

**AUTOPERCEÇÃO E CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS EM
UMA CIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO**

**SELF-PERCEPTION AND ORAL HEALTH STATUS OF THE ELDERLY IN
A CITY OF NORTHEAST BRAZIL**

**LA AUTOPERCEPCIÓN Y ESTADO DE SALUD BUCAL DE LOS
ANCIANOS EN UNA CIUDAD DE NORESTE DE BRASIL**

Mayana de Moura Santos¹

Alba Benemérita Alves Vilela²

Cezar Augusto Casotti³

Saulo Sacramento Meira⁴

RESUMO

Objetivo: avaliar a condição de saúde bucal, bem como a autopercepção e o acesso aos serviços de atenção à saúde bucal de pessoas idosas que residiam em estado de coresidência. **Métodos:** trata-se de um estudo epidemiológico transversal realizado com indivíduos com 65 anos de idade ou mais, residentes na área adstrita a uma Unidade de Saúde da Família do município de Jequié-BA. Realizou-se o exame clínico da cavidade bucal com espelho bucal plano e sonda periodontal modelo OMS, seguindo o protocolo preconizado pela Organização Mundial de Saúde. Os dados foram digitados e analisados nos programas Epibuco e Microsoft Excell 2010. **Resultados:** Participaram da pesquisa 162 pessoas idosas dentre os quais foi evidenciado que 93,89% dos elementos dentais foram perdidos por cárie, 75,93% e 65,43% dos idosos usam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária, respectivamente, 51,7% são edêntulos e 64,8% apresentaram autopercepção positiva da sua saúde oral considerada alta ou moderada. Quanto ao acesso odontológico, 96,91% foram ao dentista pelo menos uma vez na vida, entretanto, 54,32% informaram que a última consulta foi há 03 anos ou mais. **Conclusão:** a condição de saúde bucal dos idosos que vivem em estado de

¹Cirurgiã Dentista. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, BA. E-mail: mymsantos@bol.com.br

²Enfermeira, Docente do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB). E-mail: alba_vilela@hotmail.com.

³Cirurgião dentista. Docente do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Doutor em Odontologia Preventiva e Social. E-mail: cacasotti@uesb.edu.br

⁴Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Pública. Docente do curso de medicina - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB, Jequié, BA. E-mail: saulo_meira@hotmail.com

corresidência é precária. O alto grau de edentulismo, associado a uma autopercepção equivocada da saúde bucal e a falta de procura aos serviços odontológicos, são fatores agravantes da condição de saúde bucal dessa população.

Palavras chave: Idoso, Saúde Bucal, Autoimagem, Diagnóstico Bucal.

SUMMARY

Objective: To assess the oral health status and self-perception and access to oral health care services to elderly people living in a state of cohabitation. **Methods:** This is an epidemiological study of subjects 65 years of age or older living in the area enrolled at a Family Health Unit of the Municipality of Jequié- BA. . Carried out the clinical examination of the oral cavity with dental mirror and periodontal probe WHO model, following the protocol recommended by the World Health Organization Data were entered and analyzed in Microsoft Excell 2010 and Epibuco programs **Results:** There were 162 people elderly among which it was shown that 93.89% of the dental elements were missing due to caries, 75.93% and 65.43% of seniors use or require some type of dental prosthesis, respectively, 51.7% were edentulous and 64 , 8% had a positive perception of their oral health considered high or moderate. How to access dental, 96.91% were to the dentist at least once in life, however, 54.32% reported that the last query was there 03 years or more. **Conclusion:** The oral health status of the elderly living in a state of cohabitation a is precarious. The high degree of edentulism associated with a misguided self-perception of oral health and the lack of demand for dental services, are aggravating factors of the oral health status of this population.

Keywords: Elderly, Oral Health, Self Concept, Oral Diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el estado de salud y la auto-percepción y el acceso por vía oral a los servicios de atención bucodental a las personas mayores que viven en un estado de la cohabitación. **Métodos:** Se trata de un estudio epidemiológico de los sujetos de 65 años de edad o más que residían en el área matriculados en una Unidad de la Municipalidad de Jequié- BA Salud de la Familia. Realizado el examen clínico de la cavidad oral con espejo dental y sonda periodontal de la OMS modelo, siguiendo el protocolo recomendado por la Organización Mundial de Datos de la Salud fueron introducidos y analizados en Microsoft Excell 2010 y Epibuco programas **Resultados:** Hubo 162 personas ancianos entre los que se demostró que el 93.89% de los elementos dentales faltaban debido a caries, 75.93% y 65.43% de las personas mayores el uso o requieren algún tipo de prótesis dental, respectivamente, el 51,7% eran desdentados y 64 , 8% tenían una percepción positiva de su salud oral considerado alto o moderado. Cómo acceder dental, 96.91% fueron al dentista al menos una vez en la vida, sin embargo, 54,32% informó que la última consulta fue allí 03 años o más. **Conclusión:** El estado de salud bucal de los ancianos que viven en un estado de la cohabitación es precaria. El alto grado de edentulismo asociado con una auto-percepción equivocada de la salud oral y la falta de demanda de servicios dentales, son factores agravantes del estado de salud bucal de esta población.

Palabras clave: Ancianos, Salud Oral, autoconcepto, Diagnóstico Oral.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o envelhecimento populacional vem acontecendo de maneira intensa em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo este modulado pelo aumento da expectativa de vida, melhoria das condições de saneamento básico e decréscimo das taxas de natalidade e mortalidade entre adultos e jovens (MESAS; TRELHA; AZEVEDO, 2008).

Nos últimos anos tem-se observado um aumento crescente de novos arranjos familiares levando a ampliação da *corresidência* que pela própria etiologia

da palavra está relacionada a uma condição de compartilhamento do ambiente compartilhado por mais de uma pessoa.

O percentual de pessoas idosas que residem em estado de *corresidência* varia de acordo com o nível de desenvolvimento econômico, social e cultural. No Brasil, tem-se observado um aumento da dependência dos filhos pelos pais, em decorrência de dificuldade econômica, associada ao fato dos programas sociais voltados para redução da pobreza favorecerem mais os idosos. Neste sentido a coabitação merece atenção do sistema público de saúde visto que esta pode trazer para os idosos aspectos tanto positivos quanto

negativos como abuso financeiro, acesso ou limitação para acesso aos serviços de saúde, bem como hábitos de vida (CAMARANO et al., 2004; CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2000; GOLDANI, 2004; MEIRA, 2012).

Dados epidemiológicos referente às condições de saúde evidenciam a necessidade de um maior acompanhamento dos indicadores de saúde bucal de pessoas idosas. Em 2003, 93,0% dos elementos dentais da população com idade entre 65 e 74 anos haviam sido perdidos em decorrência da doença cárie. Quanto à prótese dentária, verificou-se que 66,5% dos idosos usavam e 32,4% necessitavam de prótese dentária no arco superior; e 42,6% e 56% no arco inferior, respectivamente.

Quanto à condição periodontal, 80% dos sextantes avaliados haviam sido excluídos por não possuir pelo menos dois elementos dentais. Em 2010, para o mesmo grupo etário, o quadro se manteve, uma vez que 92% dos elementos dentais haviam sido perdidos em decorrência da doença cárie; 76,5% e 53,9% usavam prótese dentária superior e inferior, respectivamente; e 92,7% necessitavam de algum tipo de prótese dentária. Ainda considerando a condição periodontal, 90,5% dos sextantes haviam sido excluídos (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2011b).

É importante ressaltar que a perda dos elementos dentários, associado ao não uso de prótese dentária, interfere na mastigação, digestão, pronúncia, aspecto estético e predispõe a doenças geriátricas. Esse quadro pode ser agravado dependendo do nível de dependência do idoso em realizar as atividades da vida diária (alimentação, higiene, entre outros), movimentar, comunicar e perceber as alterações patológicas que possam surgir em sua cavidade oral (MESAS; TRELHA; AZEVEDO; 2008; MORIGUCHI, 1990).

Visando melhor compreender o quadro apresentado, nas últimas décadas, estudos epidemiológicos em saúde bucal deixaram de avaliar somente a presença ou ausência de doenças e passaram também a considerar como as pessoas percebem a sua saúde bucal⁸ por entender que experiências passadas no sistema de saúde, valores culturais e a importância que se atribui à sua saúde a condicionam (SLVA; ROSELL; VALSECKI JUNIOR, 2006).

Assim, considerando a perspectiva do envelhecimento populacional, as repercussões dos rearranjos sociais e por haver escassas evidências quanto às influências da coresidência nos indicadores de saúde bucal. Esse estudo objetivou conhecer o estado de saúde bucal, a autopercepção em saúde bucal e o acesso aos serviços de atenção à saúde

bucal de idosos que se encontram em estado de coresidência na área adstrita a uma Unidade de Saúde da Família no município de Jequié – BA.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, censitário, descritivo, analítico realizado com indivíduos com 65 anos de idade ou mais, que residiam em estado de coresidência, na área adstrita a Unidade de Saúde da Família José Maximiliano Henriquez Sandoval (USFJMHS) em Jequié-BA.

Inicialmente identificaram-se os domicílios onde idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, residiam em estado de coresidência. Para tanto, identificou-se os idosos que residiam com mais de uma pessoa. Em seguida, dois pesquisadores padronizados visitaram estes domicílios para realizar, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a coleta de dados, sendo excluídos do estudo os idosos que não mais residiam na área, os que não concordaram em participar da pesquisa, os com demência e os que haviam ido a óbito.

Para avaliar o estado cognitivo do idoso utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (LOURENÇO; VERAS, 2006) que permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais. Ele é aferido por meio de um questionário composto por 11 questões, sendo que cada resposta correta corresponde a um ponto. O diagnóstico é feito baseado na pontuação alcançada pelo idoso, considerando-se "Normal" para pontuações acima de 27 pontos ou "Demência" para pontuações menores ou iguais a 24 pontos (BRASIL, 2006c).

Para conhecer a autopercepção em relação à saúde bucal utilizou-se o Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica (GOHAI) (ATCHISON; DOLAN, 1990). Este é composto por 12 questões que analisam informações fornecidas pelos próprios indivíduos quanto à influência dos seus problemas bucais nas dimensões física/funcional, psicossocial/psicológica e dor/desconforto. Para cada resposta são atribuídas pontuações de 1 a 3 que somadas darão o valor do índice, sendo as questões 3, 5 e 7 computadas com valores invertidos. O índice tem pontuação máxima de 36 e mínima de 12. Quanto maior a pontuação melhor a autopercepção em relação à saúde bucal. Os pacientes foram categorizados em "alta percepção" (34 a 36 pontos), "percepção moderada" (30 a 33 pontos), e "baixa percepção" (≤ 30 pontos).

O exame clínico da cavidade bucal foi realizado com o auxílio de espelho bucal plano e sonda periodontal modelo OMS, no domicílio do idoso, em

local com iluminação natural adequada, sendo as normas de biossegurança empregadas para a proteção dos pesquisados e dos examinadores.

Para avaliar a condição de saúde bucal empregou-se os índices: dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), uso de prótese dentária, necessidade de prótese dentária, índice periodontal comunitário (IPC) e índice de perda de inserção epitelial (PIP). Os códigos e critérios utilizados nestes índices foram os preconizados pela Organização Mundial da Saúde, sendo estes adaptados pelo Ministério da Saúde para estudo Epidemiológico em Saúde Bucal (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

No índice CPO-D utilizou-se os seguintes critérios diagnósticos: coroa hígida (quando não há evidência clínica de cárie, tratada ou não); coroa cariada (quando apresenta uma lesão de fôssula ou fissura ou de superfície lisa com cavidade evidente, esmalte socavado, ou um amolecimento detectável do assoalho ou das paredes); coroa restaurada com cárie (quando se detecta uma ou mais restaurações permanentes e uma ou mais áreas com lesão de cárie na mesma unidade dentária); coroa restaurada sem cárie (quando uma ou mais restaurações estiverem presentes e não houver nenhuma cárie visível na coroa); perdido por cárie (para dentes permanentes que tenham sido extraídos por causa de cárie).

O índice de uso de prótese dentária avalia a presença e o tipo de prótese utilizada, tanto na maxila quanto na mandíbula. Os critérios adotados foram: não usa; usa uma ponte fixa; usa mais do que uma ponte fixa; usa prótese parcial removível; usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis; usa prótese total.

Já para o índice de necessidade de prótese utilizou-se como critérios: não necessita; necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento; necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento; necessita uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais de um elemento; necessita prótese total.

Para verificar se uma prótese que estava sendo utilizada estaria ou não adequada avaliou-se a funcionalidade da mesma pelos seguintes quesitos: estabilidade, adaptação, retenção, fixação, integridade e estética, observando se a prótese esta folgada ou apertada, se lesiona os tecidos, apresenta manchas ou fraturas ou ainda se está adequada ao perfil facial do paciente. Quando não atendiam pelo menos um desses quesitos elas foram consideradas como não funcionais, sendo indicada uma nova prótese.

Para avaliar os índices periodontais utilizou-se a sonda periodontal milimetrada, preconizada pela OMS. Foram adotados na avaliação do CPI os seguintes critérios: sangramento, cálculo e presença de bolsa periodontal (rasa e profunda). Para o PIP, adotou-se como critério o tamanho da perda da inserção periodontal.

Aferiu-se o acesso aos serviços odontológicos por meio de questionário, baseado no empregado no SB Brasil 2010 (BRASIL, 2009d), constituído de 07 questões que evidenciam o uso de serviços de saúde bucal, identificando o tipo de serviço, motivo da visita, quantidade de tempo da última consulta e o nível de satisfação do usuário.

Os dados da condição bucal foram transcritos em uma ficha clínica, digitados e analisados no programa "Epibuco". A autopercepção da saúde oral e o acesso aos serviços de saúde bucal foram digitados e analisados no Microsoft Excell 2010. Foi realizada análise descritiva dos dados, sendo calculados os valores percentuais e medidas de tendência central.

Pesquisa submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (protocolo n. 002/2008).

RESULTADO

Ao realizar as visitas domiciliares com os 218 idosos selecionados, verificou-se que destes 12,8% não mais residiam na área, 2,3% não foram localizados em seu domicílio após 03 visitas, 3,7% não concordaram em participar do estudo, 5,5% apresentavam déficit cognitivo (funcionalmente incapazes) e 1,4% haviam ido a óbito.

A população deste estudo foi de 162 idosos, e os dados evidenciaram que a média de idade foi de 72,84 anos ($dp \pm 8,48$), sendo os valores mínimo e máximo 60 e 96 anos, respectivamente. Quanto ao gênero, 63,5% são mulheres.

O exame clínico da cavidade bucal revelou que a prevalência de dentes afetados pela doença cárie foi de 100% e a média do índice CPO-D foi 28,01 ($dp \pm 5,47$) sendo, em sua composição, 3,6% cariados, 2,5% obturados e 93,9% perdidos. A tabela 1 apresenta os dados referentes ao índice CPO-D considerando as variáveis, gênero e etnia.

Quanto ao uso de prótese dentária, a prevalência é de 75,93%, sendo na arcada superior de 74,69% e na inferior de 48,14%. Quando avaliado o tipo de prótese dentária superior verificou-se que 63,58% usam Prótese Total (PT) e 11,11% usam Prótese Parcial Removível (PPR). Na arcada inferior, 28,39% usam PT e 19,75% usam PPR.

TABELA 1. Número de indivíduos examinados, valores do CPO-d e composição percentual do índice CPO-d segundo as variáveis gênero e etnia. Jequié-BA, 2013.

Variáveis	N	CPO-D			Composição percentual CPO-d		
		Média	Dp	IC95%(Li / Ls)	Cariado	Obturado	Perdido
Gênero							
Masculino	59	26,19	6,38	24,53 / 27,85	5,34	3,67	90,99
Feminino	103	28,89	4,83	27,95 / 29,84	2,72	1,88	95,41
Etnia							
Branco	39	27,79	5,92	25,88 / 29,71	2,62	2,33	95,05
Não Branco	123	28,47	5,23	26,71 / 30,23	3,92	2,54	93,54

Fonte: Dados da pesquisa.

A prevalência da necessidade de prótese dentária foi de 65,43%, sendo na arcada superior de 40,74% e na inferior de 64,81%. Quanto à necessidade de prótese na arcada superior percebe-se que 26,5% necessitam de PT e 14,2% de PPR. Na arcada inferior, 26,5% necessitam de PT e 38,3% de PPR.

A tabela 2 apresenta os dados referentes à distribuição percentual do uso e necessidade de prótese dentária para os arcos superior e inferior segundo o gênero e etnia.

O número de sextantes excluídos, ou seja, que não possuíam dentes suficientes para o exame do CPI e PIP foi de 81,28%. Para o CPI, depois dos sextantes excluídos, as maiores condições foram sextantes com cálculo (15,84%), seguidos de dentes hígidos (2,98%), enquanto sangramento e bolsas com mais de 4mm não somaram valor significativo.

A tabela 3 apresenta dados dos índices periodontal comunitário e perda de inserção epitelial segundo o gênero e etnia.

TABELA 2. Distribuição da prevalência e percentual do uso e necessidade de prótese dentária para os arcos dentários superior e inferior segundo o gênero e etnia. Jequié-BA, 2013.

Variáveis	Prótese dentária											
	Arcada Superior						Arcada Inferior					
	Uso			Necessidade			Uso			Necessidade		
	P*	PPR**	PT***	P	PPR	PT	P	PPR	PT	p	PPR	PT
Gênero												
Masculino	66,1	11,9	54,2	49,1	18,6	30,5	50,8	15,2	35,6	72,8	54,2	18,6
Feminino	79,6	10,7	68,9	35,9	11,6	24,3	46,6	24,3	22,3	60,2	29,1	31,1
Etnia												
Branco	76,3	7,9	68,4	44,7	15,8	28,9	50,0	10,5	39,5	65,7	36,8	28,9
Não Branco	74,2	12,1	62,1	39,5	13,7	25,8	47,6	22,6	25,0	64,5	38,7	25,8

*p= prevalência, **PPR=prótese parcial removível, ***PT= prótese total

TABELA 3. Distribuição percentual da condição periodontal (CPI e PIP) segundo o gênero e etnia. Jequié-BA, 2013.

Variáveis	Sextantes					
	Excluídos	Examinados				
		Índices para avaliar Condição Periodontal				
		CPI		PIP		
	Hígido	Cálculo	0 a 3mm	4 a 5mm	> 6mm	
Gênero						
Masculino	74,01	4,52	21,47	15,54	7,91	2,54
Feminino	85,44	2,10	12,62	8,73	4,53	1,29
Etnia						
Branco	82,02	3,95	14,04	11,84	5,26	0,88
Não Branco	81,05	2,69	16,40	11,02	5,91	5,91

Em relação à autopercepção em saúde bucal, 37,03% apresentam alta, 27,77% moderada e 35,2% baixa autoimagem. A tabela 4 apresenta os dados referentes a essa variável segundo as variáveis de gênero, etnia, edentulismo e necessidade de prótese.

A tabela 4 apresenta dados do nível da autopercepção em saúde bucal segundo as variáveis analisadas.

A avaliação do acesso dos idosos aos serviços de atenção a saúde bucal revelou que 96,91% foram ao dentista pelo menos uma vez na vida e 54,32% informaram que a última consulta foi há 03 anos ou mais. Quanto ao local onde teve o acesso aos serviços de atenção a saúde bucal, 30,25% utilizaram o serviço

público, 62,97% o serviço particular e 1,85% outros serviços. Quanto à satisfação com o atendimento recebido, 64,2% o considerou satisfatório.

DISCUSSÃO

Em odontologia, até bem pouco tempo não era dada a devida atenção à condição de saúde bucal da população idosa. Nas últimas décadas, estudos vêm sendo conduzidos no sentido de suprir esta lacuna do conhecimento, diante do aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, da maior proporção de idosos na população geral (BRASIL, 2010b).

TABELA 4. Nível de autopercepção segundo as variáveis gênero, etnia, edentulismo e necessidade de prótese. Jequié-BA, 2013.

Variáveis	Autopercepção						x	P
	Alta		Moderada		Baixa			
	n	%	N	%	N	%		
Gênero								
Masculino	19	32,2	18	30,5	22	37,3	0,95	0,62
Feminino	41	39,8	27	26,2	35	34	11	15
Etnia								
Branco	18	47,4	8	21	12	31,6	2,42	0,29
Não Brancos	42	33,9	37	29,8	45	36,3	25	78
Edentulismo								
Total	33	39,8	20	24,1	30	36,1	7,97	0,09
Parcial	25	33,3	24	32	26	34,7		26
Não edêntulos	4	100	0	0	0	0	10	
Necessidade de prótese								
Necessita	40	37,7	28	26,4	38	35,9	0,28	0,86
Não Necessita	20	35,7	17	30,3	19	34	38	76

Na população pesquisada a maior prevalência de indivíduos do gênero feminino na população estudada pode ser explicada pela diferença na expectativa de vida entre os gêneros, uma vez que as mulheres vivem em média 08 anos a mais que os homens. A média de idade da população estudada corrobora com a de outros estudos que também avaliaram a condição de saúde bucal de idosos (MIRANDA et al, 2011; CASOTTI et al, 2012; ULINSK et al, 2011; VASCONCELOS et al, 2012; CALDAS JUNIOR, 2005).

O exame clínico da cavidade bucal revelou que a média do índice CPO-d dos idosos que residem em coresidência foi considerada relativamente alta. Esse valor converge com os obtidos em estudo nacional, no qual o valor encontrado no Nordeste foi 27,2 e no Brasil, 27,53. Valores superiores foram encontrados em Montes Claros – MG (29,39) e em Manoel Vitorino – BA (28,92) (BRASIL, 2011; MIRANDA et al, 2011; CASOTTI et al, 2012).

A OMS preconizou que, para o ano de 2010, 50% da população idosa deveria apresentar mais de 20 dentes na boca e no máximo 5% serem edêntulos totais (BRASIL, 2004). Nesse estudo observou-se valores muito distantes dos preconizados. No que concerne ao número de idosos edêntulos totais, segundo estudo realizado na Parnaíba – PI, 52% dos idosos apresentavam esta condição. Prevalências maiores foram obtidas em idosos residentes em Manoel Vitorino – BA, (68,2%) e Montes Claros-MG, (63,7%). Enquanto que em Londrina – PR essa prevalência foi menor (45,2%) (MORIGUCHI,1990).

A diferença regional em relação ao número de edêntulos totais também foi verificada no SB Brasil 2010, onde a região Nordeste apresentou maior número de pessoas com necessidade de próteses totais em ambos os arcos (16,1%) do que a região Sul (6,9%) (ULINSK et al, 2011).

Os valores encontrados nesse estudo confirmam a precariedade da saúde bucal dos idosos brasileiros observada por outros estudos nacionais com média CPO-d elevada, grande número de dentes perdidos e alta prevalência de edentulismo (MIRANDA et al, 2011; CASOTTI et al, 2012; ULINSK et al, 2011; VASCONCELOS et al, 2012; CALDAS JUNIOR, 2005). Segundo Ulinsk, et al. 2011, este cenário pode refletir a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos para uma grande parcela da população brasileira, ou mesmo a falta de importância atribuída por estes indivíduos à saúde bucal ao longo de suas vidas.

Outro aspecto investigado por este estudo foi à prevalência do uso e necessidade de prótese dentária nesta população, visto que este indicador auxilia no

entendimento e estima a gravidade do problema “edentulismo”.

Os resultados revelaram ainda que a maioria da população pesquisada usa algum tipo de prótese dentária apesar da necessidade de prótese dentária continuar elevada, visto que muitas próteses não atendiam aos requisitos de estabilidade, adaptação, retenção e integridade e, por isso, foram consideradas não funcionais. A grande necessidade de prótese observada no presente estudo é semelhante à encontrada em Montes Claros – MG, onde 77% da população estudada necessita de algum tipo de prótese dentária, e em Manoel Vitorino – BA, no qual esse índice chegou a 79,55%. O SB Brasil observou um índice de necessidade de prótese ainda maior para o Nordeste (96,1%) e Brasil (92,7%) (MIRANDA, 2011; CASOTTI, 2012).

Dentre as próteses dentárias utilizadas pelos idosos que residem em coresidência, a mais comum é a prótese total superior. Esse fato também foi observado pelo SB Brasil tanto para o Nordeste (56,1%), quanto o Brasil (63,1%). Segundo Dias et al. 2008, o edentulismo traz consigo tanto consequências biológicas, uma vez que o uso de próteses prejudica o fluxo salivar e diminuem a capacidade mastigatória, comprometendo assim a deglutição do alimento, quanto consequências psicológicas, pois a perda dos dentes promove insatisfação com a própria estética bucal, constrangimento e redução da autoestima do idoso. Assim, a maior prevalência de uso de próteses totais superiores encontrada nesse estudo pode estar mais relacionada à estética do que à funcionalidade.

Foi identificado grande frequência de sextantes excluídos, o SB Brasil 2010 apontou valores superiores para o Nordeste (90,5%) e Brasil (90,3%), enquanto que quantia inferior (65,2%) foi verificada em Montes Claros – MG (MIRANDA, 2011).

Na avaliação do índice periodontal comunitário (CPI), apenas 2,98% dos sextantes apresentaram-se sadios e 15,84% dos sextantes apresentavam cálculo, enquanto que em Rio Claro – SP, resultados bem discrepantes foram obtidos, visto que 16% de sextantes encontravam-se hígidos e apenas 9% com cálculo.

Ao analisar os dados do índice de perda de inserção periodontal (PIP), verificou-se que, dos sextantes presentes na cavidade bucal, 11,21% apresentaram sulcos gengivais entre 0 a 3 mm, profundidade considerada sadia. No SB Brasil, o Nordeste e o Brasil obtiveram valores inferiores (6,3% e 6%, respectivamente) ao avaliarem este critério (Brasil, 2011). É importante ressaltar que poucos estudos avaliam o índice periodontal comunitário e a perda de

inserção periodontal em idosos, o que impediu a comparação dos dados obtidos.

Segundo Silva; Castellanos (2001), a precariedade da saúde bucal dos idosos brasileiros pode ser observada tanto pelo quadro epidemiológico quanto pela ausência de programas específicos voltados para esse grupo populacional. Os autores salientam que é necessário conhecer a percepção dos idosos sobre sua condição bucal visto que esta informação é o primeiro passo para a elaboração de programas de saúde específicos, ou seja, orientam mudanças nas políticas de saúde pública e assistencial, incorporando tanto ações preventivas e educativas, voltadas para o autodiagnóstico e o autocuidado, quanto ações curativas e reabilitadoras. Logo, sem a compreensão dos reais anseios do paciente não haverá sucesso quaisquer que sejam os planos de atendimento, tanto em nível coletivo, quanto individual.

Ao abordar a autopercepção, é importante ressaltar que esta sofre interferência dos valores pessoais de cada indivíduo seja cultural e/ou social relacionados as formas de cuidados. É essencial entender como o idoso percebe sua condição bucal, pois o seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada a ela (KIYAK, 1993).

Os resultados evidenciaram que a maioria dos idosos pesquisados apresentaram uma autoimagem positiva de sua condição oral. Foram encontrados valores acima de 30, o que equivale a uma autopercepção considerada moderada a alto, indo de encontro à precária realidade das condições clínicas.

A autopercepção constitui um aspecto fundamental que pode alterar o comportamento do indivíduo e da comunidade, devendo ser utilizada na implantação de serviços e programas de saúde.

Quando avaliado o acesso dos idosos aos serviços de atenção a saúde bucal verificou-se que a quase totalidade dos entrevistados foram ao dentista pelo menos uma vez na vida. Prevalências semelhantes foram encontradas no Nordeste (82,9%) e Brasil (85,8%) para esta condição. Quanto ao motivo da última consulta, 52,5% o fizeram com o objetivo de realizar extração de elemento dentário e/ou tratamento (instalação de prótese dentária). Para esta condição, os valores encontrados no Nordeste (55%) e no Brasil (45,8%) também foram semelhantes (BRASIL, 2011).

Quanto à necessidade de tratamento odontológico os valores evidenciam a necessidade de intervenções educativas junto a esta população para modificar essa realidade, uma vez que a saúde bucal não se restringe a cárie ou instalações de próteses e a visita ao dentista com periodicidade pode reduzir a mortalidade por

câncer bucal. Essa conduta tende a levar o idoso a superestimar sua condição bucal é a crença de que alguns problemas bucais como dores e incapacidades são inevitáveis e consequentes do avançar da idade. Mesmo nos países em que há programas dirigidos a idosos, a principal razão para esse grupo não procurar o serviço odontológico é a não percepção de sua necessidade (SILVA; SOUSA; WADA, 2005).

De acordo com Shinkai; Del Bel Cury 2000, a informação e a orientação básica da população constituem os meios mais efetivos para modificar a autopercepção em relação aos aspectos de saúde, incluindo a saúde bucal. Enfatizam ainda, que é essencial retirar da população idosa o estigma de naturalmente doente, ideia que o próprio indivíduo tem de si, para que as necessidades de saúde sejam percebidas e se tornem reais.

Ao abordar a coresidência é importante salientar que, segundo Camargos *et al.* 2007, a saúde do idoso pode determinar o tipo de arranjo familiar e, ao mesmo tempo, o arranjo familiar pode ser determinante da saúde/risco de morte para os idosos. Romero (2002) aponta ainda que tanto o número de doenças declaradas quanto a dificuldade em realizar as atividades instrumentais da vida diária tiveram pouca influência sobre os arranjos domiciliares, concluindo assim que não há certeza de que uma determinada combinação de suporte e estrutura familiar favoreça mais a saúde dos idosos.

CONCLUSÃO

Os idosos que vivem em estado de coresidência apresentam precária condição de saúde bucal, com grande número de edêntulos e necessidade do uso de prótese dentária. Apesar disto estes consideram o seu estado de saúde bucal como satisfatório e não vem necessidade de atendimento odontológico.

A condição de saúde bucal encontrada neste estudo é semelhante às encontradas em estudos realizados com idosos que vivem em diferentes realidades, compreende-se a coresidência como um fator não condicionante para a saúde bucal. Vale ressaltar que em idosos, a percepção em relação à saúde bucal pode ser afetada por valores pessoais, como a crença de que algumas dores e incapacidades são inevitáveis nessa idade o que pode levar a pessoa a superestimar sua condição bucal. Por isso, programas de educação em saúde voltada para essa faixa etária devem ser implantados e incentivados visando alterar o comportamento do indivíduo e da comunidade em pró da sua saúde bucal.

Agradecimento:
Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia

(FAPESB) e ao Programa de Iniciação Científica da
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

REFERÊNCIAS

- ATCHISON, K. A; DOLAN, T. A. Development of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ.*; v. 54, n. 11, p. 680-6. 1990.
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: **Resultados principais**. Brasília, DF, 2004.
- _____. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: Resultados principais**. Brasília, DF: 2011.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF. Anexo C – Avaliação Cognitiva. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: Manual da Equipe de campo**. Brasília, DF. 2009.
- CALDAS JÚNIOR, A. F. et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. *Rev. ciênc. med.* v.14, n.3, p.229-38. 2005.
- CAMARANO, A. A. et al. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA: 2004, 137-65.
- CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos: 2000. *Rev. bras. estud. Popul.* v. 24, n. 1, p. 37-51. 2007.
- CASOTTI, C.A. et al. Self-perception and oral health conditions of the elderly in a small town. *RGO.* v. 60, n. 2, p.187-193. 2012.
- DIAS, L. C. S. et al. Interferência da condição de saúde bucal do idoso em sua vida social e afetiva. In: Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira [Proceedings of the 13th Seminar on the Economy of Minas Gerais]. Universidade Federal de Minas Gerais. 2008.
- GOLDANI, A. M. Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, p. 211-250. 2004.
- HENRIQUES, C. et al. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara – SP. *Brazilian Dental Science.* v. 10, n. 3, p. 67–73. 2007.
- KIYAK, H. A. Aged and cultures: influences in oral health behavior. *International Dental Journal.* v. 43, n. 9, p. 9–16, 1993.
- LOURENÇO, R. A. VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública.* v. 40, n. 4, p.712-9. 2006.
- MESAS, A. E, TRELHA, C. S., AZEVEDO, M. J. Saúde bucal de idosos restritos ao domicílio: estudo descritivo de uma demanda interdisciplinar. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v.18, n.1, p. 61-75. 2008.
- MIRANDA, L. P. et al. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* v. 14, n. 2, p. 251-269. 2011.
- MORIGUCHI, Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. *Rev. odonto. ciênc.* v. 9, n.5, p.117-123. 1990.
- ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva.* v. 7, n. 4, p. 777-794. 2002.
- MEIRA, S. S. et al. Determinantes sociais dos idosos corresidentes em um município Baiano. In: IV Simpósio de Saúde Pública da região Sudoeste: o SUS e o cuidado à saúde do idoso, 2012, Jequié/BA. **Anais do IV Simpósio de Saúde Pública da região Sudoeste: o SUS e o cuidado à saúde do idoso**. Jequié/Ba., v. 1. p. 153-155. 2012.
- SHINKAI, R. S. A.; DEL BEL CURY, A. A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad. Saúde Pública.* v. 16, n. 4, p. 1099-1109. 2000.
- SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad. Saúde Pública.* v. 21, n. 4, p. 1251-1259. 2005.
- SILVA, S. R. C.; CASTELLANOS, F. R. A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev. Saúde Pública.* v. 35, n. 4, p. 49-355. 2013.
- SILVA, S. R. C.; ROSELL, F. L.; VALSECKI JUNIOR, A. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* v. 6, n. 4. 2006.
- ULINSKI, K. G. B, et al. Condições de saúde bucal de 135 idosos independentes cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde de Londrina – PR. *J Health Sci Inst.* v. 29, n. 3, p. 157-60. 2011.
- VASCONCELOS, L. C. A. et al. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública.* v. 28, n. 6, p. 1101-10. 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4th Ed. Geneva: World Health Organization; 1997.

Recebido em: 20/02/2014

Aceito em: 08/05/2014