



## Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar

### Self-perceived oral health among the elderly: a household-based study

Carla Manuela Rodrigues Nogueira<sup>1</sup>  
Lucilia Maria Nunes Falcão<sup>2</sup>  
Sharmênia de Araújo Soares Nuto<sup>3</sup>  
Maria Vieira de Lima Saintrain<sup>4</sup>  
Any Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer<sup>5</sup>

#### Resumo

**Objetivo:** investigar a aupercepção da saúde bucal de idosos e sua relação com medidas de autocuidado, uso de próteses e de serviços odontológicos, assim como queixas odontológicas e o impacto na vida cotidiana. **Método:** Estudo transversal analítico, de abordagem quantitativa, realizado em Fortaleza CE, baseado numa amostra de 95 idosos com 60 anos ou mais de idade, capacitados mentalmente conforme avaliação pelo Miniexame de Estado Mental. Os parâmetros do estudo incluíram: sexo, grupo etário, raça, escolaridade, renda familiar, práticas de autocuidado, uso e necessidade de próteses, queixas odontológicas, impacto na vida cotidiana, acesso a serviços odontológicos e acesso a informação. O parâmetro de desfecho foi a autopercepção em saúde bucal. Para testar a associação entre os parâmetros do estudo e o parâmetro de desfecho calculou-se a razão de prevalência e aplicaram-se os Testes qui-quadrado, exato de Fisher e Mann-Whitney, além de regressão multivariadal. **Resultado:** A autopercepção de saúde bucal *ótima/boa* foi mais frequente entre mulheres que homens ( $p=0,044$ ). A saúde bucal tinha um impacto negativo sobre a vida cotidiana em quase um terço dos sujeitos ( $n=29$ ; 30,5%). O número mediano dos parâmetros *queixas odontológicas e impacto na vida cotidiana* foram significativamente menores em sujeitos com autopercepção *ótima/boa* do que em sujeitos com autopercepção *regular/ruim*. **Conclusão:** Espera-se que os resultados deste estudo possam fortalecer a atenção odontológica em idosos, de modo que se possam manter as condições de saúde bucal necessárias para que estes possam viver essa etapa da vida com qualidade.

#### Palavras-chave:

Autopercepção. Saúde Bucal. Idoso.

<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Saúde, Unidade de Atenção Primária à Saúde Luis Recamonde Capelo, Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Curso de Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>3</sup> Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Curso de Odontologia. Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>5</sup> Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Curso de Odontologia. Fortaleza, CE, Brasil.

## Abstract

**Objective:** to evaluate the self-perceived oral health status of elderly persons and its relation to self-care practices, the use of public oral health services, denture use, dental complaints and impact on everyday activities. **Method:** The 95 subjects of this quantitative, analytical and cross-sectional study were from Fortaleza, a state capital in the northeast of Brazil. They were aged 60 years or over and were mentally capacitated according to the Mini-Mental State Examination. The study parameters included gender, age group, race/ethnic background, level of schooling, household income, self-care practices, use and need for dentures, dental complaints, impact on everyday activities, access to oral health services, and access to information. The outcome parameter was self-perceived oral health. To verify the association between the study parameters and the outcome parameter, prevalence ratios were calculated and submitted to the Chi-squared test, the Fisher's exact test, the Mann-Whitney test and multivariate regression analysis. **Result:** self-perceived oral health was described as good/excellent significantly more often by women than by men ( $p=0.044$ ). Oral health had a negative impact on everyday activities among nearly one third of the sample ( $n=29$ ; 30.5%). The mean and median values of *dental complaints* and *impact on everyday activities* were significantly lower for subjects reporting good/excellent oral health than for subjects reporting poor/fair oral health. **Conclusion:** it is expected that these results will strengthen oral health care for elderly persons, in order to maintain their quality of life during this stage of life.

**Keywords:** Self-perception.  
Oral Health. Elderly.

## INTRODUÇÃO

Estudo epidemiológico divulga que as más condições de saúde bucal afetaram 3,9 bilhões de pessoas em todo o mundo. Por falta de prevenção e de tratamento odontológico, a perda dentária foi a mais prevalente sequela na população<sup>1</sup>. As perdas dentárias, em sua maioria, são decorrentes da cárie dentária que, quando não tratada, é a doença crônica mais comum e um grande problema de saúde pública global, com impactos significativos nas pessoas, nos sistemas de saúde e nas economias<sup>2</sup>.

Aliada à cárie dentária, a periodontite severa também resulta em perdas dentárias, principalmente em idosos, sendo a sexta mais presente em todas as condições estudadas, tendo, conseqüentemente, seu impacto sobre o bem-estar das pessoas e das sociedades em diferentes fases ao longo da vida<sup>1</sup>.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SB BRASIL) retratou as condições de saúde bucal da população idosa brasileira, na qual resultou que, na faixa etária de 65 a 74 anos de idade foi identificada uma média de 27,53 dentes cariados, perdidos ou restaurados, em que o componente “perdido” ficou responsável por 92% do índice desse grupo etário. Nesse mesmo estudo e faixa etária foi identificado

que apenas 46,1% da população brasileira e 55,3% da nordestina não usam próteses dentárias, não obstante, 92,7% no Brasil e 96,1% na Região Nordeste necessitem de sua utilização<sup>3</sup>.

Entretanto, o acesso da população idosa ao oportuno e integral atendimento odontológico oferecido pelo Estado frustra-se devido à insuficiente cobertura, fazendo com que esses não tenham acesso universal aos serviços, garantia de tratamentos e efetivo atendimento à saúde bucal<sup>4</sup>. A dificuldade de acesso aos serviços bucais é influenciada por elementos geográficos, físicos e operacionais, pela oferta insuficiente direcionada aos idosos, assim como pelas condições socioeconômicas e culturais. Muito embora no Brasil, o fortalecimento da capacidade do Programa Saúde da Família ser uma estratégia possível, ainda demanda foco e esforços adicionais<sup>5</sup> para atingir universalidade e equidade de assistência e atenção em saúde bucal.

Na fase idosa, as pessoas direcionam sua atenção aos serviços médicos e não buscam os serviços odontológicos. Entretanto, é nessa fase que os problemas orais se exacerbam, tendo em conta o caráter cumulativo das sequelas das doenças bucais<sup>3</sup>. Esse comportamento, principalmente daqueles que não possuem mais dentes ou que apenas usam

próteses totais, pode sugerir a falta de percepção da necessidade dos cuidados bucais. Todavia, ainda é limitado o entendimento da percepção do idoso sobre sua saúde bucal e a influencia desta na utilização de serviços odontológicos, no autocuidado bucal e no impacto nas atividades da vida diária, principalmente em regiões mais carentes do país e dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Infelizmente, para muitos idosos, a condição de desdentado total ou parcial não gera impacto na qualidade de vida percebida<sup>6</sup>, mas não é clara a relação da ausência da dentição (total ou parcial) com a utilização de serviços odontológicos. Apesar disso, o aumento da expectativa de vida nas últimas décadas tem atraído crescente interesse no efeito da saúde oral sobre os resultados de saúde em geral, especialmente aqueles relacionados à função e ao bem-estar<sup>7</sup>.

Nesta conjuntura, esta investigação busca conhecer das pessoas idosas as dimensões e o impacto negativo da má saúde bucal, por considerar ser fundamental para a prestação de cuidados adequados de saúde. Igualmente, obter subsídio para que a educação em saúde possa preencher papéis importantes na saúde bucal e geral assim como na comunicação, dieta e nutrição, proporcionando- as um envelhecimento saudável.

Desta forma, o objetivo desta pesquisa é investigar a autopercepção da saúde bucal de idosos e sua relação com as medidas de autocuidado, uso de próteses e de serviços odontológicos, assim como queixas odontológicas e o impacto na vida cotidiana.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa. A pesquisa deu-se através de visitas domiciliares realizadas na área de abrangência do Centro de Saúde da Família Fernando Diógenes, situado no Município de Fortaleza, CE.

Segundo dados do IBGE<sup>8</sup>, o Município de Fortaleza, possui uma área territorial de 314.927 Km<sup>2</sup> e uma população de 2.452.185 habitantes, com uma população residente total de 237.076 pessoas de 60 anos de idade ou mais (10,55%).

O Centro de Saúde da Família Fernando Diógenes (CSFFD) está localizado no Bairro Granja Portugal, bairro centenário, com uma população de 39.651 habitantes e uma densidade demográfica de aproximadamente 71 pessoas por m<sup>2</sup>, o qual apresenta uma renda média *per capita* de um salário mínimo, baixo nível social, problemas de falta de saneamento básico, atendimento de saúde ineficaz e crescimento populacional desordenado e sem critérios específicos, o que ocasiona graves impactos ambientais, como as enchentes associadas às áreas de risco<sup>9,10</sup>.

A população do estudo constituiu-se de idosos com 60 anos ou mais de idade, residentes na área de abrangência da equipe 551 do CSFFD, a qual possui um total de 10 microáreas e uma população de 6.846 habitantes<sup>11</sup>.

Para o cálculo amostral, foi considerada a prevalência de autopercepção de saúde bucal (muito satisfeito/satisfeito) de 50%, obtida através do Projeto SB BRASIL<sup>3</sup>, nível de confiança de 95%, erro de 8% e o universo amostral de 401 idosos (através de levantamento feito pelos agentes de saúde da região). Calculou-se a necessidade de 110 entrevistados.

O desenho amostral foi aleatório simples, em que todos os indivíduos da população de estudo tinham igual probabilidade de serem selecionados. Atribuiu-se a cada elemento do universo amostral um número único e realizou-se o sorteio aleatório dos componentes da amostra.

Para ser incluído nesta pesquisa, os participantes tinham que estar com idade igual ou superior a 60 anos ao responderem o questionário (anexo A) e serem moradores de microáreas com agentes de saúde, pois o universo amostral foi definido pela lista fornecida por esses profissionais. E como critérios de exclusão: idosos incapacitados mentalmente, avaliados através do Miniexame do Estado Mental (MEEM), que identificou os indivíduos situados no tempo e no espaço, capazes de interagir durante a coleta dos dados, de modo a proporcionar confiabilidade nas respostas. O ponto de corte para idosos com até quatro anos de estudos foi de 24 pontos e para analfabetos foi de 17 pontos<sup>12</sup>. Os idosos que não foram encontrados após a segunda visita agendada não participaram do estudo.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a abril de 2014. Foram aplicados dois instrumentos: o primeiro, para a avaliação neuropsicológica MEEM e o segundo, um questionário abordando questões específicas sobre saúde bucal, baseado no Projeto SB BRASIL<sup>3</sup> e nos estudos de Bulgarelli<sup>13</sup>.

Os questionários foram aplicados aos idosos de forma verbal, em visita domiciliar, por um pesquisador. Anteriormente a essa fase, foi realizado um pré-teste do questionário com 10 idosos, de forma a se verificar a clareza da linguagem, o entendimento das questões abordadas por parte do entrevistado e o tempo médio para sua aplicação.

As variáveis independentes incluíram: sexo, grupo etário, raça, escolaridade, renda familiar, práticas de autocuidado, uso e necessidade de próteses, queixas odontológicas, impacto no cotidiano e acesso ao serviço e às informações; e a dependente foi autopercepção em saúde bucal.

As variáveis *queixas odontológicas* e *impacto no cotidiano* são variáveis compostas, resultantes de autorrelatos da presença ou não de desconfortos listados no formulário. A variável *queixas odontológicas* resultou do somatório dos autorrelatos de dor, falta de dentes, manchas, dificuldade de fala, sangramento gengival, boca seca, dentes amolecidos, dentes tortos, dificuldade de engolir ou mastigar, incômodos nas próteses, mau hálito e feridas. Quanto ao *impacto no cotidiano* resultou do somatório dos autorelatos de sentimentos de vergonha, nervosismo, dificuldade de realizar as tarefas da vida diária, deixar de se divertir e dormir mal devido aos problemas bucais. Em cada variável contínua consolidada, os autorrelatos tinham o mesmo peso no somatório final, e estas foram analisadas através das medidas de tendência central.

Frequências simples e relativas foram calculadas para caracterização da amostra, bem como a razão de prevalência e os Testes qui-quadrado, exato de Fisher e Mann-Whitney para identificação de medidas de associação entre exposições e desfechos. A Regressão multivariada foi realizada para averiguar o impacto da idade, do número de queixas e do impacto no

cotidiano (variáveis contínuas da pesquisa) na autopercepção de saúde bucal. A análise estatística incluiu mediana (Md) e distâncias interquartis (Q1 e Q3). Verificou-se a normalidade dos dados e, como não houve distribuição normal, utilizaram-se as Mds para caracterizar as variáveis quantitativas e o teste de Mann-Whitney para compará-las quanto a autopercepção de saúde bucal. Em todos os testes considerou-se o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

O projeto da pesquisa foi aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob parecer N° 364.432 e foram obedecidos todos os aspectos éticos e legais contidos na Resolução n.º 466/12. Todos os entrevistados foram previamente orientados, de forma que participaram da pesquisa apenas aqueles que concordaram por livre e espontânea vontade, mediante assinatura do TCLE.

## RESULTADO

Do total de 110 idosos a entrevistar, foram preenchidos, efetivamente, 95 questionários, haja vista que um idoso havia mudado de endereço, dois haviam falecido, quatro recusaram-se a participar da pesquisa e dois não foram encontrados na segunda visita agendada. Além disso, foram excluídos da amostra seis idosos incapacitados mentalmente, após avaliação pelo MEEM. Portanto, dos 95 idosos, no grupo estudado, a idade variou de 60 a 91 anos, teve média de 67,9 ( $\pm 6,9$ ) anos.

Pela Tabela 1 visualizam-se as características sociodemográficas dos idosos, mostrando que a maioria ( $n=62$ ; 65,3%) são mulheres, na faixa etária de 60 a 70 anos ( $n=67$ ; 70,5%), de cor parda ( $n=94$ ; 98,9%), que nunca estudaram ou estudaram até a 4ª série ( $n=71$ ; 74,8%) e possuem renda familiar até dois salários mínimos ( $n=86$ ; 90,6%). A associação entre raça/cor e o desfecho não foi realizada, pois praticamente toda a amostra é composta por pessoas que se autodeclararam pardas. Ressalta-se que as mulheres tiveram autopercepção da saúde bucal *ótima/boa* em maior número que os homens ( $p= 0,044$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Frequências simples, percentuais e razão de prevalência de dados sócio-demográficos por autopercepção em saúde bucal. Fortaleza, CE, 2014.

Variáveis	Autopercepção		Total	Razão de prevalências (IC 95%)	Valor <i>p</i>
	Ótima/Boa n (%)	Regular/Ruim n (%)			
Sexo					
Feminino	51 (82,3)	11 (17,7)	62 (65,3)	1,29 (0,97 - 1,71)	0,044*
Masculino	21 (63,6)	12 (36,4)	33 (34,7)	1,00	
Grupo etário (anos)					
60 a 70	48 (71,6)	19 (28,4)	67 (70,5)	1,00	
71 ou mais	24 (85,7)	4 (14,3)	28 (29,5)	1,20 (0,97 - 1,48)	0,231*
Raça <sup>+</sup>					
Preta	1 (100,0)	-	1 (1,1)		
Parda	71 (75,5)	23 (24,5)	94 (98,9)		
Escolaridade (anos)					
Nunca estudou	21 (80,8)	5 (19,2)	26 (27,4)	1,1 (0,85 - 1,42)	0,776*
Menor ou igual a 4	33 (73,3)	12 (26,7)	45 (47,4)	1,00	
5 ou mais	18 (75)	6 (25)	24 (25,3)	1,02 (0,76 - 1,37)	
Renda familiar (salário mínimo)					
Menos de 1 SM ou Sem renda	20 (83,3)	4 (16,7)	24 (25,3)	1,25 (0,76 - 2,05)	0,528**
1 a 2	46 (74,2)	16 (25,8)	62 (65,3)	1,11 (0,69 - 1,81)	
Mais de 2	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (9,5)	1,00	

\* Teste qui-quadrado; \*\* Teste exato de Fisher; <sup>+</sup> Pela homogeneidade da amostra não se calculou a razão de prevalência.

A Tabela 2 demonstra as medidas de autocuidado, em que 63 (66,3%) idosos relataram realizar a limpeza bucal uma ou duas vezes ao dia. No entanto, apenas dois idosos (4,5%) fazem uso do fio dental e sete (7,4%) de bochechos. Como somente dois idosos faziam uso de fio dental, não se calculou essa associação. Ao avaliar a relação das variáveis *autocuidado* com a *autopercepção de saúde bucal*, nenhuma variável demonstrou relação causal.

A Tabela 3 focaliza a distribuição da presença de dentes/próteses fixas e uso de prótese dentária. Nela fica demonstrado que mais da metade (n=50; 52,6%) dos idosos eram desdentados totais, dois terços (n=63; 66,3%) usam prótese superior e somente um terço (n=31; 32,6%), prótese inferior. Nenhum dos idosos entrevistados possuía todos os dentes.

Sobre a autopercepção de necessidade de troca de próteses, mais de um terço (n=36; 37,9%) acreditavam que não precisava trocá-la e 33 (34,7%) indicavam a necessidade de sua substituição. Entretanto, sobre as queixas em relação às próteses, 28 dos idosos (29,5%) afirmaram que elas se movimentavam durante a mastigação, 18 (18,9%) que machucavam a boca e 14 (14,7%) que dificultavam sua fala. Houve significância estatística entre os idosos que têm dentes naturais quando comparados aos que não tem dente algum ( $p < 0,001$ ). Os idosos que não tem dente algum fizeram uma melhor avaliação da sua saúde bucal (RP=1,69). Entretanto, a autopercepção dentre aqueles que têm dentes naturais, a maioria (55,6%) considerou como ótima ou boa. Os que usam prótese superior têm uma autopercepção maior do que os que não usam ( $p = 0,057$  e RP=1,32) (Tabela 3).

**Tabela 2.** Frequências simples, percentuais e razão de prevalência das medidas de autocuidado por autopercepção em saúde bucal. Fortaleza, CE, 2014.

Variáveis	Autopercepção		Total	Razão de prevalências (IC 95%)	Valor <i>p</i>
	Ótima/Boa n (%)	Regular/Ruim n (%)			
Limpa a boca quantas vezes ao dia?					
Não limpa	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (6,3)	1,27 (0,81 - 2,01)	0,376**
1 ou 2 vezes	50 (79,4)	13 (20,6)	63 (66,3)	1,21 (0,89 - 1,65)	
3 ou mais	17 (65,4)	9 (34,6)	26 (27,4)	1,00	
Faz uso diário de fio dental? <sup>+</sup>					
Sim	2 (100)	-	2 (4,5)		
Não	22 (52,4)	20 (47,6)	42 (95,5)		
Usa solução para bochecho bucal?					
Sim	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (7,4)	1,00	0,675**
Não	67 (76,1)	21 (23,9)	88 (92,6)	1,07 (0,66 - 1,73)	
Com que frequência limpa a(s) prótese(s)?					
Não limpa todos os dias	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (4,2)	1,00	0,587**
1 vez ao dia	14 (87,5)	2 (12,5)	16 (22,9)	1,31 (0,58 - 2,98)	
2 ou 3 vezes ao dia	42 (82,4)	9 (17,6)	51 (72,9)	1,24 (0,55 - 2,78)	
O que usa para limpar a(s) prótese(s)?					
Escova de dentes e dentífrico	53 (85,5)	9 (14,5)	62 (65,3)	1,37 (0,79 - 2,36)	0,132**
Outros	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (34,7)	1,00	

\* Teste qui-quadrado; \*\* Teste exato de Fisher; <sup>+</sup> Pela homogeneidade da amostra não se calculou a razão de prevalência.

**Tabela 3.** Frequências simples, percentuais e razão de prevalência da presença de dentes naturais e uso de próteses por autopercepção em saúde bucal. Fortaleza, CE, 2014.

Variáveis	Autopercepção		Total	Razão de prevalências (IC 95%)	Valor <i>p</i>
	Ótima/Boa n (%)	Regular/Ruim n (%)			
Quanto ao número de dentes naturais e/ou próteses fixas					
Tem dentes naturais	25 (55,6)	20 (44,4)	45 (47,4)	1,00	<0,001*
Não tem dente algum	47 (94,0)	3 (6,0)	50 (52,6)	1,69 (1,29 - 2,22)	
Superior					
Usa	52 (82,5)	11 (17,5)	63 (66,3)	1,32 (0,99 - 1,77)	0,057
Não usa	20 (62,5)	12 (37,5)	32 (33,7)	1,00	
Inferior					
Usa	27 (87,1)	4 (12,9)	31 (32,6)	1,24 (1,01 - 1,53)	0,125
Não usa	45 (70,3)	19 (29,7)	53 (55,8)	1,00	

\* Teste qui-quadrado; \*\* Teste exato de Fisher.



Pela tabela 4 averigua-se a autopercepção em saúde bucal *versus* o acesso aos serviços odontológicos. Consta-se que 87 (91,6%) dos idosos não consultaram o dentista nos últimos seis meses, mas apresentaram maior razão de prevalência ao considerar a saúde bucal como ótima ou boa (RP=1,56); 91(95,8%) não tiveram

informações sobre a saúde bucal, mas apresentaram maior razão de prevalência ao considerar a saúde bucal como ótima ou boa (RP=1,54); igualmente, 91(95,8%) não visitaram regularmente ao dentista, mas apresentaram maior razão de prevalência ao considerar a saúde bucal como ótima ou boa (RP=1,54).

**Tabela 4.** Frequências simples, percentuais e razão de prevalência do acesso aos serviços odontológicos por autopercepção em saúde bucal. Fortaleza, CE, 2014.

Variáveis	Autopercepção		Total	Razão de prevalências (IC 95%)	Valor <i>p</i>
	Ótima/Boa n (%)	Regular/Ruim n (%)			
Consultou ao dentista nos últimos seis meses?					
Sim	4 (50)	4 (50)	8 (8,4)	1,00	0,075*
Não	68 (78,2)	19 (21,8)	87 (91,6)	1,56 (0,77 - 3,15)	
Já teve acesso à informações sobre saúde bucal?					
Sim	2 (50)	2 (50)	4 (4,2)	1,00	0,246**
Não	70 (76,9)	21 (23,1)	91 (95,8)	1,54 (0,57 - 4,13)	
Vai ao dentista regularmente?					
Sim	2 (50)	2 (50)	4 (4,2)	1,00	0,246**
Não	70 (76,9)	21 (23,1)	91 (95,8)	1,54 (0,57 - 4,13)	

\*Teste qui-quadrado; \*\*Teste exato de Fisher.

O fato de os idosos não realizarem visita periódica ao dentista é atribuída as principais justificativas: “não sente nada, então não vai ao dentista” (n= 62; 65,2%); “não tem mais dentes e acha que não precisa mais” (n=43; 45,2%); “não consegue atendimento” (n=30; 31,5%); “dificuldade para se deslocar até o dentista” (n=21; 22,1%); “medo do dentista” (n=4; 4,2%); “não tem quem leve ao dentista” (n=2; 2,1%). Não se observou relação entre a utilização de serviços odontológicos e a autopercepção de saúde bucal ( $p>0,05$ ).

Um terço dos idosos (n=29; 30,5%) percebeu que a saúde bucal causava impacto no seu cotidiano. Destes, um terço (n=29; 30,5%) sentiam vergonha ao sorrir ou falar; 12 (12,6%) deixavam de se divertir; 7 (7,4%) relataram nervosismo ou irritação; 6 (6,3%) dormiam mal e 3 (3,2%) apresentaram dificuldades para realizar as tarefas do cotidiano.

Pela Tabela 5 verifica-se a existência de diferença significativa ( $p<0,001$ ) entre o número mediano de situações impactantes no cotidiano e a autopercepção da saúde bucal. Idosos que relataram ótima ou boa percepção de saúde bucal apresentaram menos situações impactantes no cotidiano comparado aos que relataram percepção regular ou ruim.

Dos idosos entrevistados, 81 (85,26%) apresentaram queixas odontológicas, sendo o indicador construído a partir dos autorrelatos de presença de dor, falta de dentes, manchas, dificuldade de fala, sangramento gengival, boca seca, dentes amolecidos, dentes tortos, dificuldade de engolir ou mastigar, incômodos nas próteses, mau hálito e feridas.

Identificou-se associação entre a mediana do número de queixas odontológicas e a autopercepção da saúde bucal ( $p<0,001$ ). Idosos que relataram ótima ou boa percepção de saúde bucal apresentaram número inferior de queixas (Tabela 5).

**Tabela 5.** Inferência entre queixas odontológicas, impactos no cotidiano e autopercepção da saúde bucal. Fortaleza, CE, 2014.

Variáveis	Autopercepção de saúde bucal		Valor <i>p</i>
	Ótima/Boa Mediana (1ºQ - 3ºQ)	Regular/Ruim Mediana (1ºQ - 3ºQ)	
Queixas	2 (1 - 3)	4 (3 - 5)	<0,001
Impacto no cotidiano	0 (0 - 0)	1 (0 - 3)	<0,001

Teste de Mann-Whitney.

Tentando entender a relação das variáveis contínuas *idade*, *número de queixas odontológicas* e *impacto no cotidiano* com a autopercepção de saúde bucal, realizou-se uma regressão tendo como desfecho a autopercepção de saúde bucal e as demais variáveis de exposição. Observou-se que a equação gerada possuía um  $r^2$  ajustado de 0,247 ( $p < 0,001$ ), demonstrando que 24,7% da variação da autopercepção pode ser explicada pela equação (que possui constante de 2,389765;  $p < 0,001$ ), mais precisamente pelas variáveis *número de queixas odontológicas* (coeficiente 0,0928273,  $p = 0,011$ ) e *impacto no cotidiano* (coeficiente 0,1709774;  $p = 0,008$ ), haja vista que a influência da idade não foi significativa ( $p = 0,399$ ). Assim, quanto maior o número de *queixas odontológicas* e *impacto no cotidiano*, pior a autopercepção de saúde bucal.

## DISCUSSÃO

Este estudo possui o diferencial de ter sido realizado em base domiciliar de uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, ao contrário da maioria dos estudos com idosos que utilizam populações institucionalizadas. Esta realidade estudada, aliada ao desenho amostral aleatório simples, permite caracterizar mais precisamente uma população idosa de baixa renda na periferia de um grande centro urbano.

Com situação semelhante à encontrada em outras pesquisas<sup>12,14-16</sup>, os idosos do sexo feminino do presente estudo surgiram em maior número. A presença feminina majoritária pode ser explicada pela mortalidade masculina ser superior à feminina em faixas etárias mais jovens<sup>8</sup>.

Outras realidades esperadas referem-se às baixas escolaridades e rendas. A baixa escolaridade é previsível em populações com mais de 60 anos de

idade no Brasil, pois o acesso escolar era restrito<sup>13</sup>. E a baixa renda entre os entrevistados é decorrente da pesquisa ter sido realizada com moradores de região que apresenta renda média *per capita* de um salário mínimo<sup>10</sup>. Resultados análogos foram observados em pesquisa de Xavier et al.<sup>17</sup>. Uma renda maior pode refletir diretamente no envelhecimento ativo, pois permite uma autonomia financeira frente às necessidades de saúde, sociais e alimentares.

O conhecimento sobre autoavaliação da saúde da população, no campo da Odontologia, é importante para entender o comportamento das pessoas e como estas avaliam suas necessidades, de forma a ajudá-las na adesão a comportamentos saudáveis. Por sua vez, em relação aos idosos, esse conhecimento ainda é mais importante, levando em conta que uma das principais razões pelas quais esse grupo não procura o serviço odontológico é a não percepção das suas necessidades<sup>18</sup>, aliada as questões sociais, culturais, de estilo de vida, bem como questões econômicas<sup>19</sup>.

Entende-se por autopercepção ou autoavaliação em saúde como a interpretação que uma pessoa faz em relação ao seu estado de saúde e suas experiências na vida diária, baseada na informação e nos conhecimentos disponíveis em relação aos conceitos de saúde e doença, que sofrem influência também da experiência prévia e dos contextos sociais, culturais e históricos de cada pessoa<sup>18</sup>.

Ao estudarem as autopercepções das condições de saúde bucal, os estudos projeto SB Brasil<sup>3</sup>, Martins et al.<sup>18</sup>, Lima et al.<sup>20</sup> evidenciaram uma autopercepção positiva da saúde bucal apesar de um elevado edentulismo. Hailkal et al.<sup>14</sup> verificaram que apesar dos idosos possuírem em média apenas 4,8 dentes presentes na boca, 60% desses não perceberam necessidade de tratamento ou atenção odontológica.



Esses achados corroboram a análise de regressão realizada no presente estudo, tendo como desfecho a autopercepção de saúde bucal e as demais variáveis de exposição, constatando que quanto maior o número de *queixas odontológicas e impacto no cotidiano*, pior a autopercepção de saúde bucal. Entretanto, para 75,7% dos mesmos idosos sua autopercepção em saúde bucal foi considerada ótima ou boa, muito embora, 95,7% destes entrevistados tenham afirmado ter pouco ou nenhum dente.

Em estudo realizado no Sul do Brasil, Gabardo et al.<sup>21</sup> concluíram que os indivíduos participantes apresentaram maiores chances de relatar pior autopercepção em saúde bucal foram mulheres, idosas, com piores escores de qualidade de vida e apoio social, com hábitos alimentares ruins, fumantes e residentes em setores censitários com baixa renda.

Bulgarelli<sup>13</sup> concluiu em seu estudo que os cuidados com a saúde bucal diminuíram com o avançar da idade e que os idosos relataram sentir-se satisfeitos com suas condições de saúde bucal. Relatou também que ser desdentado total não significou necessariamente atribuir valores negativos a essa condição. Neste contexto, Saintrain e Souza<sup>22</sup> verificaram que os idosos identificaram duas dimensões sobre sua saúde bucal: uma com impacto negativo ao relatarem as dificuldades após a perda dos seus dentes e a outra com impacto positivo ao considerarem o alívio da dor, concluindo, portanto que a percepção entre as necessidades que são definidas clinicamente não são iguais aquelas subjetivamente detectadas.

Para justificar o fato dos idosos com precárias condições de saúde bucal se autoperceberem positivamente, Haikal et al.<sup>14</sup> relataram que estes possuem uma aceitação passiva da deteriorização da condição bucal, mantendo-se inertes com a situação, considerada “natural”. Enquanto que Agostinho et al.<sup>23</sup> identificaram coerência entre a autopercepção de saúde bucal e a condição encontrada, mas a reabilitação protética não contribuiu para a melhoria dessa percepção.

Bulgarelli<sup>12</sup> acredita que trabalhar, com as pessoas, a ideia de sentir-se bem em relação à saúde bucal é fundamental, pois para viver satisfatoriamente em sociedade, é preciso que se tenha capacidade para mastigação, aparência esteticamente aceitável, ausência de transtornos e de dores, boa alimentação, de modo que a saúde bucal deva participar da

construção de sentidos sobre saúde. Mestriner et al.<sup>24</sup> concluíram em seu estudo com idosos, que a autopercepção em saúde bucal e renda expressam o impacto da saúde bucal em sua qualidade de vida. Enquanto que Rigo et al.<sup>25</sup> identificaram que os idosos com maiores níveis de satisfação com a vida apresentaram melhor autopercepção da saúde bucal.

O fato de o universo da pesquisa ter focalizado uma única unidade de saúde e o cálculo amostral ter sido realizado para um estudo de prevalência e não para um estudo de associação expressam limitações do estudo, o que impede de extrapolar seus resultados para outras populações. Entretanto, espera-se que este estudo possa fundamentar a elaboração de programas preventivos, educativos e assistenciais que valorizem a saúde bucal, esclareçam sobre o autocuidado, promovam a saúde e previnam as doenças bucais nos idosos, pois a realidade encontrada é reflexo de uma prática odontológica mutiladora e inacessível na qual esses indivíduos foram submetidos no passado.

## CONCLUSÃO

A predominância do edentulismo, uso, necessidade e substituição de prótese dentária denotam a precária condição dos idosos entrevistados, muito embora tenham relatado ótima ou boa percepção de sua saúde bucal.

Uma maior qualificação positiva em relação à autopercepção em saúde bucal esteve associada aos idosos do sexo feminino, mais velhos, menor escolaridade, acesso irregular aos serviços odontológicos e com menor número de queixas odontológicas e situações impactantes no cotidiano.

O envelhecimento populacional, o aumento da demanda de pacientes com doenças crônicas e a necessidade de acesso desses pacientes aos serviços públicos de saúde requerem um maior empenho do Sistema Único de Saúde no sentido de qualificar suas unidades de saúde, para garantir um acesso seguro, universal e com equidade a esses usuários. Assim, espera-se que os resultados deste estudo possam fundamentar a elaboração de programas preventivos, educativos e assistenciais que valorizem a saúde bucal, esclareçam sobre o autocuidado, promovam a saúde e previnam as doenças bucais nos idosos, de modo que se possam manter as condições de saúde bucal necessárias para viver essa etapa da vida com qualidade.

## Anexo A

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

QUESTIONÁRIO

Questionário n°:

DATA:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

16

INFORMAÇÕES GERAIS		
1. DATA DE NASCIMENTO:	2. IDADE (ANOS):	3. SEXO: ( ) M ( ) F
4. RAÇA: ( ) BRANCA ( ) AMARELA ( ) PRETA ( ) ÍNDÍGENA ( ) PARDA		
5. ESCOLARIDADE (ANOS COMPLETOS): ( ) NUNCA ESTUDOU ( ) ≤ 4 ANOS ( ) 5 A 8 ANOS ( ) ≥ 9 ANOS		
6. RENDA FAMILIAR: ( ) SEM RENDA FAMILIAR ( ) MENOS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO ( ) DE 1 A MENOS DE 2 SALÁRIOS MÍNIMOS ( ) DE 2 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS ( ) MAIS DE 4 SALÁRIOS MÍNIMOS ( ) NÃO SABE INFORMAR		
PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO, QUEIXAS E AUTORRELATOS EM SAÚDE BUCAL		
7. LIMPA A BOCA QUANTAS VEZES AO DIA? ( ) UMA ( ) DUAS ( ) TRÊS OU MAIS ( ) NÃO LIMPA TODOS OS DIAS ( ) NÃO LIMPA DE JEITO NENHUM		
8. FAZ USO DIÁRIO DE FIO DENTAL? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA	9. USA SOLUÇÃO PARA BOCHECHO BUCAL? ( ) SIM ( ) NÃO	
10. QUANTO AO NÚMERO DE DENTES NATURAIS E/OU PRÓTESES FIXAS: ( ) NÃO TEM DENTE ALGUM ( ) TEM POUCOS DENTES ( ) TEM QUASE TODOS OS DENTES ( ) TEM TODOS OS DENTES		
11. QUANTO AO USO DE "DENTADURA": SUPERIOR: ( ) TEM E USA ( ) TEM E NÃO USA ( ) TEM E USA ÀS VEZES ( ) NÃO TEM TEMPO DE USO: _____ INFERIOR: ( ) TEM E USA ( ) TEM E NÃO USA ( ) TEM E USA ÀS VEZES ( ) NÃO TEM TEMPO DE USO: _____		
12. QUAIS AS QUEIXAS EM RELAÇÃO A SUA BOCA? ( ) DOR DE DENTE AO MASTIGAR ( ) DENTE(S) AMOLECIDO(S) ( ) FALTA DE DENTE(S) ( ) DENTE(S) TORTO(S) ( ) DENTE(S) MANCHADO(S) ( ) DIFICULDADE PARA ENGOLIR OU MASTIGAR ( ) DIFICULDADE PARA FALAR ( ) INCÔMODO NA(S) DENTADURA(S) ( ) GENGIVA QUE SANGRA ( ) MAU HÁLITO ( ) BOCA SECA E/OU AMARGA ( ) PRESENÇA DE FERIDAS ( ) OUTRAS QUEIXAS ( ) NÃO TEM NENHUMA QUEIXA		

13. QUANTO À (S) PRÓTESE (S) QUE O (A) SR. (A) USA? <input type="checkbox"/> MACHUCA(M) <input type="checkbox"/> SE MOVIMENTA(M) AO MASTIGAR <input type="checkbox"/> DIFICULTA SUA FALA <input type="checkbox"/> NÃO CAUSA INCÔMODO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
14. COM QUE FREQUÊNCIA LIMPA A (S) PRÓTESE (S)? <input type="checkbox"/> UMA VEZ AO DIA <input type="checkbox"/> DUAS VEZES AO DIA <input type="checkbox"/> TRÊS OU MAIS VEZES AO DIA <input type="checkbox"/> NÃO LIMPA TODOS OS DIAS <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
15. O QUE USA PARA LIMPAR A (S) PRÓTESE (S)? <input type="checkbox"/> ESCOVA DE DENTE E CREME DENTAL <input type="checkbox"/> SOMENTE ESCOVA DENTAL <input type="checkbox"/> ESCOVA DENTAL E SABÃO <input type="checkbox"/> OUTRO (S) PRODUTO (S) <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA

AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL E SEU IMPACTO NA VIDA DIÁRIA
16. COMO ESTÁ SUA SAÚDE? <input type="checkbox"/> ÓTIMA <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> PÉSSIMA
17. COMO ESTÁ A SAÚDE DA SUA BOCA? <input type="checkbox"/> ÓTIMA <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> PÉSSIMA
18. O (A) SR. (A) SE PREOCUPA COM SUA SAÚDE BUCAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
19. O (A) SR (A) ACHA QUE NECESSITA DE TRATAMENTO DENTÁRIO ATUALMENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SABE <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
20. O (A) SR (A) ACHA QUE NECESSITA TROCAR A “DENTADURA” QUE ESTÁ USANDO ATUALMENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SABE <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
21. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, O (A) SR. (A): SENTIU VERGONHA DOS SEUS DENTES OU DA SUA BOCA AO SORRIR OU FALAR? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SENTIU-SE NERVOSO (A) OU IRRITADO (A) POR CAUSA DOS DENTES? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO TEVE DIFICULDADES PARA REALIZAR AS TAREFAS DIÁRIAS POR CONTA DOS DENTES? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DEIXOU DE SAIR, SE DIVERTIR, IR A FESTAS, PASSEIOS POR CAUSA DOS DENTES? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DEIXOU DE DORMIR OU DORMIU MAL POR CAUSA DOS DENTES? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

## ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

22. CONSULTOU AO MÉDICO NOS ÚLTIMOS 6 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO	23. CONSULTOU AO DENTISTA NOS ÚLTIMOS 6 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO
24. JÁ TEVE ACESSO À INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL? ( ) SIM ( ) NÃO	25. VAI AO DENTISTA REGULARMENTE? ( ) SIM ( ) NÃO
26. SE NÃO VAI AO DENTISTA REGULARMENTE, QUAL (IS) O (S) MOTIVO (S)? ( ) MEDO DO DENTISTA ( ) NÃO TEM QUEM LEVE AO DENTISTA ( ) DIFICULDADES PARA SE DESLOCAR ATÉ O DENTISTA ( ) NÃO CONSEGUE ATENDIMENTO ( ) NÃO TEM MAIS DENTES E ACHA QUE NÃO PRECISA MAIS ( ) NÃO SENTE NADA, ENTÃO NÃO VAI AO DENTISTA ( ) OUTROS MOTIVOS ( ) NÃO SE APLICA	

## REFERÊNCIAS

- World Dental Federation. The Challenge of Oral Disease- a call for global action. The Oral Health Atlas [Internet]. 2nd ed. Geneva: FDI/World Dental Federation; 2015 [acesso em 15 nov. 2016]. Disponível em: [http://www.fdiworldental.org/media/77552/complete\\_oh\\_atlas.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/77552/complete_oh_atlas.pdf)
- World Health Organization. World report on ageing and health 2015 [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [acesso em 5 nov. 2016]. Disponível em: [http://www.who.int/kobe\\_centre/mediacentre/world\\_report\\_on\\_ageing\\_and\\_health\\_eng.pdf](http://www.who.int/kobe_centre/mediacentre/world_report_on_ageing_and_health_eng.pdf).
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília, DF: MS; 2011 [acesso em 15 nov. 2016]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto\\_sb2010\\_relatorio\\_final.pdf](http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf)
- Mello ALSF, Erdmann AL, Caetano JC. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. Texto & Contexto Enferm. 2008;17(4):696-704.
- Banco mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento 2011 [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial; 2011 [acesso em 28 set. 2015]. Disponível em: [http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo\\_Brasil\\_Sumario\\_Executivo.pdf](http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf)
- Viana AAF, Gomes MJ, Carvalho RB, Oliveira ERA. Acessibilidade dos idosos brasileiros aos serviços odontológicos. RFO 2010;15(3):319-24.
- Andrade FB, Lebrão ML, Santos JLF, Duarte YAO. Relationship between oral health and frailty in community-dwelling elderly individuals in Brazil. J Am Geriatric Soc. 2013;61(5):809-14.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

9. Freitas JL, Costa FCA. Diagnóstico do bairro da Granja Portugal, no Grande Bom Jardim: “suas histórias e realidades”: construindo novos olhares. Fortaleza: Visão Mundial; 2011.
10. Lemos ECL, Cavalcante IN, Sabadia JAB, Gomes MCR, Medeiros FW, Santos DM. Qualidade das águas subterrâneas e doenças de veiculação hídrica na porção sudoeste do Município de Fortaleza – Ceará. *Rev Geol*. 2009;2(2):151-65.
11. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Memorial Técnico – Processo de Reterritorialização. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2011.
12. Bulgarelli AF. Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2010.
13. Bulgarelli AF. Saúde bucal em idosos: queixas relatadas, Ribeirão Preto/SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2006.
14. 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. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):3317-29.
15. Lewandowski A, Bós AJG. Estado de saúde bucal e necessidade de prótese dentária em idosos longevos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2014;68(2):155-8.
16. Sá IPC, Almeida Júnior LR, Corvino MPF, Sá SPC. Condições de saúde bucal de idosos da instituição de longa permanência Lar Samaritano no município de São Gonçalo-RJ. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(5):1259-65.
17. Xavier AFC, Santos JA, Alencar CRB, Andrade FJP, Clementino MA, Menezes TN, et al. Uso dos serviços odontológicos entre idosos residentes no município de Campina Grande, Paraíba. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2013;13(4):371-6.
18. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):421-35.
19. Bulgarelli AF, Mestriner SF, Pinto IC. Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião dentista. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(1):97-107.
20. Lima AMC, Ulinski KGB, Poli-Frederico RC, Benetti AR, Fracasso MLC, Maciel SM. Relação entre cárie dentária, edentulismo e autopercepção de saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos de um município do nordeste brasileiro. *Unopar Cient Ciênc Biol Saúde*. 2013;15(2):127-33.
21. Gabardo MCL, Moysés SJ, Moysés ST, Olandoski M, Olinto MTA, Pattussi MP. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(1):49-59.
22. Saintrain MVL, Souza EHA. Impact of tooth loss on the quality of life. *Gerodontology*. 2012;29(2):632-6.
23. Agostinho ACMG, Silveira JLGC, Campos ML. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev Odontol UNESP*. 2015;44(2):74-9.
24. Mestriner SF, Almeida ASQ, Mesquita LP, Bulgarelli AF, Mestriner Junior W. Oral health conditions and quality of life of elderly users of the Unified National Health System. *Rev Gaúch Odontol*. 2014; 62(4):389-94.
25. Rigo L, Basso K, Pauli J, Cericato GO, Paranhos LR, Garbin RR. Satisfação com a vida, experiência odontológica e autopercepção da saúde bucal entre idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3681-8.

Recebido: 15/04/2016

Revisado: 18/10/2016

Aprovado: 06/02/2017