipla / regressão logística. O modelo múltiplo final foi ajustado, mantendo-se somente as variáveis independentes associadas à variável dependente. Foram respeitados os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº196/96²⁵.

Resultados

Dentre os 740 avaliados (taxa de resposta 92%), atenderam aos critérios de inclusão 492 idosos. Desses, 101 (22,4%) relataram a prática do autoexame bucal. A média de idade dos idosos foi de 68,35 anos, EP 0,16, *Deff* 1,47. A maioria era do sexo feminino, possuía de zero a quatro anos de escolaridade, utilizou serviços odontológicos supletivos ou particulares e não apresentava alterações de mucosa (Tabela 1).

Na análise bivariada constatou-se associação, com nível de significância de 20% para seleção das variáveis independentes que iriam compor o modelo múltiplo, entre o autoexame bucal e: raça autodeclarada, escolaridade, renda *per capita*, serviço odontológico utilizado, motivo do uso do serviço, hábito etilista, uso de prótese dentária removível e autopercepção da dor em dentes e gengivas nos últimos seis meses (Tabela 2).

Na análise de regressão logística múltipla constatou-se associação do autoexame bucal com determinantes pessoais, serviços de saúde/custos com a saúde, comportamento relacionado à saúde e desfechos de saúde (Tabela 3).

Discussão

A baixa prevalência do autoexame bucal registrada entre os idosos de Montes Claros (22,4%) é preocupante, pois idosos são mais susceptíveis ao câncer bucal²⁶. Essa prevalência foi mais alta entre idosos assistidos no SUS (31%). Estudo prévio identificou uma prevalência do autoexame bucal de 7,2%, entre indivíduos com média de idade de 52,7 anos²⁷. Em contrapartida, uma maior prevalência (68,9%) foi constatada entre adultos jovens²⁸. Essas diferenças registradas nas

Tabela 1. Análise descritiva da prevalência do autoexame bucal, determinantes pessoais, uso dos serviços de saúde/custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde entre idosos de Montes Claros/MG, 2008/2009. n = 492.

Variáveis	% ^a	EP	Deff
Autoexame bucal			
Não	77,6		
Sim	22,4	2,9	2,604
Determinantes pessoais			
Faixa etária (em anos)			
69 a 74	41,5		
65 a 68	58,5	2,6	1,495
Raça autodeclarada ^b			
Pardo	45,4	3,7	2,949
Negro	16,1	2,2	1,903
Indígena	0,5	0,4	1,653
Amarelo	0,9	0,5	1,319
Branco	37,1	4,7	5,133
Sexo			
Masculino	47,8		
Feminino	52,2	2,7	1,645
Estado Civil			
Solteiro/Viúvo/Divorciado	30,8		
Casado/União estável	69,2	3,4	2,972
Escolaridade (anos de estudo)			
0 a 4 anos	59,1		
5 anos ou mais	40,9	5,2	3,958
Renda <i>per capita</i> em salários mínimos ^{b,c}			
Um salário ou menos	66,8		
Mais de um salário	33,2	4,0	3,842
Serviços de saúde/Custos com a saúde			
Serviço odontológico utilizado ^b			
Serviço público / SUS	27,5	4,4	5,282
Serviço privado liberal	62,4	3,6	2,956
Serviço supletivo / outros	9,7	2,0	2,475
Serviço filantrópico	0,4	0,2	0,734
Domicílio cadastrado na ESF			
Não	43,6		
Sim	56,4	8,4	15,885
Tempo da última visita ao dentista (anos)			
Um ou mais	72,9		
Há menos de um	27,1	2,8	2,112
Motivo do uso serviço odontológico ^b			
Atendimento para tratamento	62,9		
Atendimento por rotina	37,1	3,6	2,994

continua

prevalências podem ser explicadas por questões relacionadas à idade dos investigados, o que é chamado de “efeito de corte”. Além disso, as distintas características sociodemográficas entre as populações investigadas podem ser responsáveis pelas diferenças registradas. Era esperada uma menor prevalência do autoexame bucal entre idosos do que entre adultos jovens, em função da vulnerabilidade dos idosos quanto a sua “alfabetização em saúde”²⁹. Essa vulnerabilidade foi

evidenciada em uma pesquisa qualitativo-quantitativa, realizada entre idosos, quando se verificou os papéis de práticas que visam aumentar os níveis de “alfabetização em saúde” entre eles. Foram coletadas informações sobre as práticas de leitura e de escrita, as suas dificuldades, bem como a relevância dessas práticas no envelhecimento. Constatou-se que os idosos reconhecem que essas atividades trazem benefícios para a promoção de um envelhecimento ativo

Tabela 1. continuação

Variáveis	% ^a	EP	Deff
Comportamentos relacionados à saúde			
Hábito tabagista atual ou passado			
Sim	36,4		
Não	63,6	3,2	2,500
Hábito etilista atual ou passado ^b			
Sim	39,9		
Não	60,1	2,7	1,718
Desfechos de saúde			
Saúde geral relatada			
Presença de doenças crônicas ^b			
Sim	79,7		
Não	20,3	3,2	3,520
Condições normativas de saúde bucal			
Alterações de mucosas ^b			
Sim	16,5		
Não	83,5	2,4	2,193
Uso de prótese dentária removível			
Não	17,7		
Sim	82,3	2,9	3,170
Condições subjetivas de saúde			
Auto percepção....			
... da necessidade de tratamento odontológico ^b			
Não	40,3		
Sim	59,7	3,9	3,489
... de dor em dentes e gengivas nos últimos 6 meses ^b			
Sim	25,2		
Não	74,8	2,8	2,229
... de incômodo na boca, cabeça ou pescoço			
Sim	19,2		
Não	80,8	2,6	2,360
Impacto consequentes de desordens bucais ^b			
Sim	17,8		
Não	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.

e saudável, assim como, a possibilidade de melhorarias quanto à cognição. Porém, os idosos elencaram dificuldades relacionadas a questões ortográficas, textuais, biológicas, dentre outras dificuldades²⁹. Além disso, uma baixa renda *per capita* e/ou a uma baixa escolaridade podem comprometer ainda mais a vulnerabilidade dos idosos quanto aos seus níveis de “alfabetização em saúde”, decorrentes de ações educativas desenvolvidas no contexto da promoção da saúde. Ações educativas podem influenciar a autopercepção das pessoas sobre sua condição bucal, assim como subsidiar a identificação de problemas bucais por parte dos pacientes e o autocuidado em busca da prevenção e ou em busca da cura das doenças bucais ainda em estágios iniciais³⁰. A

maioria dos idosos brasileiros percebe sua saúde bucal como satisfatória, mesmo com condições precárias de saúde bucal³¹. Talvez por causa dessa percepção positiva da saúde bucal, mesmo mediante precárias condições, o idoso não considere ser necessária a realização do autoexame. A prevalência do autoexame bucal entre os idosos investigados pode estar relacionada ao desconhecimento sobre a necessidade de realização deste autocuidado ou mesmo a falta de acesso a informações sobre como realizá-lo. Pesquisa realizada nos Estados Unidos evidenciou que a maioria dos cirurgiões dentistas concorda com a importância do autoexame bucal na prevenção do câncer bucal, mas menos da metade trocam informações sobre essa questão com seus pacientes³²,

Tabela 2. Análise bivariada entre o autoexame bucal 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

Variáveis	Auto-exame bucal		OR ^a	IC 95% ^a	P	Deff
	Não % ^a	Sim % ^a				
Determinantes pessoais						
Faixa etária (em anos)	77,8	22,2	1,00			
69 a 74	77,5	22,5	1,01	0,65-1,55	0,954	1,05
65 a 68						
Raça autodeclarada ^b	74,5	25,5	1,00			
Pardo/Negro/Indígena	82,7	17,3	0,61	0,35-1,04	0,066	1,44
Branco/ Amarelo						
Sexo	75,4	24,6	1,00			
Masculino	79,6	20,4	0,78	0,43-1,41	0,410	2,02
Feminino						
Estado Civil	78,6	21,4	1,00			
Solteiro/Viúvo/Divorciado	77,2	22,8	1,08	0,65-1,78	0,752	1,23
Casado/União estável						
Escolaridade (anos de estudo)	81,4	18,6	1,00			
0 a 4 anos	72,2	27,8	1,69	0,94-3,04	0,070	1,98
5 anos ou mais						
Renda <i>per capita</i> em salários mínimos ^{b,c}	80,3	19,7	1,00			
Um salário ou menos	72,2	27,8	1,57	1,00-2,46	0,041	1,07
Mais de um salário						
Serviços de saúde/Custos com saúde						
Serviço odontológico utilizado ^b						
Supletivos/particulares/filantropicos	80,8	19,2	1,00			
SUS	69,0	31,0	1,88	0,80-4,41	0,138	1,88
Domicílio cadastrado na ESF						
Não	80,6	19,4	1,00			
Sim	75,3	24,7	1,36	0,76-2,44	0,283	1,88
Tempo da última visita ao dentista (anos)						
Um ou mais	78,9	21,1	1,00			
Há menos de um	74,2	25,8	1,29	0,80-2,09	0,269	1,11
Motivo do uso serviço odontológico ^b						
Atendimento para tratamento	74,5	25,5	1,00			
Atendimento por rotina	82,7	17,3	0,61	0,32-1,16	0,121	2,03

continua

essa questão não foi investigada entre os cirurgiões dentistas de Montes Claros. O autoexame bucal pode gerar a autopercepção da necessidade de assistência profissional, sendo assim, há maior chance de ocorrência de um exame bucal, feito por um cirurgião dentista, se ele for precedido pelo autoexame bucal. Enfim, se o autoexame bucal for conduzido há uma possibilidade de se elevar a prevalência do diagnóstico precoce do câncer bucal que pode ser sucedido por tratamentos menos invasivos.

Além da baixa prevalência do autoexame bucal, constatou-se ainda associação entre a prática do autoexame bucal com variáveis referentes

aos determinantes pessoais, serviços de saúde/custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde. Não foram identificados estudos prévios que avaliaram os fatores associados à prática do autoexame bucal entre idosos. Entre os idosos de Montes Claros, constatou-se maior chance de autoexame bucal entre aqueles com maior renda *per capita* e/ou maior escolaridade, situações que provavelmente diminuem a vulnerabilidade dos idosos quanto a sua “alfabetização em saúde”. Esses resultados sugerem uma iniquidade social, maiores níveis de “alfabetização em saúde” entre os mais favorecidos socialmente. Desigualdades sociais rela-

Tabela 2. continuação

Variáveis	Auto-exame bucal		OR ^a	IC 95% ^a	P	Deff
	Não % ^a	Sim % ^a				
Comportamentos relacionados à saúde						
Hábito tabagista atual ou passado						
Sim	76,0	24,0	1,00			
Não	78,6	21,4	0,86	0,51-1,43	0,556	1,43
Hábito etilista atual ou passado ^b						
Sim	73,2	26,8	1,00			
Não	80,6	19,4	0,65	0,39-1,08	0,092	1,46
Desfechos de saúde						
Saúde geral relatada						
Presença de doenças crônicas ^b						
Sim	78,3	21,7	1,00			
Não	74,9	25,1	1,21	0,69-2,12	0,490	1,26
Condições normativas de saúde bucal						
Alterações de mucosas ^b						
Sim	80,0	20,0	1,00			
Não	78,1	21,9	1,11	0,51-2,43	0,772	1,75
Uso de prótese dentária removível						
Não	85,3	14,7	1,00			
Sim	76,0	24,0	0,54	0,27-1,08	0,075	1,23
Condições subjetivas de saúde - Autopercepção...						
... da necessidade de tratamento odontológico ^b						
Não	75,7	24,3	1,00			
Sim	78,7	21,3	0,84	0,54-1,32	0,446	1,14
... de dor em dentes e gengivas nos últimos 6 meses ^b						
Sim	70,6	29,4	1,00			
Não	79,9	20,1	0,60	0,32-1,12	0,099	1,86
... de incômodo na boca, cabeça ou pescoço						
Sim	79,3	20,7	1,00			
Não	77,2	22,8	1,13	0,62-2,04	0,669	1,20
Impacto consequentes de desordens bucais ^b						
Sim	81,9	18,1	1,00			
Não	76,7	23,3	1,38	0,67-2,83	0,362	1,54

^aValores estimados com a correção pelo efeito desenho. ^bVariação no n = 492 por perda de informações. ^cBaseada no salário mínimo em 2008, no valor de R\$ 415,00.

cionadas à saúde bucal no Brasil³³ demonstram a ineficácia do sistema em aplicar o princípio da equidade do SUS. Porém, ressalta-se que uma maior escolaridade e maior renda *per capita*, representam melhores condições socioeconômicas, o que pode influenciar numa maior conscientização dos idosos quanto às suas condições de saúde, assim como maior busca por informações e comportamentos preventivos. 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 a serviços odontológicos, bem

como no processo do cuidado e avaliação dos resultados na área de saúde bucal³⁴.

O principal achado desta investigação refere-se à maior realização do autoexame bucal entre os idosos que receberam assistência odontológica prestada por profissionais do SUS. Esse resultado sugere que as políticas implantadas pelo SUS^{3,4} têm gerado efeito positivo. Constatou-se um paradoxo, idosos com maior escolaridade e renda apresentaram maior prevalência de autoexame bucal, por outro lado, possivelmente houve maior oferta de informações sobre a importância do autoexame bucal por parte dos profissionais da saúde no âmbito do SUS do que por parte daqueles que não trabalham neste âmbito, buscan-

Tabela 3. Análise múltipla dos fatores associados ao autoexame bucal entre idosos de Montes Claros/MG, 2008/2009.

	OR	IC 95%	p
Determinantes pessoais			
Renda <i>per capita</i> em salários mínimos ^a			
Um salário ou menos	1,00		
Mais de um salário	1,80	1,06-3,05	0,029
Escolaridade (anos de estudo)			
0 a 4 anos	1,00		
5 anos ou mais	2,06	1,14-3,74	0,018
Serviços de saúde/Custos com a saúde			
Serviço odontológico utilizado			
Supletivos/particulares/filantrópicos	1,00		
SUS	2,77	1,21-6,33	0,016
Motivo do uso serviço odontológico			
Atendimento para tratamento	1,00		
Atendimento por rotina	0,48	0,25-0,91	0,028
Comportamentos relacionados à saúde			
Hábito etilista atual ou passado			
Sim	1,00		
Não	0,47	0,26-0,86	0,016
Desfechos de saúde			
Condições normativas de saúde bucal			
Uso de próteses dentária removíveis			
Não	1,00		
Sim	2,37	1,03-5,46	0,041
Condições subjetivas de saúde			
Impacto consequentes de desordens bucais ^b			
Sim	1,00		
Não	2,28	1,14-4,59	0,021

^a Baseada no salário mínimo em 2008, no valor de R\$ 415,00. ^b Variação no n = 492 por perda de informações.

do minimizar as iniquidades em saúde. A ênfase dada às atividades de promoção de saúde, dentre elas as educativas e de prevenção de agravos nos serviços de saúde brasileiros prestados pelo SUS³, pode explicar a maior prevalência de realização do autoexame bucal entre idosos que receberam assistência odontológica prestada por profissionais do SUS. Embora tal dado possa ser interpretado com otimismo, deve-se destacar que há ainda uma parcela considerável de idosos brasileiros que nunca utilizaram serviços odontológicos³⁵, e que, mesmo dentre os que foram assistidos no SUS, a prevalência de autoexame bucal ainda está distante da ideal (100% de autoexame bucal entre os idosos que receberam assistência odontológica), sugerindo que as políticas de promoção da saúde vigentes no país que propõem a prática do autoexame bucal, precisam ser melhoradas, especialmente entre os idosos, em função da maior susceptibilidade ao câncer bucal²⁶ e da

vulnerabilidade deles quanto a sua “alfabetização em saúde”²⁹. Já foi demonstrado que ações educativas podem gerar aumento nos níveis de conhecimento, assim como maior adesão a práticas de autocuidado¹⁶. De qualquer forma, esse achado legitima as políticas da atenção à saúde bucal de idosos implantadas em 2004⁴ e a importância da incorporação da equipe de saúde bucal na ESF^{13,36}, que proporcionou um incremento na ampliação da oferta de atendimento odontológico público, bem como dos serviços de prevenção e promoção da saúde. O serviço odontológico público não deve se limitar ao atendimento clínico, precisa também atuar na comunidade, com levantamentos epidemiológicos, ações de promoção de saúde, preventivas e de educação em saúde³³, e nesse sentido, os resultados registrados entre os idosos investigados evidenciam avanços.

A Atenção Primária à Saúde é essencial para valorização e cuidado com a saúde, já que per-

mite a construção de sentidos para a saúde bucal por parte de idosos, gerando condições para autocuidado e atitudes saudáveis³⁷. O uso de serviços odontológicos com a periodicidade e a frequência apropriadas contribui para a prevenção de doenças em todas as idades e permite o tratamento precoce dos problemas identificados³⁷. No entanto, a realização do autoexame bucal foi menor entre idosos que usaram os serviços odontológicos por rotina, possivelmente porque este uso descrito como de rotina na verdade foi consequente de problemas bucais que demandavam assistência curativa, dentre eles a dor de dente e a busca por extrações dentárias. Ressalta-se a necessidade da condução de consultas por rotina, entre idosos, com enfoque na promoção da saúde, educação em saúde e prevenção das doenças, a fim de repassar informações que subsidiem comportamentos adequados em saúde bucal, em especial os referentes ao autoexame bucal. A maioria das campanhas/ações públicas de saúde que visam a prevenção do câncer bucal enfatiza a necessidade de mudanças no estilo de vida, dentre elas a suspensão dos hábitos tabagistas e etilistas¹⁴.

O autoexame bucal pode gerar a autopercepção da necessidade de assistência profissional. Sendo assim, há maior chance de ocorrer um exame bucal, feito por um cirurgião dentista, se ele for precedido pelo autoexame bucal. Então, se por um lado pode parecer contra senso a chance de autoexame ser menor entre os que usam o serviço por rotina, por outro pode estar evidenciando que a percepção de problemas a partir do autoexame culmina em busca por tratamento, o que é coerente com os achados dessa investigação.

A prática do autoexame bucal foi menor entre idosos que declararam não possuir hábito etilista atual ou passado. O consumo de álcool representa um dos fatores de risco para o câncer bucal^{9,10}. Em estudo de caso-controle realizado nos Estados Unidos entre 1114 casos e 1268 controles, identificou-se que o risco de ocorrência do câncer de boca e faringe aumentou com a quantidade de álcool utilizada⁹. O conhecimento do potencial carcinogênico do álcool pode favorecer comportamentos preventivos, tais como a realização do autoexame bucal e a diminuição do hábito etilista. A adesão a estes dois comportamentos preventivos pode ser consequente de altos níveis de “alfabetização em saúde”¹⁷ entre alguns idosos. A menor chance de autoexame bucal entre idosos que declaram não possuir hábito etilista atual ou passado sugere que o acesso a informações pode gerar maior adesão a com-

portamentos relacionados ao autocuidado em saúde. Porém, questões estruturais devem ser consideradas para garantir maior acesso a essas informações, independentemente se o indivíduo apresenta ou não comportamento de risco.

Outros fatores etiológicos do câncer bucal precisam também ser considerados nas ações de promoção de saúde/educação em saúde, dentre eles destaca-se a possibilidade de lesões bucais cancerizáveis consequentes de próteses dentárias removíveis mal adaptadas. O uso de próteses dentárias removíveis manteve-se associado ao autoexame bucal. A chance do autoexame bucal foi maior entre os idosos que utilizavam essas próteses. O uso de próteses removíveis mal adaptadas pode ocasionar um aumento da prevalência de lesões de mucosa. Estudo prévio identificou que as lesões de mucosa mais frequentes em idosos acima de 60 anos de ambos os sexos, eram a hiperplasia fibrosa inflamatória e a candidíase, alterações estas que, muitas vezes, são induzidas pela utilização de próteses mal adaptadas³⁸. Estudo de caso-controle prévio, realizado no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, identificou que as lesões bucais ocasionadas por próteses dentárias mal adaptadas estiveram associadas à ocorrência do câncer bucal entre fumantes, ressaltando que a irritação física crônica da mucosa bucal contribui para o efeito cancerígeno do tabaco³⁹. O fato de o paciente utilizar prótese dentária removível pode favorecer o autoexame seja pelo maior hábito de manuseio da cavidade bucal, seja pela maior possibilidade de percepção de problemas bucais relacionados aos tecidos moles, problemas esses que podem inclusive dificultar ou prejudicar o uso das próteses. Além disso, pode haver uma maior preocupação por parte do cirurgião dentista em orientar os usuários de próteses sobre a importância do autoexame bucal.

O autoexame bucal foi mais prevalente entre idosos que não tiveram impactos consequentes de desordens bucais, possivelmente porque o idoso que percebe positivamente a sua condição de saúde bucal apresenta realmente uma boa condição de saúde bucal por adotar medidas preventivas, dentre elas o autoexame bucal. Sabe-se, entretanto que a autopercepção da saúde bucal, uma das componentes da qualidade de vida⁴⁰, refere-se a uma experiência subjetiva do indivíduo sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico⁴¹. Pode ser que a autopercepção positiva da condição de saúde bucal entre idosos com condições negativas de saúde seja consequente da resignação e ou conformação desses idosos com o envelhecimento⁴².

Algumas limitações podem ser elencadas nessa investigação, trata-se de um estudo transversal e por isso não é possível estabelecer uma relação temporal entre as associações observadas. Além disso, algumas variáveis consideradas no modelo teórico proposto não foram avaliadas nesse estudo. Por outro lado, o autoexame também esteve associado a determinantes pessoais, serviços de saúde/custos com a saúde, a comportamentos relacionados à saúde, assim como, às condições normativas e subjetivas de saúde, evidenciando a adequação do modelo teórico utilizado.

Conclusão

A prevalência do autoexame bucal foi baixa, essa prevalência foi maior entre idosos assistidos por profissionais do SUS. Há necessidade de se aumentar o acesso a serviços odontológicos de qualidade e a ações de promoção de saúde, tais como a divulgação de informações sobre como prevenir o câncer bucal, o repasse de informações sobre a importância do autoexame bucal e a orientação sobre a condução desse autoexame especialmente entre idosos. Trata-se de uma política a ser majorada entre todos os idosos, porém os resultados sugerem a necessidade de se priorizar aqueles que não são assistidos no SUS, os que buscam atendimento odontológico de forma rotineira, os desfavorecidos socialmente, os que relataram não ter hábitos etilistas, os que não utilizam próteses dentárias removíveis e os que não relataram impacto consequente das desordens bucais.

Colaboradores

AMEBL Martins, JGS Souza, DS Haikal, AMB Paula, EF Ferreira e IA Pordeus participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: MS; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção a Saúde. *Estatuto do Idoso*. 3º ed. Brasília: MS; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de atenção a Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009; 374(9696):1196-1208.
- 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; 377:2042-2053.
- 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 Res* 1988; 48(11):3282-3287.
- Petersen PE. Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization. *Oral Oncology* 2009; 45(4-5):454-460.
- Conway DI, Petticrew M, Marlborough H, Berthiller J, Hashibe M, Macpherson LMD. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: A systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Int J Cancer* 2008; 122(18):2811-2819.
- Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B, Rajan B. Oral Cancer Screening Study Group. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomized controlled trial. *Lancet* 2005; 365(9475):1927-1933.
- 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.
- Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, 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.):S30-39.
- Torres-Pereira C. Oral cancer public policies: Is there any evidence of impact? *Braz Oral Res* 2010; 24(Spec Iss 1):37-42.
- 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.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Peilkan 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.
- Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007; 335(7609):24-32.
- Martins AMEBL, Guimarães ALS, De'Paula AMB, Pires CPB, Haikal DAS, Silva JMS, Silveira MF, Caldeira TCR, Eleutério NB, Silveira AM, Almeida BM, Almeida CM, Freitas CV, Botelho DMM, Chaves KTS, Pereira PMB, Lima RS, Pereira SM, Silva TF, Duarte VM, Silva VEP, Pordeus IA. Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros – Projeto SBMOC. *RUC* 2012; 14(1):3-14.
- Bertolucci PHE, 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.
- World Health Organization (WHO). *Oral health surveys: basic methods*. 4th ed. Geneva: WHO; 1997.
- 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.
- Locker D, Quinónez C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39(1):3-11.
- 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.
- Shiboski CH, Shiboski SC, Silverman Junior S. Trends in oral cancer rates in the United States, 1973-1996. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(4):249-256.
- 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.
- Correa MC, Tarquinio SBC, Oliveira LJC, Peres MA, Peres KG, Gigante DP, Horta BL, Demarco FF. Factors associated with prevalence of oral lesions and oral self-examination in young adults from a birth cohort in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(1):155-164.
- Torquato R, Massi G, Santana AP. Envelhecimento e Letramento: A Leitura e a Escrita na Perspectiva de Pessoas com Mais de 60 Anos de Idade. *Psicol Reflex Crit* 2011; 24(1):89-98.
- Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saude Publica* 2001; 35(4):349-355.
- Martins AMEBL, Barreto SM, Silveira MF, Santa-Rosa TTA, Pereira RD. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev Saude Publica* 2010; 44(5):912-922.

32. 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.
33. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publica* 2010; 44(2):360-365.
34. 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):2871-8280.
35. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 22(5):308-316.
36. Brasil. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 29 dez.
37. Newman JF, Gift HC. Regular pattern of preventive dental services - a measure of access. *Soc Sci Med* 1992; 35(38):997-1001.
38. Rocha ES; Mattar DDS; Martins CR. Lesões de mucosa bucal em idosos. *Rev CROMG* 2002; 8(2):134-143.
39. Vaccarezza GE, Antunes JLF, 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.
40. Martins AMEBL, Jones KM, Souza JGS, Pordeus IA. Associação entre impactos funcionais e psicossociais das desordens bucais e qualidade de vida entre idosos. *Cien Saude Colet* 2014; 14(8):3461-3478.
41. Locker D. Clinical correlates of change in self perceived oral health in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(3):199-203.
42. Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira NA, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3317-3329.

Artigo apresentado em 08/03/2014

Aprovado em 10/11/2014

Versão final apresentada em 13/11/2014