

Autopercepção de idosos de Teresina-PI sobre saúde bucal e fatores associados

Self-perception of oral health by elderly and associated factors in Teresina-PI

Maria Josecí Lima Cavalcante Vale¹, Flávia Martão Flório², Luciane Zanin³, Glaucia Maria Bovi Ambrosano⁴, Roberta Blanco Santos²

RESUMO

Objetivo: Avaliar a autopercepção da saúde bucal, associando-a a variáveis socioeconômicas, clínicas e comportamentais. **Material e Métodos:** Este estudo de natureza transversal avaliou uma amostra de 425 idosos de 60 anos, de Teresina-PI. O exame intrabucal foi realizado pelo índice de ataque de cárie (CPO-D), índice periodontal e uso e necessidade de prótese. O índice de saúde bucal geriátrica (GOHAI) foi avaliado por meio de entrevista, cujos dados referentes foram apresentados de forma descritiva e posteriormente dicotomizados em baixa percepção (somatório dos escores < 32) e alta percepção (somatório dos escores ≥ 32). Foram feitas análises univariadas por meio do teste de qui-quadrado para se avaliar a associação entre o perfil do idoso, CPO-D, índice periodontal e uso e necessidade de prótese (variáveis de exposição) e o índice GOHAI (variável de desfecho). As variáveis que apresentaram nível de significância menor que 0,2 foram estudadas na análise de regressão logística múltipla com procedimento stepwise, a fim de identificar os fatores associados à baixa percepção. **Resultados:** O CPO-D foi de $29,3 \pm 4,4$ (média / $\pm$ dp). Em relação à doença periodontal, 14,2% dos dentes eram hígidos, 23,5% com sangramento e 7,0% com bolsa periodontal. Quanto ao uso de prótese, 73,4% e 47,5% dos idosos pesquisados usam-na na região superior e inferior, respectivamente; e 25,0% e 51,0% necessitam de prótese na região superior e inferior, respectivamente. Os idosos com renda menor ou igual a um salário mínimo apresentaram 2,19 (IC: 1,30-3,69) vezes mais chance de apresentar baixa percepção de saúde bucal. Aqueles que ingerem diariamente medicamentos têm 1,90 (IC: 1,10-2,87) vezes mais chance de apresentar baixa percepção de saúde bucal e os que não necessitam de próteses dentárias inferiores têm 1,88 (IC: 0,35-1,09) vezes mais chance de apresentar baixa percepção de saúde bucal que os idosos que necessitam de próteses totais. **Conclusão:** A autopercepção da saúde bucal pelos idosos de Teresina-PI, participantes deste estudo, foi positiva. No entanto, possuir renda mensal menor que um salário mínimo, ingerir diariamente medicamentos e necessitar de próteses totais inferiores são fatores associados a uma baixa percepção desses sujeitos em relação à sua saúde bucal.

Descritores: Autoimagem. Saúde bucal. Idoso.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade vivenciada tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, consequência, principalmente, da diminuição das taxas de fecundidade, diminuição da mortalidade infantil e mortalidade nas idades mais avançadas e a melhoria na qualidade de vida¹.

No Brasil, essa mudança no perfil epidemiológico da população idosa exigiu mudanças na área da saúde, bem como na prática da Odontologia,

sendo necessário o conhecimento mais aprofundado sobre a odontogeriatria e sobre aspectos psicossociais dos idosos que possam influenciar diretamente no tratamento odontológico².

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, Projeto SB Brasil 2010, teve como objetivo geral conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira, subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) e manter uma base de dados eletrônica para o

¹ Faculdade Integral Diferencial (FACID), Teresina, PI, Brazil.

² São Leopoldo Mandic School of Dentistry and Research Center, Campinas, SP, Brazil.

³ Centro Universitário Hermínio Ometto (Uniararas), School of Dentistry, Araras, SP, Brazil.

⁴ Universidade Federal de Campinas (FOP-UNICAMP), Piracicaba, SP, Brazil.

Contatos: josecivale67@gmail.com, flaviaflorio@yahoo.com, zaninsouza@yahoo.com.br, glaucia@fop.unicamp.br, robertablanco@gmail.com

componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal. Os maiores problemas bucais detectados na pesquisa foram na população entre 65 e 74 anos de idade. Atualmente, cerca de 7 milhões de idosos não utilizam prótese nas duas arcadas ou usam-na em apenas uma delas, caracterizando o perfil de edentulismo da população idosa brasileira. De 2003 a 2010, a proporção de idosos afetados pelo problema caiu pouco, com redução de apenas um ponto percentual para os dois casos: de 24,0% para 23,0%, entre os que precisam de prótese total e de 16,0% para 15,0% entre os que necessitam de prótese parcial³.

A saúde bucal do idoso, quando comprometida, pode influenciar negativamente o nível nutricional, o bem-estar físico e mental, além de diminuir o prazer de uma vida social. Assim, o desenvolvimento de programas específicos que valorizem a manutenção da saúde bucal e, conseqüentemente, a qualidade de vida, se tornam importantes⁴.

De acordo com a pesquisa SB Brasil 2003⁵ a autopercepção em saúde bucal dos voluntários na faixa etária de 65 a 74 anos mostrou uma porcentagem de 4,7%, 11,6% e 27,5% de pessoas relatando uma situação de saúde bucal péssima, ruim ou regular, respectivamente. Já em 2010, essas porcentagens foram de 3,0%, 25,2% e 17,3% dos avaliados, considerando que estão muito insatisfeitos, insatisfeitos, nem satisfeitos nem insatisfeitos, respectivamente, com sua saúde bucal³.

A avaliação da autopercepção da condição de saúde bucal permite que se tenha um panorama mais próximo da real condição do indivíduo, integrando os resultados clínicos às reais expectativas, anseios, medos e necessidades individuais do idoso⁶, além de fornecer informação fidedigna que contribua para a elaboração de estratégias pertinentes no âmbito da saúde pública.

Os objetivos deste estudo foram: avaliar a autopercepção da saúde bucal, associando-a a variáveis socioeconômicas, clínicas e comportamentais em idosos de Teresina-PI.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo observacional transversal buscou avaliar idosos de todos os nove centros de convivência e quatro abrigos da cidade de Teresina-PI. O universo foi composto por 1.911 idosos de ambos os sexos. O cálculo do tamanho amostral foi realizado em função da frequência de pessoas (43,6%) que relataram uma situação de saúde bucal negativa (péssima, ruim ou regular) para a faixa etária de 65 a 74 anos, segundo dados do Levantamento Epidemiológico SB-Brasil 2003⁵ e considerou-se 1,96 para o valor limite da área de rejeição (nível de significância de 95,0%) e 10,0% como a margem de erro aceitável. Os ajustes ao tamanho da amostra mínima calculada consideraram a correção para população finita e 10% como a taxa

de não resposta (0,10), chegando-se ao cálculo de 433 indivíduos. Esse tamanho de amostra proporcionou um poder do teste (1- β) de 0,80 com nível de significância α de 0,05 para um *odds ratio* de 1,5 e porcentagem de respostas no grupo não exposto de 50%.

De posse de uma listagem com os nomes dos idosos com mais de 60 anos de cada centro/abrigo, realizou-se um sorteio aleatório simples, excluindo-se os voluntários que não aceitaram participar do estudo, ou apresentaram dificuldade para abrir a boca para a realização do exame clínico e os que não entenderam as instruções ou não conseguiram responder ao questionário, chegando-se, por fim, a 425 idosos voluntários.

Com a finalidade de garantir a uniformidade de interpretação, compreensão e aplicação dos critérios estudados, foi realizada a calibração da examinadora⁷. Esse processo teve duração de 12 horas com 10 voluntários no Abrigo São Lucas, não participantes do estudo principal. Teve como objetivo a verificação do tempo de aplicação do questionário, do exame clínico e possíveis dúvidas no entendimento do questionário. A porcentagem de concordância intraexaminador observada foi de 75,0% (CPI), 93% (CPO-D) e 100% (uso e necessidade de prótese).

A coleta de dados clínicos foi realizada apenas por uma examinadora previamente calibrada, uma cirurgiã-dentista com experiência em levantamentos epidemiológicos. A verificação da cárie dentária foi realizada baseada nos códigos e critérios preconizados pela OMS⁸, adaptados pela Faculdade de Saúde Pública (FSP-USP)⁹, pelo índice CPO-D, o qual avalia o número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados.

Para a avaliação das condições periodontais, foi utilizado o Índice Periodontal Comunitário (CPI) que avaliou três indicadores das condições periodontais: sangramento gengival, cálculo e bolsas periodontais nos dentes: 17, 16; 11; 26, 27; 47, 46; 31 e 36, 37, representantes dos seis sextantes, preconizado pela OMS⁸.

Avaliou-se o uso e necessidades protéticas para os arcos superior e inferior. O critério “prótese presente” foi considerado quando esta estava sendo usada no momento do exame. As condições protéticas consideradas foram: prótese fixa, prótese parcial removível, prótese parcial fixa e removível, prótese total, sem prótese e não registrado, conforme preconizado pela OMS⁸.

Com o objetivo de delinear o perfil dos voluntários, foram realizadas entrevistas por um auxiliar em saúde bucal, envolvendo perguntas referentes ao estado civil (solteiro/ casado/ separado/ viúvo), escolaridade (analfabeto/ não analfabeto) ocupação profissional (aposentado/ não aposentado/ ativo), procedência (rural/ urbana), idade, renda mensal (salário mínimo e câmbio vigentes na ocasião da coleta de dados = R\$ 415,00 = US\$ 192,57), se fumava (sim/ não), ingeria medicamentos diariamente

(sim/ não) e bebia álcool (sim/ não), além de informações sobre hábitos de higiene oral. A entrevista também coletou informações sobre os cuidados com os dentes, nas perguntas em que o sujeito relatava se: havia recebido atendimento dentário no último ano (sim/ não), usava escova dental (sim/ não), usava a escova diariamente (sim/ não), usava fio dental (sim/ não), usava fio dental diariamente (sim/ não).

A regularidade na busca ao dentista para cuidados com a saúde bucal foi referenciada na avaliação do atendimento. Perguntou-se quando o idoso havia ido ao dentista (nos últimos 12 meses/ há mais de 1 ano/ há mais de 2 anos/ há mais de 5 anos/ nunca foi), o que achou do atendimento (bom/ regular/ ruim), se foi realizado no serviço público (sim/ não), se completou o tratamento (sim/ não) e se recebeu orientações de saúde bucal durante o tratamento odontológico (sim/ não).

O *Geriatric Oral Health Assessment Index* – Índice de Saúde Bucal Geriátrica (GOHAI) foi traduzido e validado para ser aplicado à população brasileira^{10,11}. O índice é composto por um instrumento com doze perguntas que procuram avaliar se nos últimos três meses o idoso apresentou algum problema funcional, psicológico ou doloroso, devido a problemas bucais¹².

O índice permite analisar a saúde bucal em relação a três funções básicas: (a) física, incluindo alimentação, fala e deglutição (questões 1, 2, 3 e 4); (b) psicológica, compreendendo a preocupação ou o cuidado com a própria saúde bucal, insatisfação com a aparência, autoconsciência relativa à saúde bucal e o fato de evitar contatos sociais por problemas odontológicos (questões 6, 7, 9, 10 e 11); (c) dor ou desconforto, considerando o uso de medicamento para aliviar essas sensações, desde que provenientes da boca (questões 5, 8 e 12). A aplicação desse questionário foi realizada apenas pela cirurgia-dentista responsável pela pesquisa, na forma de entrevista.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada utilizando o programa estatístico *Statistical Analysis System*

(SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, Release 8.2, 2001), por meio do qual se fez uma análise descritiva do índice GOHAI, calculando-se a média, mediana, valor mínimo, valor máximo e desvio padrão em função de cada variável estudada. Por conseguinte, a variável índice GOHAI foi dicotomizada na mediana em baixa percepção (somatório dos escores < 32) e alta percepção (somatório dos escores ≥ 32).

Foram feitas análises univariadas por meio do teste de qui-quadrado para se avaliar a associação entre o perfil do idoso, definido pela idade no momento do exame, estado civil, gênero, procedência, escolaridade, renda mensal, ocupação profissional, características de hábitos de ingestão de bebidas alcoólicas e ingestão de medicamentos diariamente; as características de saúde bucal do idoso foram definidas pelas condições e necessidades de próteses superior e inferior, uso de escova e fio dental, índice periodontal comunitário (CPO-D) e o índice GOHAI, tomando-se como elemento de discriminação o valor da mediana.

As variáveis que apresentaram nível de significância menor que 0,20 foram inseridas na análise de regressão logística múltipla com procedimento *stepwise*, a fim de identificar os fatores associados para um índice GOHAI baixo. O modelo final ajustado contou com as variáveis que constituíram o perfil dos idosos, descritas acima, as quais apresentaram associação significativa com o GOHAI, estimando-se *odds ratio* e os intervalos de confiança a 95,0%, com nível de significância de 5,0%.

Todo o estudo foi conduzido de acordo com os preceitos determinados pela Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 06/224.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a classificação dos indivíduos segundo o índice GOHAI, dicotomizadas em função do tipo de instituição. Visto que as variáveis não se relacionaram estatisticamente, a análise do resultado desconsiderou o tipo de instituição estudada.

Tabela 1 – Classificação dos idosos nos abrigos e centros de convivência segundo índice GOHAI

	Índice GOHAI				Total
	≥ mediana (somatório dos escores ≥ 32)		< mediana (somatório dos escores < 32)		
	n	%	n	%	
Abrigos	41	45,6	49	54,4	90
Centros	185	55,2	150	44,8	335
Total	226	53,2	199	46,8	425

(Teste Qui-quadrado, p = 0,10)

Após tabulação dos dados relativos aos 425 voluntários, realizou-se uma análise descritiva das variáveis, considerando-se as medidas de tendência

central (média e mediana), a medida de dispersão, desvio padrão e os valores mínimo e máximo do índice GOHAI (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de frequências e medidas de tendência central do índice GOHAI em função das variáveis estudadas.

(continua)

Variável		Índice GOHAI						
		n	%	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Idade no momento do exame	60-70 anos	212	49,88	31,12	32	18	36	3,35
	71-80 anos	164	38,59	31,01	32	17	36	3,25
	>80 anos	49	11,53	31,88	32	26	36	2,71
Estado civil	Solteiro	80	18,82	30,61	31	20	36	3,42
	Casado	125	29,41	31,44	32	17	36	2,97
	Separado	51	12,00	30,49	32	18	36	3,98
	Viúvo	169	39,76	31,47	32	20	36	3,02
Ingerir álcool	Sim	47	11,06	31,26	32	20	36	3,07
	Não	378	88,94	31,17	32	17	36	3,26
Gênero	Masculino	103	24,24	31,15	32	17	36	3,47
	Feminino	322	75,76	31,19	32	18	36	3,16
Procedência	Zona rural	185	43,35	31,16	32	17	36	3,39
	Zona urbana	240	56,47	31,19	32	18	36	3,12
Escolaridade	Analfabeto	146	34,35	30,75	31	20	36	3,62
	Alfabetizado	279	65,65	31,38	32	17	36	3,02
Renda mensal	≤ 1 SM	339	79,76	30,98	31	17	36	3,39
	> 1 SM	86	20,24	31,91	32,5	23	36	2,49
Fumante	Sim	38	8,94	30,74	31	20	36	3,67
	Não	387	91,06	31,22	32	17	36	3,19
Ocupação profissional	Aposentado	367	86,35	31,39	32	17	36	3,07
	Não aposentado	44	10,35	29,82	30	20	36	4,14
	Ativo	14	3,29	29,64	29	25	35	3,41
Usa medicamentos diariamente	Sim	327	76,94	31,02	32	17	36	3,33
	Não	98	23,06	31,69	32	22	36	2,83
CPOD (Mediana = 32)	CPOD ≥ med	280	65,88	31,18	31	20	36	3,10
	CPOD < med	145	34,12	31,15	32	17	36	3,48
CPI	Hígido	51	12,00	31,04	32	17	36	3,87
	Sang/Cálculo	90	21,18	31,44	32	20	36	3,06
	Bolsa	13	3,06	30,38	32	21	34	4,39
	TSA ^(a)	271	63,76	31,14	31	20	36	3,12
Recebeu atendimento dentário no último ano?	Sim	100	23,53	31,20	32	18	36	3,10
	Não	325	76,47	31,17	32	17	36	3,28
Usa escova dental?	Sim	363	85,41	31,26	32	17	36	3,12
	Não	62	14,59	30,66	31	20	36	3,84
Se usa, o faz diariamente? (E)	Sim	352	82,82	31,24	32	17	36	3,14
	Não	73	17,18	30,89	31	20	36	3,65
Usa fio dental?	Sim	56	13,18	31,50	32	18	36	2,90
	Não	369	86,82	31,13	32	17	36	3,28
Se usa, o faz diariamente? (FD)	Sim	41	9,65	31,63	32	24	36	2,43
	Não	384	90,35	31,13	32	17	36	3,31

(conclusão)

Variável		Índice GOHAI						
		n	%	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Uso de prótese superior	Sem prótese	113	26,59	30,57	31	17	36	4,04
	Prótese parcial	34	8,00	32,09	33	25	36	2,61
	Prótese total	278	65,41	31,30	32	18	36	2,90
Uso de prótese inferior	Sem prótese	223	52,47	30,76	31	17	36	3,64
	Prótese parcial	46	10,82	31,57	32	24	34	2,43
	Prótese total	156	36,71	31,63	32	20	36	2,77
Necessidade de prótese superior	Não	318	74,82	31,47	32	18	36	2,86
	Prótese parcial	42	9,88	30,26	31	17	36	3,98
	Prótese total	64	15,06	30,41	30,5	20	36	4,12
Necessidade de prótese inferior	Não	208	48,94	31,68	32	20	36	2,67
	Prótese parcial	107	25,18	30,93	32	17	36	3,79
	Prótese total	110	25,88	30,43	30,5	22	36	3,52
Foi ao dentista?	< 5 anos	242	56,94	31,03	32	17	36	3,34
	> 5 anos	168	39,53	31,42	32	20	36	3,03
	Nunca foi	15	3,53	30,60	31	23	35	4,01

a) TSA – (Todos os sextantes ausentes); SM = salário mínimo; CPOD = índice de ataque de cárie; CPI = índice periodontal comunitário; E = escova dental; FD = fio dental.

Dos 425 idosos examinados, 212 (49,9%) tinham entre 60-70 anos, 169 (39,8%) eram viúvos (as), 322 (75,8%) eram do gênero feminino, 240 (56,4%) eram de origem urbana, 339 (79,8%) tinham uma renda mensal menor ou igual a um salário mínimo e 367 (86,4%) eram aposentados. Apenas 3,5% nunca foram ao dentista e a maioria (56,9%) relatou que foi ao dentista nos últimos 5 anos.

Observou-se que a maior parte dos idosos

(65,4%) usava próteses, especialmente as totais superiores.

Dos idosos avaliados, 85,4% usavam escova dental, 82,8% destes usavam diariamente e 86,8% relataram que não usavam fio dental.

Na tabela 3 podem ser observadas as associações entre as variáveis de estudo com a dicotomização do índice GOHAI, tomando-se como elemento de discriminação o valor da mediana.

Tabela 3 – Análise univariada do índice GOHAI em função das variáveis estudadas.

(continua)

		Índice GOHAI				
		≥ mediana (somatório dos escores ≥ 32)		< mediana (somatório dos escores < 32)		p
Variável	Categorização	n	%	n	%	p
Idade no momento do exame	60-70 anos	113	53,3	99	46,7	p = 0,99
	71-80 anos	87	53,0	77	47,0	
	>80 anos	26	53,1	23	46,9	
Estado civil	Solteiro	33	41,3	47	58,8	p = 0,07
	Casado	67	53,6	58	46,4	
	Separado	26	51,0	25	49,0	
	Viúvo	100	37,2	169	62,8	

(conclusão)

Variável	Categorização	Índice GOHAI				p
		≥ mediana (somatório dos escores ≥ 32)		< mediana (somatório dos escores < 32)		
		n	%	n	%	
Ingere álcool	Sim	26	55,3	21	44,7	p = 0,75
	Não	200	52,9	178	47,1	
Gênero	Masculino	52	50,5	51	49,5	p = 0,53
	Feminino	174	54,0	148	46,0	
Procedência	Zona urbana	98	53,0	87	47,0	p = 0,94
	Zona rural	128	53,3	112	46,7	
Escolaridade	Analfabeto	66	45,2	80	54,8	p = 0,02
	Alfabetizado	160	57,3	119	42,7	
Renda mensal	≤ 1 SM	166	49,0	173	51,0	p < 0,01
	> 1 SM	60	69,8	26	30,2	
Fumante	Sim	17	44,7	21	55,3	p = 0,27
	Não	209	54,0	178	46,0	
Ocupação profissional	Aposentado	205	55,9	162	44,1	p = 0,02
	Não aposentado	17	38,6	27	61,4	
	Ativo	4	28,6	10	71,4	
Ingere medicamentos diariamente	Sim	165	50,5	162	49,5	p = 0,04
	Não	61	62,2	37	37,8	
CPOD (Mediana = 32)	CPOD ≥ med	130	49,8	131	50,2	p = 0,08
	CPOD < med	96	58,5	68	41,5	
CPI	Hígido	32	62,7	19	37,3	p = 0,21
	Sang/Cálculo	53	58,9	37	41,1	
	Bolsa	7	53,8	6	46,2	
	TSA ^(a)	134	49,4	137	50,6	
Recebeu atendimento dentário no último ano?	Sim	54	54,0	46	46,0	p = 0,85
	Não	172	52,9	153	47,1	
Usa escova dental?	Sim	200	55,1	163	44,9	p = 0,06
	Não	26	41,9	36	58,1	
Se usa, o faz diariamente? (E)	Sim	194	55,1	158	44,9	p = 0,08
	Não	32	43,8	41	56,2	
Usa fio dental?	Sim	36	64,3	20	35,7	p = 0,07
	Não	190	51,5	179	48,5	
Se usa, o faz diariamente? (FD)	Sim	27	65,9	14	34,1	p = 0,09
	Não	199	51,8	185	48,2	
Uso de prótese superior	Sem prótese	53	46,9	60	53,1	p = 0,05
	Prótese parcial	24	70,6	10	29,4	
	Prótese total	149	53,6	129	46,4	
Uso de prótese inferior	Sem prótese	109	48,9	114	51,1	p = 0,18
	Prótese parcial	28	60,9	18	39,1	
	Prótese total	89	57,1	67	42,9	
Necessidade de prótese superior	Não	180	56,6	138	43,4	p = 0,05
	Prótese parcial	19	45,2	23	54,8	
	Prótese total	27	41,5	38	58,5	
Necessidade de prótese inferior	Não	122	58,7	86	41,3	p < 0,01
	Prótese parcial	60	56,1	47	43,9	
	Prótese total	44	40,0	66	60,0	
Foi ao dentista?	< 5 anos	129	53,3	113	46,7	p = 0,85
	> 5 anos	90	53,6	78	46,4	
	Nunca foi	7	46,7	8	53,3	

a) TSA – (Todos os sextantes ausentes); SM = salário mínimo; CPO-D = índice de ataque de cárie; CPI = índice periodontal comunitário; E = escova dental; FD = fio dental.

Entre as variáveis analisadas na tabela 3, grau de escolaridade, renda mensal, ocupação profissional, ingestão de medicamentos diariamente, necessidade de prótese superior e inferior apresentaram uma associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) em relação ao GOHAI.

Ao se avaliar a associação entre o perfil do idoso e o índice GOHAI, observou-se que 226 idosos (53,2%) apresentaram um GOHAI alto e 199 idosos (46,8%) GOHAI baixo.

Dos idosos que tinham baixa percepção de saúde bucal, 54,8% eram analfabetos, 51,0%

possuíam uma renda mensal menor ou igual a um salário mínimo, 71,4% eram economicamente ativos, 61,4% não eram aposentados, 49,5% ingeriam medicamentos diariamente, 58,5% necessitavam de prótese total superior e 60,0% de prótese total inferior.

As variáveis que apresentaram nível de significância menor que 0,20 nas análises individuais foram testadas na análise de regressão logística múltipla. Permaneceram no modelo de regressão logística múltipla as variáveis que apresentaram associação significativa ($p \leq 0,05$), estimando-se os *odds ratio* e os intervalos de confiança a 95% (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise logística multivariada do índice GOHAI.

		Gohai < mediana (somatório dos escores < 32)		Odds ratio	IC95%	p
		n	%			
Renda mensal	≤ 1 SM	173	51,0	2,19	1,30 - 3,69	< 0,01
	> 1 SM	26	30,2	1,00		
Ingestão diária de medicamentos	Sim	162	49,5	1,90	1,10 - 2,87	0,03
	Não	37	37,8	1,00		
Necessidade de prótese inferior	Não	86	41,3	1,88	1,14 - 3,09	0,01
	Parcial	47	43,9	1,62	0,92 - 2,82	0,09
	Total	66	60,0	1,00		

SM = salário mínimo

Entre as variáveis que permaneceram no modelo final, renda mensal, ingestão diária de medicamentos e necessidade de prótese inferior foram identificados como os fatores de risco para uma baixa percepção de saúde bucal ($p < 0,05$).

Verificou-se que os idosos com renda menor ou igual a um salário mínimo apresentam 2,19 (95%IC: 1,30 - 3,69) vezes mais chance de apresentar baixa percepção de saúde bucal.

Os idosos que ingerem diariamente medicamentos têm 1,90 (95%IC: 1,10 - 2,87) vezes mais chance de apresentar baixa percepção de saúde bucal do que os idosos que não apresentam essa ingestão diária ($p = 0,03$).

Os idosos que não necessitam de próteses dentárias inferiores têm 1,88 (IC: 0,35 - 1,09) vezes mais chance de apresentar baixa percepção de saúde bucal do que os idosos que necessitam de próteses totais.

DISCUSSÃO

A perda total de dentes ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde,

destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas¹³. Dessa forma, faz-se necessário uma reflexão mais profunda sobre a questão social que o idoso representa, diante das angústias daqueles que conseguem ter uma vida longa sem qualidade de vida, acentuando os problemas da aposentadoria, da redução de renda, das doenças crônicas, da solidão e pobreza.

No Brasil, verificam-se grandes desigualdades sociais, vivenciadas principalmente pelos idosos que, em sua maioria, tiveram pouco acesso à educação. Até o ano de 1994 não existia, no país, uma política nacional para os idosos. As autoridades governamentais brasileiras só intensificaram sua mobilização em prol de políticas específicas para essa faixa etária a partir dos efeitos produzidos pela sua organização sociopolítica¹⁴.

A Política Nacional do Idoso¹⁵, instituída pela lei nº 8.842/94, regulamentada em 3 de julho de 1996, pelo decreto nº 1.948/96, teve como objetivo assegurar os direitos do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

O Governo Federal deu um grande passo com a criação da Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente, com ações em saúde bucal voltadas para cidadãos de todas as idades. Criada em 17 de março de 2004, pela primeira vez na história, o governo desenvolveu uma política estruturada com o objetivo de ampliar e garantir a assistência odontológica à população. Essa política apresenta, entre suas linhas de ação, a reorganização da atenção especializada, pela implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias¹⁶.

O aumento da expectativa de vida tem como consequência o crescimento do número de idosos, sendo importante o desenvolvimento de pesquisas que forneçam um diagnóstico preciso das reais condições de saúde bucal dessa população¹⁷.

Embora a cidade de Teresina-PI possua 226 equipes de Saúde da Família (PSF), sendo destas 150 de equipes de Saúde Bucal, hospitais e serviços de referência, não possuem nenhum serviço de saúde específico que valorize e priorize o paciente idoso. Buscar uma Odontologia que reconheça a forma como a população percebe sua condição de saúde bucal seria uma forma de melhorar as condições precárias de saúde bucal e, conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas¹⁸.

O município de Teresina possui nove Centros de Convivência na área urbana, três abrigos administrados por organizações não governamentais (ONGs) e um abrigo gerenciado pelo Estado. Embora a finalidade dos Centros de Convivência não seja diretamente dar assistência médica ou odontológica para essa população, eles desempenham importante papel social, pois têm como objetivo integrar o idoso na sociedade em que vive. Trata-se, assim, de um local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborais, culturais, recreativas, associativas e de educação para a cidadania. Ali são promovidas palestras, debates e outras atividades, com informações sobre previdência social e outras questões relativas ao envelhecimento.

A autopercepção da saúde bucal do idoso permitirá o conhecimento da sua condição e facilitará a integração do profissional com o paciente, melhorando a implementação de ações que aumentem a sua qualidade de vida.

Em relação ao perfil do idoso, observou-se que 34,3% eram analfabetos, 86,3% eram aposentados e a maioria dos idosos (79,76%) possuía uma renda igual ou inferior a 1 salário mínimo (R\$ 415,00 em 2008). Apesar do baixo valor do salário mínimo, este é o benefício social que contempla grande parte dos idosos brasileiros, sendo que muitos deles vivem apenas com essa receita como única fonte de renda¹⁸.

A predominância de idosos pode estar

relacionada à maior longevidade das mulheres em relação aos homens, devido, principalmente, à menor exposição a determinados fatores de risco de trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferenças quanto à atitude em relação a doenças e/ou incapacidades e maior assistência médico-obstétrica¹⁹.

Os idosos percebem suas necessidades de tratamento a partir de sinais e sintomas específicos, como perda dentária e dor e não a partir de uma avaliação geral de sua real condição de saúde bucal. A própria sociedade acredita na naturalidade das perdas dentárias com avanço da idade e não considera que a falta de dentes acarreta na redução da qualidade da mastigação e deglutição dos alimentos²⁰.

Quanto à doença periodontal, os resultados estão próximos dos encontrados no SB Brasil 2003⁵ para a faixa etária de 65 a 74 anos, que foi de 60,8% para sextantes nulos e também, de acordo com estudo já publicado, que foi de 60,9%²¹, mas inferior a outros estudos realizados em duas cidades do estado de São Paulo que tiveram uma frequência de 80,8%²² e 70,3%²³. Essa realidade é consequência dos serviços odontológicos prestados que priorizam as extrações dentárias e não ações preventivas ocorridas ao longo dos anos⁵.

A não utilização do fio dental (86,8%) por idosos representa um procedimento comum, pela ausência de dentes ou falta de hábito, dificuldade motora e falta de motivação²⁴. O CPO-D encontrado foi de 29,3 ± 4,4 (média / ± dp), próximo aos resultados dos estudos encontrados na literatura científica¹³ e também no SB Brasil 2003⁵, que foi de 27,8. Quando avaliado cada componente em separado, observou-se que o componente perdido foi responsável por 93,8% do índice nesta população^{5,13}. No SB Brasil 2010, o CPO-D médio encontrado para a faixa etária entre 65-74 anos na região Nordeste foi de 27,2 e para todo o Brasil, nessa mesma faixa etária foi de 27,5³.

O índice elevado de edentulismo presente nos idosos justifica-se pelo modelo predominante de atenção à saúde bucal que prioriza, nessa faixa etária, as exodontias, as restaurações e a reabilitação oral (pelo uso de próteses) e não a promoção de saúde; além da maior dificuldade de adaptação às próteses inferiores e da falta de acesso aos serviços odontológicos²⁵.

O fator “necessidade de prótese superior e inferior” teve associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) com o índice GOHAI, mas somente a necessidade de prótese inferior foi identificada como um fator associado à baixa percepção.

A maioria dos voluntários usa prótese superior (73,4%), resultado não muito diferente daqueles colhidos em 2010, na região Nordeste, para a faixa etária entre 65 a 74 anos de idade, em que 68,6% utilizavam próteses superiores e entre esses,

56,1% utilizavam próteses totais³. Esses resultados também estão de acordo com outros estudos^{26,27}, mas em desacordo com estudos que mostram que somente 20,0%²⁸ e 43,4% dos idosos utilizavam próteses superiores²⁹. A necessidade de prótese superior (24,9%) e inferior (51,0%) identificadas neste estudo foi inferior aos valores detectados para o Brasil em 2003⁵, sendo 32,4% e 56,0% para prótese superior e inferior, respectivamente.

Verifica-se que a maioria dos examinados (76,4%) relatou não ter recebido atendimento dentário no último ano, sendo este número maior que os encontrados no levantamento nacional das condições de saúde bucal da população brasileira, que foi de 48,5% para a faixa etária de 65 a 74 anos⁵. Entretanto, não se pode deixar de lembrar que as pessoas têm o hábito de procurar o profissional da Odontologia apenas nos momentos dolorosos³.

Existe a necessidade de esclarecer a população da necessidade precoce dos cuidados à saúde bucal, pois não teremos idosos dentados enquanto houver adolescentes sem acesso à saúde bucal. Segundo dados obtidos no SB Brasil 2010³, cerca de 18,0% dos adolescentes brasileiros na faixa etária de 15-19 anos nunca foram ao dentista. Existem desigualdades regionais marcantes: 5,0% dos adolescentes da Região Sul relataram nunca ter ido ao dentista, enquanto esse percentual chega a 16,0% na Região Nordeste. Verificou-se também que um dos principais motivos da ida ao dentista foi à consulta de rotina/manutenção, relatada por cerca de 36,2% dos adolescentes. Quanto aos adultos e idosos, a porcentagem de pessoas que foram ao dentista devido à presença de dor/tratamento foi de cerca de 45,0% nessas fases da vida³.

Apesar de todos esses dados apontarem para uma condição de saúde bucal e qualidade de vida insatisfatória, ao se avaliar a associação entre o perfil do idoso e o índice GOHAI, observou-se que 226 dos idosos (53,1%) apresentaram alta percepção de saúde e 199 idosos (46,8%) baixa percepção. Esses resultados coincidem com os resultados já apresentados na literatura que trata desse tema^{10,29}.

Não se pode avaliar a percepção da saúde bucal dos idosos analisando apenas fatores clínicos, sem compreender o contexto social deles. Idosos de baixa renda, analfabetos e sem moradia digna podem apresentar uma percepção equivocada sobre sua saúde bucal. Portanto, as respostas para doença e a experiência do processo saúde-doença dependem dos fatores sociais³⁰.

A percepção e a importância da sua condição bucal é um indicador do comportamento dos idosos, pois tem sido observado que ela não está associada ao uso de serviços de saúde e à mortalidade. Mesmo nos países que mantêm programas dirigidos a idosos, a principal razão para esse grupo não procurar o serviço

odontológico é a não percepção de sua necessidade³¹. Em idosos, a percepção também pode ser afetada por valores pessoais, como a crença de que algumas dores e incapacidades são inevitáveis nessa idade^{10,29}.

As condições de saúde bucal através da autopercepção demonstram que as pessoas veem sua saúde bucal de maneira favorável, apesar da presença de problemas na mastigação e insatisfação com aparência, pois os sintomas dolorosos são as necessidades odontológicas¹² mais reconhecidas.

Entre as variáveis analisadas, o grau de escolaridade, renda mensal, ocupação profissional, ingestão de medicamentos diariamente, necessidade de prótese superior e inferior apresentaram uma associação estatisticamente significativa em relação ao GOHAI na análise univariada. Os resultados sugerem uma associação entre ser analfabeto e apresentar baixa percepção de saúde bucal. Até o momento, a literatura científica tem explorado pouco esse tema na Odontologia, sendo necessária a realização de mais pesquisas^{17,18}.

A análise multivariada mostrou que os fatores relativos à renda mensal, ingestão diária de medicamentos e necessidade de prótese inferior foram considerados como associados para o paciente apresentar uma baixa percepção de saúde bucal. A identificação desses fatores na população estudada é de grande interesse para estimar suas demandas por atividades preventivas e promoção da saúde.

O fato de os idosos com renda menor ou igual a um salário mínimo terem 2,19 vezes mais chance de apresentar baixa percepção de saúde bucal do que os idosos com renda mensal maior que um salário mínimo coincide com resultados já apresentados pela literatura científica que trata deste tema¹⁸.

A partir do conhecimento prévio da percepção de saúde bucal do idoso, a equipe de saúde bucal poderá integrar os resultados clínicos às reais expectativas, anseios, medos e necessidades individuais do paciente idoso. Assim, considera-se a avaliação da autopercepção de idosos em relação à saúde bucal uma medida significativa para desenvolver ações de educação em saúde com ênfase na autoproteção e na autopercepção, conscientizando a pessoa para a necessidade de cuidados com sua saúde bucal, fornecendo também dados para subsidiar o planejamento e ações preventivas e curativas para essa população específica.

CONCLUSÃO

A autopercepção da saúde bucal pelos idosos de Teresina-PI, participantes deste estudo, avaliada através do índice GOHAI foi positiva. Possuir renda mensal menor que um salário mínimo, ingerir diariamente medicamentos e necessitar de próteses totais inferiores são fatores associados para uma baixa

percepção desses sujeitos em relação à sua saúde bucal.

ABSTRACT

Aim: To assess self-perceived oral health and its association with socioeconomic, clinical, and behavioral variables. **Methods:** This cross-sectional study evaluated 425 elderly patients (60 years of age) from Teresina, PI, Brazil. The intraoral examination was performed by the caries attack rate (DMFT), the periodontal index and the need for prosthesis. The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) was assessed through interviews. The data related to GOHAI were presented descriptively and then dichotomized into low perception (sum of scores < 32) and high perception (sum of scores ≥ 32). Univariate analyses were performed using the chi-square test to assess the association between the old profile, the DMFT, the periodontal index, the use and need for prostheses (exposure variables), and GOHAI (outcome variable). Variables with a significance level of less than 0.2 were studied in a multiple logistic regression analysis, using the “stepwise” procedure, in order to identify the factors associated with low perception. **Results:** The DMFT was 29.3 ± 4.4 (mean / $\pm$ SD). Regarding periodontal disease, 14.2% of the teeth were healthy, 23.5% presented bleeding, and 7.0% presented a periodontal pocket. Regarding the use of a prosthesis, 73.4% and 47.5% used it in the top and bottom regions, respectively, while 25.0% and 51.0% needed the prostheses in the upper and lower regions, respectively. Elderly patients with incomes of lower or equal to 1 minimum salary are 2.19 (CI: 1.30 to 3.69) times more likely to present a weak perception of oral health. By contrast, the elderly patients who take medications on a daily basis are 1.90 (CI: 1.10 to 2.87) times more likely to present a weak perception of oral health, while the elderly who require lower dentures are 1.88 (CI: 0.35 to 1.09) times more likely to present a weak perception of oral health than are the elderly who need to use full dentures. **Conclusion:** The self-perception of oral health by the elderly of Teresina, Piauí, Brazil in this study was positive; however, monthly incomes of lower than 1 minimum salary, daily intakes of medications, and the need for lower dentures are factors associated with a weak perception of oral health reported by this study's participants.

Uniterms: Self-perception. Oral health. Elderly.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JAM, Garcia RAO. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3): 725-33.
2. Arcuri PM, Ramos NB, Scabar LF. Pacientes geriátricos do Brasil. *Rev Inst Ciência Saúde*. 2006; 24(1):43-5.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Projeto SB 2010: condições de saúde bucal da população brasileira. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília (DF); 2010.
4. Silva AL, Saintrain MVL. Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica. *Rev Bras Epidemiol*. 2006; 9(2):242-50.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Projeto SB 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília (DF); 2004.
6. Reis SCGB, Marcelo VC. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):191-99.
7. Roncalli AG, Frazão P, Pattussi MP, Araújo IC, Ely HC, Batista SM. Projeto SB 2000: Uma perspectiva para a consolidação da Epidemiologia em Saúde Coletiva. *Rev Bras Odont Saúde Coletiva*. 2000; 1(2):9-25.
8. Organização Mundial da Saúde (OMS). Levantamentos básicos em saúde bucal. 1999. São Paulo: Santos.
9. SES-SP (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo), 1998. Levantamento das condições de saúde bucal – Estado de São Paulo, 1998: Caderno de Instruções. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
10. Silva SRC, Castellanos Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(4):349-55.
11. Souza RF, Terada AS, Vecchia MP, Regis RR, Zanini AP, Compagnoni MA. Validation of the Brazilian versions of two inventories for measuring oral health-related quality of life of edentulous subjects. *Gerodontology*. 2012; 29(2):e88-95.
12. Dolan, TA. The sensitivity of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ*. 1997; 61(1):36-46.
13. Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1992; 26(3):155-60.
14. Guerra HL, Barreto SM, Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. A morte de idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(2):545-51.
15. Brasil. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [texto na internet]. *Diário Oficial*

- da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1994 janeiro 5 [citado 2008 março 20]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1994/8842htm>.
16. 16. Pucca Jr GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):243-246.
17. 17. Bortoli D, Locatelli FA, Fadel CB, Baldani MH. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. *Publ UEPG Ci Biol Saúde*. 2003; 9(3/4):55-65.
18. 18. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(5):1313-20.
19. 19. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev Saúde Pública*. 1987; 21(3):225-33.
20. 20. Costa EHM, Saintrain MVL, Vieira APGF. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(6), 2925-30.
21. 21. Cangussu MCT, Coelho EO, Castellanos Fernandez RA. Condições de saúde bucal em adultos e idosos em Itatiba-SP, Brasil. *Rev Odontol UNESP* 2001; 30(2):245-56.
22. 22. Silva DD, Sousa MLR, Toledo R, Lisboa CM, Taglietta MF. Condições de saúde bucal em idosos na cidade de Piracicaba. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2002; 56(3):183-7.
23. 23. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(4):1251-9.
24. 24. Frare SM, Limas PA, Albarello FJ, Pedot G, Régio RAS. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1997; 51(6):573-6.
25. 25. Unfer B, Braun K, Silva CP, Pereira Filho LD. Autopercepção da perda de dentes em idosos. *Interface (Botucatu) [periódico na internet]* 2006 [citado 2007 fev 25]; 10(19). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100015>.
26. 26. Monti LM, Justi MM, Farjado RS, Zavanelli AC. Análise comparada da saúde bucal do idoso na cidade de Araçatuba. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2006; 9(2):35-47.
27. 27. Benedetti TRB, Mello ALSF, Gonçalves LH. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(6):1683-90.
28. 28. Zuza EP, Rodrigues RV, Volpiani RC, Toledo BEC. Avaliação das condições bucais de idosos institucionalizados. *Robrac*. 2002; 11(32): 10-12.
29. 29. Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMD, Freire MCM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiania – GO, 2003 *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(1):67-73.
30. 30. Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP, Baldisserotto J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2006; 10(19):203-16.
31. 31. Kiyak HÁ. Age and culture: influences on oral health behaviour. *Int Dent J*. 1993; 43:9-16.