

Prevenção do câncer de boca: acesso a informações e comportamento entre idosos de Montes Claros – MG

Oral Cancer Prevention: Access to information and behavior among elderly from Montes Claros – MG

Andréa Maria Eleutério Barros Lima Martins¹, João Gabriel Silva Souza², Pedro Eleutério Santos-Neto³, Núbia Barbosa Eleutério⁴, Desirée Sant'Ana Haikal⁵, Marise Fagundes Silveira⁶, Alfredo Maurício Batista Paula⁷, André Luiz Sena Guimarães⁸, Raquel Conceição Ferreira⁹, Isabela Almeida Pordeus¹⁰

Resumo: Objetivo Avaliou-se, entre idosos (65-74 anos) o acesso a informações sobre como evitar o câncer de boca nos serviços odontológicos de Montes Claros – MG e descreveu-se esse estrato populacional quanto às questões que podem influenciar ou serem influenciadas pelo acesso a essas informações. **Metodologia** Utilizou-se dados do Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da população de Montes Claros 2008/2009. Na análise dos dados, empregou-se o software PASW® *Statistics* 18.0. A amostra foi complexa por conglomerados, por isso foi feita a correção pelo efeito desenho através da ponderação* para estimativa das prevalências médias e erro padrões. Foram incluídos os que relataram terem ido ao serviço odontológico e que não apresentaram déficit na avaliação da capacidade cognitiva. **Resultados** Dos 495 incluídos, apenas 40,9%* afirmaram ter recebido informações sobre como evitar o câncer de boca nos serviços odontológicos. A média de idade foi de 68,43* anos. A maioria relatou ser do sexo feminino (52,30%), ter baixa escolaridade (59,70%) e recursos financeiros escassos (67,20%) e afirmou não realizar o autoexame da boca (78%*), embora 41,9%* tenham tido acesso a informações sobre como realizar o autoexame da boca. Boa parte relatou ser branco (36,70%), ter hábitos tabagistas (35,9%) e ou consumir álcool (39,9%). **Conclusão** A maioria não teve acesso, nos serviços odontológicos, a informações sobre como evitar o câncer de boca, dentre os fatores possivelmente associados a essa doença verificou-se que boa parte relatou possuir hábitos de risco e que a maioria relatou a não realização do autoexame da boca.

Palavras-chave: Idosos. Câncer Bucal. Prevenção & Controle. Acesso aos serviços de saúde.

1 Doutora em Saúde Pública / Epidemiologia - Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Professora da Unimontes.

2 Graduando em Odontologia - FUNORTE/SOEBRAS

3 Mestre em Ciências da Saúde - Unimontes. Professor da Unimontes.

4 Pós-graduada em Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Unimontes.

5 Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva - UFMG. Professora da Unimontes.

6 Doutoranda no programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - UNIFESP. Professora da Unimontes.

7 Doutor em Patologia - UFMG. Professor da Unimontes.

8 Pós-doutor em Biologia Celular na University of Western Ontario. Professor da Unimontes.

9 Doutora em Odontologia - Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Professora da Unimontes.

10 Doutora em Epidemiology and Public Health - University College London. Professora titular em Odontopediatria da UFMG.

Abstract: Objective: The purpose of this study was to evaluate access to information regarding how to prevent oral cancer in a population of seniors (65-74 years old) in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, and to identify factors that may influence or be influenced by limited access to this information. Methods: Epidemiological data from the Oral Health Condition Survey of 2008-2009 were analyzed using PASW ® Statistics 18.0 software. The complex cluster survey design was corrected by weighting to estimate the standard mean frequencies and mean error. Only seniors who had received dental services and did not have cognitive deficiencies were included in the study. Results: Of the 495 seniors included in the study, merely 40.9% claimed to have received information on how to prevent oral cancer. The mean age was 68.43 years. A majority indicated they were female (52.30%), had limited formal education (59,70%) and scarce financial resources (67,20%), and 78% claimed to never have performed a self-examination of the mouth. Many reported being white (36.70%), smoking habits (35.9%), or alcohol consumption (39.9%). Conclusion: The majority of seniors in this population may not have had access to information, within their dental care services, on how to prevent or detect oral cancer. Furthermore, habits associated with risk of oral cancer, such as smoking, alcohol consumption, and lack of self-examination were reported by a large segment of this population, indicating that there may be an association between lack of access and lack of preventive self-care.

Keywords: Aged. Oral Cancer. Prevention & Control. Health Services Accessibility.

INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por um processo de transição demográfica em que o aumento da expectativa de vida e a queda nas taxas de mortalidade e fecundidade, dentre outros indicadores, produzem como efeito o “envelhecimento populacional”.^{1,2,3} Estima-se que no ano de 2025 o Brasil terá a sexta população mais idosa do mundo.⁴ Esta modificação do perfil demográfico, decorrente de transformações ocorridas na estrutura socioeconômica do país e de mudanças de hábitos, propiciou um incremento ao aglomerado populacional, estando as populações mais expostas a fatores de risco, o que favorece o desenvolvimento de neoplasias e outras doenças crônico-degenerativas.⁵

As transformações epidemiológicas, decorrentes do declínio de doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas, obrigam a transição de um modelo de atenção à saúde centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços de saúde, conforme princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.⁶ As doenças crônicas não transmissíveis (doença cardiovascular, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras) se tornaram a principal prioridade da área de saúde no Brasil já que, em 2007, representaram 72% das mortes ocorridas no país.⁵

As doenças crônicas não transmissíveis apresentam quatro principais fatores de risco compartilhados, sendo eles: o tabagismo, a inatividade física, alimentação não saudável e uso prejudicial de álcool.^{5,7} Dentre elas destaca-se o câncer. Sabe-se que algumas neoplasias podem também apresentar como fator de risco a infecção por vírus Papiloma vírus Humano (HPV), Epstein-Barr vírus (EBV) ou por bactérias *Helicobacter Pylori*. O câncer representa uma das causas mais comuns de morbidade e mortalidade na população mundial. Prevê-se que até 2020 terá, a cada ano, 15 milhões de casos novos de câncer e 10 milhões de mortes sendo que parte deste crescimento em números absolutos deriva do envelhecimento da população mundial.^{8,9}

No Brasil, o câncer configura-se como um grave problema de saúde pública já que constitui a segunda maior causa definida de morte.⁵ Conforme dados estatísticos do Instituto Nacional do Câncer (INCA), as estimativas, para o ano de 2010, válidas também para o ano de 2011, apontam para a ocorrência de 489.270 novos casos de câncer.¹⁰ Ainda segundo tais estimativas, o câncer de boca configura-se como a nona forma de neoplasia mais frequente na população brasileira, esperando-se, para o ano de 2010, 14.120 novos casos (2,88% de todos os tumores malignos), tratando-se do 5º mais comum entre os homens (10.330 novos casos) e o 7º mais comum entre as mulheres (3.790 novos casos).¹⁰ No ano de 2008, o câncer de boca foi responsável por 6.214 mortes no país, sendo 4.898 homens e 1.316 mulheres.¹⁰

Cerca de 90% dos cânceres de boca são diagnosticados como carcinoma de células escamosas. A incidência e o desenvolvimento desses tipos de cânceres são determinados por um conjunto de fatores socioeconômico e culturais associados a um quadro de susceptibilidade genética/epigenética.^{11,12} A prevalência de câncer bucal aumenta com o aumento da idade.¹³ Assim, idosos, pessoa com 60 anos ou mais¹⁴, apresentam significativa taxa de morbidade e baixa taxa de sobrevida consequentes do câncer bucal.¹³

O câncer de boca é uma doença de etiologia multifatorial resultante da interação de fatores carcinógenos intrínsecos e extrínsecos. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal são: tabaco, álcool, desnutrição, hereditariedade, sexo, exposição à radiação e outros.^{11,12,15-18} O consumo de tabaco e bebidas alcoólicas são apontados como os fatores de risco mais significativos para o desenvolvimento do referido câncer.^{11,12,15-18}

A prevenção e o diagnóstico precoce são, atualmente, sem nenhuma dúvida, medidas eficazes para melhorar o prognóstico do câncer. Apesar de a boca ser considerada um local de fácil acesso, por não serem necessárias tecnologias de ponta para a realização de

exames preventivos da boca e pelo fato da população exposta aos fatores de risco ser bem conhecida, a maioria dos diagnósticos são realizados em estágios avançados, o que influi na sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes.^{19,20}

O cirurgião-dentista exerce um papel crucial na detecção e no diagnóstico precoce do câncer bucal, sobretudo por primariamente atuar num campo de ação onde as lesões precursoras do câncer bucal se desenvolvem, devendo assumir uma postura ativa que vise, em suas práticas cotidianas, examinar atentamente a cavidade bucal de seus pacientes, agindo como quem pesquisa por lesões bucais suspeitas.^{21,22} Esse profissional deve, ainda, orientar e incentivar o paciente quanto à cessação de comportamentos de risco, enfatizando a realização do autoexame da boca com a finalidade do próprio indivíduo identificar lesões precursoras do câncer.²³

Foram identificados trabalhos que avaliaram as concepções dos cirurgiões-dentistas e acadêmicos dos cursos de Odontologia quanto ao conhecimento e importância de se orientar os usuários de serviços odontológicos no que diz respeito às medidas preventivas do câncer bucal.^{1,17,25} Nos últimos anos, percebe-se o surgimento de um novo enfoque voltado para o conhecimento e a visão da população a respeito das enfermidades, desse modo, constatou-se a existência de estudos que avaliaram o conhecimento dos universitários de diversas áreas do conhecimento²⁶, dos usuários de clínicas odontológicas universitárias²⁷ e de participantes de campanhas de saúde pública sobre o câncer bucal.^{24,28}

No entanto, não foi encontrado estudo de base populacional domiciliar que abordasse o acesso da população geral a informações preventivas nos serviços odontológicos sobre o câncer bucal e sobre seus fatores de risco. Enfim, a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal são essenciais para desmistificação dessa doença e redução da mortalidade, e por isso, propõe-se avaliar entre idosos o acesso a informações sobre como evitar o câncer de boca nos serviços odontológicos de Montes Claros – MG, e descrever esse estrato

populacional quanto a questões que podem influenciar ou serem influenciadas pelo acesso a informações obtidas nos serviços de saúde, expressas no modelo teórico adaptado²⁵ de Andersen & Davidson.²⁹

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e descritivo que utilizou dados do Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da população de Montes Claros 2008/2009 (“Projeto SBMOC”), cuja amostra foi probabilística complexa por conglomerado em dois estágios, estratificada por duas idades índices e quatro faixas etárias. A investigação foi desenvolvida conforme princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde -CNS- nº196/96³⁰ e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, CEP/Unimontes nº318/06.

As entrevistas e exames intrabucalis foram realizados nos domicílios por entrevistadores/examinadores treinados e calibrados (Kappa inter/intraexaminadores e coeficiente de correlação intraclasses $\geq 0,60$), em 2008/2009, utilizando um *software*, denominado Programa Coletor de Dados em Saúde – PCDS[®], para coleta e construção simultânea do banco de dados, o que proporcionou agilidade e maior validade a pesquisa. Foram avaliados idosos de 65 a 74 anos de idade e, na presente investigação, foram incluídos os que relataram já terem ido ao dentista e que não apresentaram déficit na avaliação da capacidade cognitiva que foi mensurada considerando-se a versão testada e validada no Brasil do Mini-exame do Estado Mental (Mini Mental).³¹

A prevalência de idosos que tiveram acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal, foi estimada a partir da seguinte questão/respostas: *Recebeu informações sobre como evitar o câncer de boca nos serviços odontológicos? / “sim” ou “não”*.

A população idosa foi caracterizada quanto a questões que podem influenciar ou serem influenciadas pelo acesso a informações obtidas nos serviços de saúde, expressas no modelo teórico de Andersen & Davidson (1997).²⁹ Este modelo considera os seguintes grupos de

variáveis: exógenas, determinantes primários de saúde bucal, comportamentos de saúde bucal e desfechos de saúde bucal.^{25,29} Nesse sentido, a população idosa será caracterizada quanto aos grupos propostos por Andersen & Davidson²⁹, com ligeiras modificações.²⁵

As variáveis exógenas, que são o pertencimento a uma raça e uma faixa etária, foram consideradas características pessoais. Os determinantes primários de saúde bucal foram: ambiente externo (presença de doença crônica; uso de medicamentos); sistema de atenção à saúde bucal (serviço odontológico utilizado; domicílio inserido no PSF) e características pessoais (faixa etária; sexo; raça auto-declarada; estado civil; escolaridade; renda *per capita* em salários mínimos). Comportamentos de saúde bucal foram: práticas pessoais (frequência diária e meios de realizar a higiene bucal; realização do autoexame bucal; hábito tabagista/etilista atual ou passado) e uso formal de serviços (frequência de visita ao dentista, motivo do uso do serviço odontológico, acesso a informações sobre como evitar problemas bucais e realizar autoexame da boca). E, como desfechos de saúde bucal foram considerados: condição de saúde bucal (alterações de mucosa; presença de edentulismo; uso de prótese dentária; necessidade de prótese dentária; número médio de dentes cariados, perdidos e obturados – índice CPOD).

As condições subjetivas de saúde geral foram (domínio físico do 12-Item Short-Form Health Survey - SF12 – instrumento utilizado para avaliar o impacto da saúde geral na qualidade de vida³²; domínio mental do SF12³²; satisfação com a vida) e as condições subjetivas de saúde bucal (OHIP14 - *Oral Health Impact Profile* ou Perfil do Impacto da Saúde Bucal³³; autopercepção da necessidade de tratamento odontológico; autopercepção da saúde bucal; autopercepção da

mastigação; autopercepção da aparência de dentes e gengivas; autopercepção da fala em função da condição bucal; autopercepção do relacionamento em função da condição bucal; dor nos dentes ou gengivas nos últimos seis meses).^{25,29}

Para a análise dos dados, empregou-se o software PASW® *Statistics* 18.0. Como o estudo envolveu amostra complexa por conglomerados, foi feita a correção pelo efeito desenho através da ponderação*.³⁴ A análise descritiva inclui média, desvio padrão/erro padrão*, a frequência absoluta (n), percentual válido (%) e o percentual sem e com correção pelo efeito de desenho (%*).

RESULTADOS

Foram avaliados 736 (92%*) dos 800 idosos convidados, dos quais 495 (67,25%*) atenderam aos critérios de inclusão na presente investigação. Constatou-se que 40,9%* dos idosos avaliados relataram ter recebido informações sobre como evitar o câncer de boca nos serviços odontológicos (Tabela 1).

A média de idade foi de 68,43* anos (\pm EP 3,10*), sendo a mínima de 64 anos e máxima de 75 anos. A maioria é do sexo feminino e da raça não-branca. Quanto à escolaridade, os indivíduos possuíam em média 5,18 anos de estudo (\pm 4,277). A renda *per capita* média dos entrevistados foi de R\$418,44 (\pm 493,669). A tabela 2 mostra a distribuição da amostra avaliada quanto a variáveis exógenas e determinantes primários de saúde bucal.

Dentre os comportamentos de saúde bucal, verificou-se que a maioria dos idosos afirmou não realizar o autoexame da boca. Os hábitos tabagistas e etilistas foram ausentes na maioria dos idosos (Tabela 3).

Tabela 1 Distribuição de idosos de Montes Claros – MG, quanto ao acesso a informações sobre como evitar o câncer bucal nos serviços odontológicos. 2008/2009.

	Acesso a informações sobre como evitar o câncer bucal ^a		
	Sem correção		Com correção
	n	%	%*
Sempre	22	4,40	4,5
Frequentemente	20	4,00	4,0
Ocasionalmente	53	10,70	10,7
Raramente	107	21,60	21,7
Nunca	292	59,00	59,1

* Valores estimados com a correção pelo efeito desenho. ^a Variação no n=495 por perda de informações.

Tabela 2 Distribuição de idosos de Montes Claros – MG, quanto a variáveis exógenas e determinantes primários de saúde bucal. 2008/2009.

Variáveis	Sem correção		Com correção
	n	%	%*
DETERMINANTES PRIMÁRIOS DE SAÚDE BUCAL			
Ambiente externo			
Saúde geral relatada			
Presença de doenças crônicas			
Sim	408	82,40	80,00
Não	87	17,60	20,00
Uso de medicamentos^a			
Sim	346	69,90	69,10
Não	148	29,90	30,90
Sistema de atenção à saúde bucal			
Serviço odontológico utilizado^a			
Não SUS	365	73,70	72,90
SUS	127	25,70	27,10
Domicílio inserido no PSF^a			
Não	243	49,10	44,30
Sim	244	49,30	55,70
Características pessoais			
Predisposição			
Faixa etária (em anos)			
69 a 74	211	42,60	42,20
65 a 68	284	57,40	57,80
Sexo			
Masculino	232	46,90	47,70
Feminino	263	53,10	52,30
Raça auto-declarada^a			
Pardo, negro, índio, amarelo	311	62,80	63,30
Branco	183	37,00	36,70
Estado Civil			
Solteiro/Viúvo/Divorciado	171	34,50	30,50
Casado/União estável	324	65,50	69,50
Escolaridade (anos de estudo)			
0 a 2 anos	119	24,00	26,00
3 a 4 anos	169	34,10	33,70

5 a 8 anos	123	24,80	23,00
9 anos ou mais	84	17,00	17,20
Disponibilidade de recursos			
Renda per capita em salários mínimos ^a			
Abaixo de 0,5	140	28,30	31,90
De 0,5 a 1	173	34,90	35,30
De 1 a 1,5	94	19,00	19,50
Acima de 1,5	72	14,50	13,20

* Valores estimados com a correção pelo efeito desenho. ^a Variação no n=495 por perda de informações.

Tabela 3 Distribuição de idosos de Montes Claros – MG, quanto aos comportamentos de saúde bucal. 2008/2009.

Variáveis	Sem correção		Com correção
	n	%	%*
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL			
Práticas pessoais			
Higiene bucal			
Frequência diária da higiene bucal ^a			
Nenhuma vez	11	2,20	2,40
Uma ou duas vezes	242	48,90	50,80
Mais de duas vezes	239	48,30	46,80
Meios de realizar a higiene bucal ^a			
Realiza apenas bochecho ou não higieniza	28	5,70	5,00
Somente escova de dente	232	46,90	46,60
Escova de dente/higiene língua/fio/enxaguatório	232	46,90	48,40
Realização do auto-exame bucal			
Não	394	79,60	78,00
Sim	101	20,40	22,00
Hábito tabagista atual ou passado			
Sim	175	35,40	35,90
Não	320	64,60	64,10
Hábito etilista atual ou passado			
Sim	189	38,20	39,90
Não	306	61,80	60,10
Uso formal de serviços odontológicos			
Frequência de visita ao dentista (anos) ^a			
Três ou mais anos	277	56,00	57,10
De um a dois anos	84	17,00	15,90
Menos de um ano	132	26,70	26,90
Motivo do uso do serviço odontológico ^a			
Atendimento para tratamento	298	60,20	63,40
Atendimento por rotina	194	39,20	36,60
Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais ^a			
Não	230	46,50	46,80
Sim	262	52,90	53,20
Acesso a informações sobre como realizar o autoexame da boca			
Sempre ou frequentemente	29	5,87	5,80
Ocasionalmente	34	6,88	6,90
Raramente ou nunca	431	87,25	87,30

* Valores estimados com a correção pelo efeito desenho. ^a Variação no n=495 por perda de informações.

Quando avaliada a categoria desfechos de saúde bucal, entre as condições normativas de saúde bucal,

constatou-se que a maioria dos idosos analisados não apresentou alterações na mucosa (Tabela 4).

Tabela 4 Distribuição de idosos de Montes Claros – MG, quanto aos desfechos de saúde bucal (condições normativas de saúde bucal). 2008/2009.

Variáveis	Sem correção		Com correção
	n	%	%*
DESFECHOS DE SAÚDE BUCAL			
Condições normativas de saúde bucal			
Alterações de mucosas ^a			
Sim	82	16,60	17,10
Não	394	79,60	82,90
Presença de edentulismo			
Sim	270	54,50	55,50
Não	225	45,50	44,50
Uso de prótese dentária ^a			
Não	78	15,80	14,50
Sim	414	83,60	85,50
Necessidade de prótese dentária ^a			
Sim	313	63,20	62,80
Não	179	36,20	37,20
CPOD			
Igual a 32	286	57,8	59,00
27 a 31	68	13,7	12,60
23 a 26	70	14,1	15,10
0 a 22	71	14,3	13,30

* Valores estimados com a correção pelo efeito desenho. ^a Variação no n=495 por perda de informações.

Ainda na categoria desfechos de saúde bucal, no que diz respeito às condições subjetivas, pode-se verificar que grande parte dos idosos relatou

autoperceber sua saúde bucal e aparência de dentes e gengivas como ótima ou boa (Tabela 5).

Tabela 5 Distribuição de idosos de Montes Claros – MG, quanto aos desfechos de saúde bucal (condições subjetivas de saúde bucal). 2008/2009

Variáveis	Sem correção		Com correção
	n	%	%*
DESFECHOS DE SAÚDE BUCAL			
Condições subjetivas de saúde geral			
Domínio físico do SF12			
Insatisfatório	292	59,00	59,80
Satisfatório	203	41,00	40,20
Domínio mental do SF12			
Insatisfatório	83	16,80	17,90
Satisfatório	412	83,20	82,10
Satisfação com a vida			
Insatisfeito ou muito insatisfeito	11	2,20	2,20
Nem satisfeito e nem insatisfeito	54	10,90	10,90
Satisfeito ou muito satisfeito	430	86,90	87,00
Condições subjetivas de saúde bucal			
OHIP14^a			
Impactou	314	63,40	64,00
Não impactou	180	36,40	36,00
Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico^a			
Não	213	43,00	39,90
Sim	280	56,60	60,10
Autopercepção da saúde bucal			
Ruim ou péssima	26	5,30	5,30
Regular	137	27,70	28,20
Ótima ou boa	332	67,10	66,60
Autopercepção da mastigação			
Ruim ou péssima	71	14,30	14,40
Regular	133	26,90	27,50
Ótima ou boa	291	58,80	58,10
Autopercepção da aparência de dentes e gengivas			
Ruim ou péssima	67	13,50	13,20
Regular	135	27,30	27,30
Ótima ou boa	293	59,20	59,50
Autopercepção da fala em função da condição bucal			
Ruim ou péssima	29	5,90	5,00
Regular	80	16,20	16,60
Ótima ou boa	386	78,00	78,30
Autopercepção do relacionamento em função da condição bucal			
Afeta	140	28,30	30,90
Não afeta	355	71,70	69,10
Dor nos dentes e gengivas nos últimos seis meses^a			
Sim	126	25,50	25,00
Não	366	73,90	75,00

* Valores estimados com a correção pelo efeito desenho. ^a Variação no n=495 por perda de informações.

DISCUSSÃO

O câncer bucal é considerado um importante problema de saúde pública devido a sua prevalência e impacto na qualidade de vida dos indivíduos e nas questões socioeconômicas da sociedade. A prevenção e o diagnóstico precoce deste grupo de neoplasias malignas são potencialmente eficazes para diminuição dos níveis de mortalidade e morbidade decorrentes destas.¹⁰ Considerando as atuais evidências quanto ao aumento da ocorrência de casos de câncer bucal no Brasil¹⁰, este estudo descreve o acesso a informação para prevenção e diagnóstico precoce dessas neoplasias.

A análise do acesso às informações sobre como evitar o câncer de boca obtida nos serviços odontológicos, entre idosos, conduzida na presente investigação, pode subsidiar o planejamento de programas e políticas de saúde. Nesse trabalho, foi evidenciado que a maioria da população avaliada não recebeu informações sobre como evitar o câncer bucal nos serviços odontológicos. Esses dados são importantes visto que, a partir da constatação de que o câncer bucal é um problema de saúde pública, é importante que a população seja informada sobre a doença, os fatores de risco e como preveni-la precocemente.²⁴ O acesso a este tipo de informação pode influenciar a prevenção e o diagnóstico precoce desta doença.^{19,20} O cirurgião-dentista é de fundamental importância na difusão de medidas de conscientização e prevenção da doença, já que estes são os profissionais que com mais frequência têm a oportunidade de examinar a cavidade oral.²⁸

Com relação à saúde geral, a maioria relatou a presença de doença crônica (80%*) e fazer uso de medicamentos (69,1%*). Quanto ao relato das condições subjetivas de saúde geral, o domínio físico do SF12 foi insatisfatório para a maioria (59,8%*) sendo, entretanto, o domínio mental do instrumento satisfatório para a maioria (82,1%*). Percebe-se, assim, maior impacto no domínio físico na redução da qualidade de vida dos idosos. Porém, ainda assim, a maior parte deles (87%*) relatou estar satisfeita ou muito satisfeita com a vida. Ou seja, existe uma discordância entre as avaliações do

domínio físico e mental do SF12 sobre o grau do impacto na qualidade de vida. Tais resultados podem auxiliar na compreensão do real impacto que as doenças têm nesse grupo de pacientes³², podendo sugerir a implementação de maiores recursos na saúde para aliviar a carga de sofrimento que eles experimentam.

A maioria dos idosos utilizou o serviço odontológico não SUS, entretanto, o presente estudo, por ser uma análise descritiva, não possibilita identificar em qual tipo de serviço utilizado a prevalência do acesso a informações sobre como evitar o câncer de boca foi maior. As características pessoais dos idosos participantes da investigação evidenciaram que a maioria tinha baixa escolaridade e recursos financeiros escassos. Estudos prévios evidenciaram que indivíduos com características apresentadas pela maioria dos idosos são mais susceptíveis a desenvolver o câncer de boca^{13,35,36} e, portanto deveriam ter maior acesso a informações sobre como evitar o câncer de boca do que o constatado na presente investigação.

A maioria dos participantes da investigação relatou ser da raça não branca. A raça branca está relacionada a uma frequência maior nos casos de câncer bucal^{11,35}. Contudo no Brasil a miscigenação dificulta a padronização da raça³⁶, o que torna difícil estabelecer um critério único para definir a cor da pele, dificultando a comparação de resultados. Desse modo, o relato de pertencimento a uma determinada raça no Brasil como possível preditor ao acesso a informações sobre como evitar o câncer de boca, é questionável.

Evidenciou-se, ainda, que embora 40,9%* dos idosos tenham recebido informações sobre como evitar o câncer de boca e 53,2%* relataram ter tido acesso a informações sobre como evitar problemas bucais, que apenas 22%* de todos os idosos realizam o autoexame da boca e 53,2%* dos idosos não relatou comportamento adequado quanto à higiene bucal. Tais comportamentos podem ser considerados como de risco para doenças bucais dentre elas o câncer bucal¹⁰. A realização do autoexame da boca, método simples

que pode ser realizado pelo próprio indivíduo, é uma das principais estratégias para se obter o diagnóstico precoce do câncer oral, possibilitando uma melhora significativa no prognóstico do paciente.^{23,24} Constatou-se que esta medida precisa ser incentivada entre idosos e que a melhor forma de motivar o idoso a adotar comportamentos saudáveis precisa ser avaliada, uma vez que o acesso a informação não foi suficiente para mudança de comportamento.

Em contrapartida, verificou-se que os principais fatores de risco relacionados à ocorrência deste tipo de neoplasia, o hábito tabagista e o uso de bebidas alcoólicas^{12,15-18} estão ausentes na maior parte dos indivíduos analisados. Ao se levar em conta o conhecimento da população sobre os fatores etiológicos do câncer bucal, estudos prévios mostraram que o tabaco foi o principal fator de risco apontado pelos entrevistados.^{24,26-28} Em um estudo que avaliou 51 pacientes, espanhóis, das clínicas da Faculdade de Odontologia da UGR, quanto ao conhecimento sobre câncer bucal, o tabagismo (25,5%) e o tabaco associado ao álcool (7,8%) foram os fatores de risco ao câncer mais apontados, enquanto as radiações solares foram citadas por apenas 2 (3,9%) dos entrevistados.²⁷ Assim como os resultados aqui apresentados, uma pesquisa realizada com 731 pessoas no município de Mogi das Cruzes – SP, quanto ao nível de conhecimento sobre o câncer bucal, constatou-se que a maior parte da amostra investigada, 557 (76%), era não fumante.²⁸

Dessa maneira, faz-se necessário maior esclarecimento sobre o tema a fim de entender quais variáveis influenciam ou são influenciadas pelo acesso a este tipo de informação. Acredita-se que o acesso à informação pode gerar mudanças no comportamento que interfere na saúde bucal. O modelo teórico de Andersen & Davidson (1997), adotado na presente investigação, é dinâmico e capaz de mostrar que a condição de saúde é determinada, mas também determina os comportamentos em saúde, a direção das associações descritas no modelo não podem ser verificadas em estudos transversais, estudos longitudinais poderiam esclarecer tais questões.^{25,29}

As condições normativas de saúde bucal identificadas na população investigada foram precárias como constatado em estudos brasileiros prévios^{25,37}. Ressalta-se, entretanto, que 17,10%* dos idosos apresentaram alteração de mucosa assim como observado na maioria dos estudos encontrados na literatura.^{38,39} Não se pode afirmar que estas alterações sejam lesões precursoras do câncer bucal, entretanto a prevalência dessas alterações entre idosos registrada na presente investigação sugere a necessidade de revisão nas políticas de saúde do município quanto à divulgação de informações sobre como prevenir o câncer de boca.

Conforme avaliação das condições subjetivas de saúde geral constatou-se comprometimento na qualidade de vida dos idosos principalmente quanto ao domínio físico, embora a maioria dos idosos tenha relatado estar satisfeito ou muito satisfeito com a vida. Constatou-se ainda que as condições de saúde bucal tiveram impacto sobre a qualidade de vida da maioria dos idosos e que 60,10%* perceberam necessitar de tratamento odontológico.

De uma forma geral, os idosos autoperceberam sua saúde bucal, mastigação, aparência de dentes e gengivas, fala e do relacionamento em função da condição bucal como positivas e 75,00%* não relatou sensibilidade dolorosa nos dentes ou gengivas nos últimos seis meses. Estes resultados foram similares aos registrados entre idosos brasileiros³⁷ e sugerem resignação por parte dos idosos perante suas reais condições de saúde bucal, inclusive em relação à prevalência de alterações de mucosa, que conforme afirmação prévia, não se pode afirmar que sejam lesões precursoras do câncer bucal, mas também não se pode afirmar que não sejam.

Enfim, o câncer bucal apresenta características que favorecem a detecção precoce como: maior incidência em populações com idade acima de 40 anos, tabagistas, que consomem bebidas alcoólicas com frequência e que possuem más condições de saúde bucal.¹⁰ Tendo em vista a relevância da detecção e diagnóstico precoce do câncer bucal, os profissionais da saúde devem atuar com o objetivo de conhecer as

populações de risco mais suscetíveis e proporcionar uma maior facilidade de acesso aos serviços de saúde. O cirurgião-dentista, hoje inserido no novo modelo de construção social da saúde, é um dos principais responsáveis pela veiculação de conhecimentos necessários para mudanças de conduta e prevenção do câncer bucal. Os resultados do presente estudo tornam-se importantes para a criação de estratégias de prevenção primária que contemple, de forma efetiva, toda a população. Sendo um dos principais responsáveis por estas medidas o SUS, que garante aos brasileiros direito a atenção a saúde gratuita, em nível primário, secundário e terciário.⁴⁰

CONCLUSÃO

A maioria dos idosos não teve acesso, nos serviços odontológicos, a informações sobre como evitar o câncer de boca, dentre os fatores possivelmente associados a essa doença verificou-se que a maioria relatou a não realização do autoexame da boca e uma proporção considerável relatou hábitos de risco, tabagismo e ou consumo de álcool. Maiores esclarecimentos sobre o tema, como a identificação dos fatores associados ao acesso a essa informação e a realização do autoexame da boca, ou mesmo do perfil dos usuários de serviços de saúde portadores e não portadores de câncer bucal poderiam contribuir para a implementação de políticas de saúde condizentes com a realidade.

Fonte de financiamento da pesquisa: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG Número do processo EDT 3270/06

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesses.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio logístico da Unimontes, da Funorte/SOEBRAS e da Prefeitura Municipal de Montes Claros, o fomento da FAPEMIG e a colaboração

dos participantes. O acadêmico João Gabriel Silva Souza recebeu bolsa de Iniciação Científica. Os pesquisadores Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins, Desirée Sant’Ana Haikal, Marise Fagundes da Silveira, Alfredo Maurício Batista de Paula, André Luiz Sena Guimarães e Raquel Conceição Ferreira receberam bolsa da FAPEMIG. A Pesquisadora Isabela Almeida Pordeus é Bolsista de Produtividade em Pesquisa 1B do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ.

REFERÊNCIAS

1. RAMOS, A. P. S; EMMERICH, A.; ZANDONADE, E. Conhecimentos dos acadêmicos de odontologia sobre câncer de boca. *UFES Revista de Odontologia*, Vitória, v.7, n.1, p.30-38, jan./abr. 2005.
2. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, número 25. 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf. Acesso em: 20 ago. 2011.
3. FERREIRA, J. H. F; MELO, M. C. B. Perfil das ações de Combate ao Câncer de Boca no Estado de Pernambuco/Brasil. *Odontologia Clínico-Científica*, Recife, v. 9, n. 3, p. 219-222, jul./set., 2010.
4. AUGUSTO, T.A. Medidas preventivas do câncer bucal – Revisão de literatura. *Premio Colgate Profissional-Prevenção na área de saúde bucal*. Campinas, fev., 2007.
5. SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, New York, v. 377, n., p. 2042-2053, may., 2011.
6. PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, New York, n. 377, v. 9782, p. 1778-1797, may., 2011.

7. GAZIANO, T. A.; GALEA, G.; REDDY, K. S. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *The Lancet*, New York, v. 370, 2007.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2004: changing history*. Geneva: WHO, 2004.
9. PETERSEN, P. E. Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization. *Oral Oncology*, 2008.
10. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do câncer. Estimativa 2010 – Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso: 02, set, 2011.
11. D’SOUZA, G. *et al.* Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. *New England Journal of Medicine*, v. 356, n.19, p. 1944-1956, 2007.
12. DE PAULA, A. M. *et al.* Analysis of 724 cases of primary head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) with a focus on young patients and p53 immunolocalization. *Oral Oncology*, v. 45, n. 9, p. 777-782, 2009.
13. ZAVRAS, A. Oral cancer treatment costs in Greece and effect of advanced disease. *BMC Public Health*, v. 2, n. 12, 2002.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/idoso.pdf>> Acesso em: 02 set. 2011.
15. HOROWITZ, A. M. *et al.* Oral Pharyngeal Câncer Prevention and Early Detection. *Journal of the American Dental Association*, USA, v. 131, abr, 2000.
16. CARRARD, V. C. *et al.* Álcool e câncer bucal: considerações sobre os mecanismos relacionados. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Brasil – INCA, v. 54, n. 1, p. 49-56, 2008.
17. MOHAMMAD, T. H. C.; PAU, A.; CROUCHER, R. Bangladeshi Dental Students’ Knowledge, Attitudes and Behaviour Regarding Tobacco Control and Oral Cancer. *Journal of Cancer Education*, v. 25, p. 391–395, 2010.
18. SANTOS, G. L. *et al.* Fumo e álcool como fatores de risco para o câncer bucal. *Odontologia Clínico-Científica*, Recife. v. 9, n. 2, p. 131-133, abr./jun., 2010.
19. PITIPAHT, W. *et al.* Factors Associated with Delay in the Diagnosis of Oral Cancer. *Journal of Dental Research*, v. 81, n. 3, p. 192-197, 2002.
20. VASCONCELOS, E. M. *Comportamento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo quanto a prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal*. 2006. 101 f. Dissertação (Mestrado em Diagnóstico Bucal) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
21. CLOVIS, J. B.; HOROWITZ, A. M.; POEL, D. H. Oral and pharyngeal cancer: knowledge and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *Journal of the Canadian Dental Association*, v. 68, n. 7, 2002.
22. GELLRICH, N. C. *et al.* Characteristics of oral cancer in a central European population – Defining the dentist’s role. *Journal of the American Dental Association*, v.134, n. 3, p. 307-314, 2003.
23. DIAS, G. F. *et al.* Autocuidados na prevenção do câncer bucal. *Revista Científica da Universidade de França*, França (SP), v. 5, n. 1/6, p. 14-20, jan-dez, 2005.
24. QUIRINO, M. R. S. *et al.* Avaliação do Conhecimento sobre o câncer de boca entre participante da campanha

para prevenção e diagnóstico precoce da doença em Taubaté SP. *Revista de Odontologia da UNESP*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 327-333, 2006.

25. MARTINS, A. M. E. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 81-92, jan, 2008.

26. LIMA, A. A. S. *et al.* Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Brasil - INCA, v. 51, n. 4, p. 283-288, 2005.

27. SPANEMBERG, J. C. *et al.* Conhecimento e atitudes da população em relação às doenças bucais: uma experiência espanhola. *XVII Congresso Iniciação Científica*, Universidade Federal de Pelotas, RS, nov., 2008.

28. RIBEIRO, R. *et al.* Avaliação do nível de conhecimento de uma população envolvendo câncer oral. *Revista Odontológica do Brasil Central - Robrac*, Goiânia, v. 17, n. 44, p. 104-109, 2008.

29. ANDERSEN. R. M; DAVIDSON, P. L. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Advances in Dental Research*, v. 11, n. 2, 1997.

30. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resoluções do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/comissoes/etica/Resolucoes.htm.1999>> Acesso em: 02 set. 2011.

31. BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 61, p. 777-781, 2003.

32. CAMELIER, A. A. *Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com DPOC: Estudo*

de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP. 2004. 154 fls. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo.

33. OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Copenhagen, v. 33, p.307-14, 2005.

34. TRIOLA, M. F. *Introdução à Estatística*. 7 ed. Rio de Janeiro (RJ): LTC, 1999.

35. BLOT, W. J. *et al.* Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Research*, Philadelphia, v. 48, p.3282-7, 1988.

36. FRANCO, E. L. *et al.* Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. *International Journal of Cancer*, USA, n. 43, p. 992-1000, 1989.

37. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

38. MATHEW, A. L. *et al.* Department of Oral Medicine and Radiology, Manipal College of Dental Sciences, Manipal, Karnataka – 576 104, Índia. The prevalence of oral mucosal lesions in patients visiting a dental school in Southern India.

39. KOVAC-KAVCIC, M.; SKALERIC, U. Department of Oral Medicine and Periodontology, Faculty of Medicine, University of Ljubljana, Slovenia Correspondence. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia.

40. VICTORA, C. G. *et al.* Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*, New York, v. 377, n. 9782, p. 2042-2053, may, 2011.