

Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada

Oral health conditions of institutionalized elderly

Paulo Henrique de Almeida FONSECA¹
Alessandra Maciel ALMEIDA²
Aline Mendes SILVA²

RESUMO

Objetivos

Conhecer a autopercepção das condições de saúde bucal em idosos institucionalizados pertencentes ao Município de Contagem, Minas Gerais e verificar a associação entre fatores clínicos, sociais, econômicos e demográficos.

Métodos

A amostra foi constituída por 49 idosos com idade igual ou superior a 60 anos. Foi aplicado um questionário para avaliar a autopercepção dos idosos em relação a sua saúde bucal (GOHAI).

Resultados

O valor médio do GOHAI encontrado foi de 30,3 mostrando assim um impacto moderado da saúde bucal na qualidade de vida dos idosos. Dentre esta parcela, 44,9% destes idosos apresentaram impacto na dimensão funcional, 24,5% na dimensão psicossocial e 14,3% na dimensão dor e desconforto. Foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre idade e os impactos percebidos pelos idosos em relação a sua saúde bucal ($p=0,032$) e entre as condições de saúde bucal e a escolaridade ($p=0,034$).

Conclusão

o impacto na dimensão funcional dos idosos em relação a sua saúde bucal de 44,0% somando-se os resultados da análise objetiva das condições de saúde bucal reforça a necessidade da adoção de políticas que assegurem ações de promoção da saúde bucal, bem como ações reabilitadoras visando uma melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Termos de indexação: Assistência odontológica para idosos. Qualidade de vida. Saúde bucal.

ABSTRACT

Objectives

This paper investigated how institutionalized elderly from Contagem, MG (Brazil) perceived their oral health condition and analyzed associations among clinical, social, economic and demographic factors.

Methods

The sample consisted of 49 institutionalized elderly aged 60 years or more living in a public geriatric home. A questionnaire was administered to collect socioeconomic and demographic data and another to assess how the elderly perceived their oral health (Geriatric Oral Health Assessment Index).

Results

The average GOHAI score was 30.3, demonstrating that oral health had a moderate impact on their quality of life. Regarding perceived impact in GOHAI domains, 44.9% of the individuals experienced a functional impact; 24.5% experienced a psychosocial impact; and 14.3% experienced pain and discomfort. According to GOHAI, significant associations were observed between age and perceived impact ($p=0.032$) as well as between oral health condition and education level ($p=0.034$).

Conclusion

The impact in the functional domain of GOHAI (44.0%), together with the results of the objective analysis on oral health conditions, stress the need for adopting policies that ensure promotion of oral health and of rehabilitation actions that improve elderly's quality of life.

Indexing terms: Dental care for aged. Quality of life. Oral health.

¹ Fundação de Assistência Médica e Urgência de Contagem. Av. General David Sarnoff, 3113, Jardim Industrial, 32210-110, Contagem, MG, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: PHA FONSECA. E-mail: <doutorph@hotmail.com>.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira tem aumentado rapidamente, em termos proporcionais, e a faixa etária a partir de 60 anos de idade é a que mais cresce. No período de 1950 a 2025, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto a população total em cinco. O País ocupará, assim, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade¹.

Este crescimento demográfico da população idosa brasileira exige a preparação adequada do País para atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade¹. Em relação à prestação de serviços de saúde bucal no Brasil pode-se mencionar que estes, historicamente, caracterizaram-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativa e com acesso restrito. A maioria dos municípios brasileiros, até a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvia ações quase exclusivamente dirigidas à faixa etária escolar. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente associados com procedimentos de exodontia mutiladores. Isso caracterizava a Odontologia em uma das áreas da saúde com extrema exclusão social². Dados do SB-Brasil³ demonstraram altas taxas de prevalência de doenças bucais, em particular a cárie dentária e a doença periodontal, bem como necessidade do uso de próteses na população. Estes dados também revelaram a precária assistência odontológica à população adulta e idosa em nosso país refletindo em 30 milhões de desdentados⁴. A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal⁴, o Brasil Sorridente, representou um marco na mudança da atenção em saúde bucal. Dentro desta política têm-se a proposta da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família (PSF) e a implantação nos municípios brasileiros dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) visando atender a grande demanda da população brasileira por serviços especializados, principalmente, os que ofertam as próteses dentárias. Em 2006, o Ministério da Saúde lançou o Pacto pela Vida que tem como uma de suas prioridades a atenção à saúde do idoso, enfatizando a promoção do envelhecimento ativo e saudável, além da atenção integrada e integral à saúde da pessoa idosa⁵.

Além destes aspectos importantes a serem considerados dentro do rol das políticas públicas voltadas para a saúde bucal no Brasil, vale destacar, ainda, que

o planejamento da maioria dessas ações baseia-se em estudos que utilizam indicadores objetivos de doenças bucais. Abordagens voltadas à percepção dos impactos das condições de saúde bucal na qualidade de vida permitem revelar informações não captadas pelos indicadores, especialmente fatores psicológicos e sociais⁶. Vários instrumentos como o *Oral Health Impact Profile* (OHIP) e o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) foram então desenvolvidos em Odontologia, nos últimos anos, com propósito de obter dados sobre autopercepção dos indivíduos em relação aos impactos das condições de saúde bucal na qualidade de vida⁷.

O objetivo do presente estudo foi conhecer a autopercepção das condições de saúde bucal, em idosos institucionalizados, as condições de saúde bucal a partir de indicadores objetivos e subjetivos bem como verificar a associação destes com fatores sociais, econômicos e demográficos, no Município de Contagem (MG), Brasil.

MÉTODOS

O estudo foi realizado no Lar Maria Clara, entidade filantrópica sem fins lucrativos, na cidade de Contagem (MG) no período de junho a agosto de 2007 e consistiu na realização de um inquérito de necessidades objetivas e da aplicação de questionários aos idosos residentes na instituição. O trabalho foi precedido de esclarecimento aos idosos da pesquisa a ser realizada com posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esse trabalho seguiu as normas e diretrizes da Declaração de Helsinki de 2000⁸. A realização deste projeto foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde da Superintendência de Atenção a Saúde e da Referência Técnica de Saúde do Idoso.

Foi selecionada uma amostra de conveniência que atendesse aos seguintes critérios de inclusão: idosos com grau de dependência I, residentes no Lar Maria Clara, idade acima de 60 anos, de ambos os sexos que concordassem em participar do estudo. Para a classificação do grau de dependência do idoso foi utilizada a resolução da ANVISA de 2005 que estabelece: grau de dependência I os idosos independentes mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda⁹. Foram considerados como critério de exclusão do estudo os indivíduos com menos de 60 anos e os que apresentavam grau II ou III de dependência.

Para garantir a confiabilidade dos dados do estudo, realizou-se uma calibração intra-examinador visando à padronização do exame objetivo e verificação da adequação do questionário a ser aplicado. Nesta etapa o pesquisador examinou cinco indivíduos, em dois momentos, com intervalo de uma semana, utilizando os mesmos critérios diagnósticos. Aplicou-se o teste de concordância Kappa (K) encontrando valores considerados satisfatórios (0,81). Toda a metodologia mostrou-se adequada.

A primeira etapa do estudo consistiu na aplicação de um questionário com objetivo de coletar dados referentes a questões socioeconômico-demográficas (sexo, idade, estado civil, renda, escolaridade, grau de dependência) e sobre a percepção destes idosos em relação a sua saúde geral e bucal (percepção da saúde geral, percepção da saúde bucal, condição da dentição).

Na segunda etapa foi realizada a aplicação do questionário GOHAI para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida destes idosos. O GOHAI, desenvolvido por Atchison & Dolan¹⁰, é composto por 12 questões fechadas com perguntas sobre problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto, dos idosos. Os itens do GOHAI distribuem-se nas seguintes dimensões: física/funcional (alimentação, fala e deglutição); psicossocial/psicológica (preocupação ou cuidado com a própria saúde bucal, insatisfação com a aparência, autoconsciência relativa à saúde bucal e o fato de evitar contatos sociais devido a problemas odontológicos) e dor/desconforto (uso de medicamentos para aliviar essas sensações, desde que provenientes da boca). As 12 questões procuram avaliar se, nos últimos três meses, o idoso apresentou algum problema funcional, psicológico ou doloroso devido a problemas bucais. Cada pergunta apresenta três respostas possíveis: sempre, algumas vezes e nunca. Elas recebem os escores 1, 2 e 3, respectivamente, e, para determinação do índice, soma-se o escore de cada questão. O escore de cada indivíduo varia de 12 a 36, e, quanto mais alto seu valor, melhores são as condições bucais, escores mais baixos de GOHAI são esperados em indivíduos com piores condições de saúde bucal¹⁰⁻¹¹. Os escores finais são classificados como alto (34 a 36), moderado (31 a 33) e baixo (menor que 30)¹¹. Além do Brasil, o GOHAI foi traduzido e validado em diversos outros países como China, França, Suécia, Alemanha e Malásia¹². Em pesquisas com idosos norte-americanos, o índice GOHAI, demonstrou alto nível quanto à consistência interna e a homogeneidade entre suas perguntas medido pelo coeficiente de Cronbach (0,79). O GOHAI tem sido usado, também, nos Estados Unidos da América (EUA) em adultos de classes socialmente desfavorecidas pelo fato de ser um questionário curto e

poder ser respondido, facilmente, mesmo por indivíduos com diminuição da capacidade de concentração ou redução de compreensão das questões¹³.

A terceira etapa consistiu em um inquérito de necessidades odontológicas a partir de exames clínicos seguindo as orientações preconizadas pela OMS para levantamentos epidemiológicos¹⁴. As normas de biossegurança foram seguidas tanto para controle de infecção quanto para a eliminação de resíduos¹⁵. Todos os idosos avaliados foram encaminhados para o tratamento odontológico na unidade de odontologia do SUS mais próxima à Instituição. Para o exame bucal foram utilizados os critérios de prioridade de atendimento adotados pelo município de Contagem que apresenta um escore variando de 0 a 8 de acordo com a maior ou menor necessidade de assistência. Sendo que o escore zero representa os usuários que não têm necessidade de tratamento, o 1 é representado por indivíduos com necessidade de prótese parcial; o 2 necessidade de uso de prótese total; o escore 3 para problemas periodontais; os escores 4 e 5 referem-se a dentes temporários e não foram considerados neste estudo; o escore 6 representa as necessidade restauradoras e cirúrgicas; o escore 7 alterações de normalidade nas mucosas e lesões (ANL) e o escore 8 as urgências odontológicas.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados epidemiológicos baseadas em cálculo de proporções para as variáveis idade, renda, sexo, estado civil, escolaridade, grau de dependência, autopercepção em relação à saúde geral e bucal, escores totais do GOHAI e escores das dimensões funcional, psicossocial, dor/desconforto. As variáveis renda e idade foram dicotomizadas pelo valor mediano. A variável escolaridade foi dicotomizada agrupando os níveis de escolaridade: com estudo e sem estudo. A variável estado civil foi dicotomizada agrupando os indivíduos que possuíam um companheiro e os que não possuíam companheiro. Foi realizada uma análise univariada com objetivo de relacionar o GOHAI e condições de saúde bucal com as características socioeconômico-demográficas, com percepção da saúde geral, percepção da saúde bucal e condição da dentição. Para a análise foi utilizado o software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 12.0. O teste exato de Fisher (f) foi utilizado considerando o nível de significância estatística de $\alpha=0,05$.

RESULTADOS

A média de idade da população em estudo foi de 71,0 ($\pm 8,90$) com mediana em 70 anos. A idade mínima para participação no estudo foi de 60 anos e a idade máxima

encontrada foi de 94 anos, sendo que 57,1% da amostra eram constituídas por homens e 59,2% eram solteiros. Do total de 68 idosos, 49 participaram do estudo visto que 9 não eram grau de dependência I, 6 apresentavam idade inferior a 60 anos e 4 faleceram no período.

Todos os indivíduos possuíam algum tipo de renda sendo que 67,3% eram originadas de aposentadoria. A renda média da população estudada foi de R\$376,1 ($\pm 27,1$) e a mediana R\$380,00. Dos avaliados, 63,3% eram analfabetos ou haviam cursado parcialmente o primeiro ciclo do ensino fundamental (até a segunda série do antigo primário).

Em relação aos exames objetivos, 73,5% dos participantes eram desdentados totais e 26,5% desdentados parciais. A maioria 85,7% necessitava de prótese total removível em uma ou em ambas as arcadas dentárias e 24,5% necessitavam de prótese parcial removível em uma ou em ambas as arcadas dentárias. Dos estudados, 18,4% apresentaram problemas periodontais, 16,3% apresentaram necessidades restauradoras ou cirúrgicas, 6,1% apresentaram alterações de normalidade nas mucosas e nenhum indivíduo apresentava dor no dia do exame.

Quanto à percepção das condições de saúde geral 65,3% dos examinados a consideravam como boa ou muito boa, 18,4% como nem ruim nem boa e 16,3% como ruim ou muito ruim. Quanto à percepção das condições de saúde bucal 69,4% dos examinados a consideravam como boa ou muito boa, 22,4% como nem ruim nem boa e 8,2% como ruim ou muito ruim. Os resultados obtidos com a utilização do GOHAI mostraram que 44,9% apresentaram valores entre 31 a 33 (avaliação moderada da saúde bucal), 30,6% um escore menor que 30 (avaliação negativa da saúde bucal); e 24,5% valores entre 34 a 36 (avaliação positiva). Os escores totais variaram de 19 a 36 pontos para o GOHAI. O valor médio encontrado neste estudo foi de 30,3 com mediana de 32,0 ($\pm 4,4$). Na avaliação das dimensões do GOHAI 44,9% dos idosos apresentaram impacto na dimensão funcional, 24,5% impacto na dimensão psicossocial e 14,3% impacto em relação à dor e desconforto (Tabela 1).

Na análise univariada buscou-se relacionar o GOHAI e a condição da dentição com cada uma das variáveis estudadas. A Tabela 2 mostra a relação das variáveis estudadas com os resultados encontrados para o GOHAI. Destas variáveis apenas a idade mostrou diferença estatisticamente significativa com relação aos resultados subjetivos conferidos pelo GOHAI ($p=0,032$). Observou-se que 52,9% dos indivíduos acima de 70 anos apresentaram avaliação negativa da saúde bucal, 23,5% apresentavam uma avaliação moderada e 23,3% uma avaliação positiva em relação à qualidade de vida.

Ao relacionar a situação da dentição com as variáveis estudadas somente a escolaridade apresentou diferença estatisticamente significativa, sendo que 18,9% dos indivíduos sem estudo eram dentados parciais e 81,1% dos sem estudo eram desdentados totais ($p=0,034$). As outras variáveis não apresentaram diferença estatisticamente significativa com a situação da dentição (Tabela 3).

Tabela 1. Frequências das respostas obtidas através da aplicação do GOHAI, Contagem (MG), 2007.

Questões	Dimensão do impacto	Sempre		Algumas Vezes		Nunca		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nos últimos três meses você									
Diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa de seus dentes?	Funcional	11	22,4	5	10,2	33	67,3	49	100
Teve problemas para mastigar os alimentos?	Funcional	8	16,3	10	20,4	31	63,3	49	100
Teve dor ou desconforto para engolir os alimentos?	Dor /desconforto	5	10,2	3	6,1	41	83,7	49	100
Mudou o jeito de falar por causa dos problemas com sua boca?	Funcional	5	10,2	9	18,4	35	71,4	49	100
Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?	Dor /desconforto	3	6,1	21	42,9	25	51	49	100
Deixou de se encontrar com outras pessoas por causa de sua boca?	Psicossocial	7	14,3	6	12,2	36	73,5	49	100
Sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência de sua boca?	Psicossocial	17	34,7	11	22,4	21	42,9	49	100
Teve que tomar remédio para passar a dor ou o desconforto de sua boca?	Dor /desconforto	2	4,1	9	18,4	38	77,6	49	100
Teve algum problema na boca que o deixou preocupado?	Psicossocial	6	12,2	7	14,3	36	73,5	49	100
Chegou a sentir nervoso por causa de problemas na sua boca?	Psicossocial	9	18,4	8	16,3	32	65,3	49	100
Evitou comer junto com outras pessoas por causa dos problemas com sua boca?	Psicossocial	7	14,3	4	8,2	38	77,6	49	100
Sentiu seus dentes ou gengiva ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?	Dor /desconforto	6	12,2	10	20,4	33	67,3	49	100

Tabela 2. Variáveis clínicas, socioeconômico-demográficas e autopercepção das condições de saúde bucal segundo GOHAI. Contagem (MG), 2007.

Variáveis	GOHAI						p
	Baixo		Médio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	6	21,4	13	46,4	9	32,1	0,183
Feminino	9	42,9	9	42,9	3	14,3	
Idade							
Até 70 anos	6	18,8	18	56,3	8	25	0,032
Acima de 70 anos	9	52,9	4	23,5	4	23,3	
Estado civil							
Com companheiro	4	40	5	50	1	10	0,470 ^f
Sem companheiro	11	28,2	17	43,6	11	28,2	
Renda							
Um salário-mínimo	14	29,2	22	45,8	12	25	0,314
Meio salário-mínimo	1	100	0	0	0	0	
Escolaridade							
Com estudo	2	16,7	6	50	4	33,3	0,447
Sem estudo	13	35,1	16	43,2	8	21,6	
Grau de dependência							
Grau de dependência I	5	29,4	9	52,9	3	17,6	
Grau de dependência II	3	27,3	7	63,6	1	9,1	0,246
Grau de dependência III	7	33,3	6	28,6	8	38,1	
Percepção saúde geral							
Muito boa/boa	7	21,9	17	53,1	8	25	
Nem ruim nem boa	4	44,4	3	33,3	2	22,2	0,431
Ruim ou muito ruim	4	50	2	25	2	25	
Percepção saúde bucal							
Muito boa/boa	0	0	1	50	1	50	
Nem ruim nem boa	9	28,1	13	40,6	10	31,3	0,335
Ruim ou muito ruim	6	40	8	53,3	1	6,7	
Uso de PPR							
Sem necessidade	11	27,9	18	48,6	8	21,6	0,601
Com necessidade	4	33,3	4	33,3	4	33,3	
Uso de PTR							
Sem necessidade	3	42,9	3	42,9	1	14,3	0,686
Com necessidade	12	28,6	19	45,2	11	26,2	
Necessidade Periodontal							
Sem necessidade	12	30	19	47,5	9	22,5	0,702
Com necessidade	3	33,3	3	33,3	3	33,3	
Necessidade restauradora ou cirúrgica							
Sem necessidade	12	29,3	19	46,3	10	24,4	0,876
Com necessidade	3	37,5	3	37,5	2	25	
Alterações de normalidade nas mucosas e lesões							
Presente	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0,903
Ausente	14	30,4	21	45,7	11	23,9	
Condição da dentição							
Dentado parcial	4	30,8	5	38,5	4	30,8	0,799
Desdentado total	11	30,6	17	47,2	8	22,2	

Teste exato de Fisher - ^f**Tabela 3.** Relação da situação de saúde bucal com as variáveis estudadas. Contagem (MG), 2007.

Variáveis	Situação de saúde bucal				p
	Dentado parcial		Desdentado total		
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	10	35,7	18	64,3	0,093
Feminino	3	14,3	18	85,7	
Idade					
Até 70 anos	11	34,4	21	65,6	0,088
Acima de 70 anos	2	11,8	15	88,2	
Estado civil					
Com companheiro	4	40	6	60	0,28
Sem companheiro	9	23,1	30	76,9	
Renda					
Um salário-mínimo	13	27,1	35	72,9	0,544
Meio salário-mínimo	0	0	1	100	
Escolaridade					
Com estudo	6	50	6	50	0,034
Sem estudo	7	18,9	30	81,1	
Percepção saúde geral					
Muito boa/boa	9	28,1	23	71,9	
Nem ruim nem boa	1	11,1	8	88,9	0,442
Ruim ou muito ruim	3	37,5	5	62,5	
Percepção saúde bucal					
Muito boa/boa	0	0	2	100	
Nem ruim nem boa	8	25	24	75	0,575
Ruim ou muito ruim	5	33,3	10	66,7	

DISCUSSÃO

Os indicadores sócio-dentais são indicadores subjetivos criados para revelar a expectativa do indivíduo em relação a sua saúde, levando em consideração estilo de vida, nível socioeconômico e cultural¹⁶. No presente estudo, quanto às condições socioeconômico-demográficas a população em estudo constituiu um grupo homogêneo por se tratar de uma população institucionalizada. Assim como o estudo de Silva & Fernandes⁷ a caracterização da amostra deste estudo revelou uma população com poucos recursos, não só financeiros, mas também de educação e de saúde, o que provavelmente pode refletir na qualidade de vida⁷. Também Figueiredo et al.¹⁷ avaliaram a associação entre algumas características sócio-demográficas e impactos dos problemas de saúde bucal, em populações adulta e idosa. Os resultados permitiram concluir que a idade e o sexo não apresentaram relação com a escolha de estilo de vida saudável. A condição econômica e o nível de escolaridade

apresentaram relação com a escolha de estilo de vida, sendo que indivíduos em classificações econômicas mais favorecidas e maior nível de escolaridade apresentavam um estilo de vida mais saudável¹⁷.

Em relação à percepção das condições de saúde geral e bucal foi observado que a auto-avaliação das condições de saúde apresentou resultados positivos, com 65,3% dos idosos considerando sua saúde geral boa ou muito boa e 69,4% considerando sua saúde bucal boa ou muito boa. Benedetti et al.¹⁸ observaram que 70,2% dos idosos consideraram sua saúde como boa ou ótima e 65,2% consideravam sua saúde bucal como boa ou ótima. Matos & Lima-Costa¹⁹ analisaram a auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste, a partir dos resultados do Projeto SB-Brasil, 2003, numa amostra de 995 idosos com idade variando entre 65 e 74 anos de idade e relataram um resultado de 58,9% dos participantes classificando sua saúde bucal como ótima ou boa.

A avaliação positiva da saúde bucal diverge da condição clínica encontrada através de avaliações objetivas. Dos examinados 73,5% eram desdentados totais, 26,5% desdentados parciais. Destes, 85,7% necessitavam de próteses totais e 24,5% de próteses parciais em uma ou ambas as arcadas. Além disto, 18,4% dos estudados apresentaram problemas periodontais, 16,3% apresentaram necessidades restauradoras ou cirúrgicas e 6,1% apresentaram lesões de mucosa. Estas divergências se assemelham aos resultados encontrados por outros estudos que relatam que esta contraposição nos achados revela, com clareza, que o paciente avalia suas condições de saúde com critérios diferentes do profissional^{7,19}.

Outros estudos sobre autopercepção também mostraram que a maioria das pessoas percebe suas condições de saúde favoravelmente mesmo quando as condições clínicas não se encontram satisfatórias. Reforçam ainda que as medidas clínicas de saúde utilizadas pelo profissional são preditores relativamente fracos da percepção de saúde bucal das pessoas. Outras razões a serem consideradas para a fraca associação entre as variáveis clínicas e a autopercepção devem-se ao fato de que muitas doenças detectadas no exame clínico são assintomáticas e provavelmente não percebidas pelo indivíduo, além de um número grande de edêntulos, que percebem ter uma boa saúde bucal, talvez por não apresentarem mais sintomas como dor/desconforto, ou por aceitarem as perdas de dentes mais facilmente, considerando-as um processo natural do envelhecimento, podendo superestimar a percepção de saúde bucal⁶.

Grandes discrepâncias entre os índices clínicos e a percepção da condição bucal foram encontradas em idosos americanos, sendo a diferença geralmente maior na avaliação de doenças periodontais do que nas dentárias²⁰. Segundo alguns autores a percepção é uma medida mais de saúde do que de morbidade sendo necessário reconhecer que medidas de saúde e medidas de doença são qualitativamente diferentes e tem implicações diferentes²¹. A percepção da saúde bucal depende do entendimento subjetivo do que seja uma saúde bucal normal e seus sintomas experimentados, valores culturais, experiências anteriores de cuidados em saúde, saúde geral e bem estar social²².

O alto índice de necessidade de próteses se assemelha aos resultados encontrados em estudo realizado em idosos institucionalizados em Fortaleza em que foi observada uma necessidade de prótese total e removível superior em 84,4% dos participantes e 88,7% de prótese inferior²³. Em outro estudo realizado em instituições para idosos, públicas e filantrópicas de longa permanência na cidade de Goiânia, foi observada uma necessidade de uso de próteses de 80,2%²⁴. Também em idosos residentes em Biguaçu (SC), foi constatada uma elevada necessidade de tratamento protético, sendo 63,9% na arcada superior e 79,8% na arcada inferior²⁵.

As alterações de normalidade em mucosas, bem como as lesões da mucosa bucal exercem e sofrem a influência da saúde geral do indivíduo. O conhecimento sobre frequência e distribuição das alterações de normalidade e lesões da mucosa bucal é útil para o estabelecimento do diagnóstico e de políticas de prevenção. Neste estudo 6,1% dos examinados apresentaram ANL²⁶. Em contrapartida, outro estudo mostra que estas estavam presentes em 13,4% dos examinados²⁴ valor superior ao encontrado nos idosos de Contagem.

O GOHAI apresentou um valor médio de 30,39 indicando uma avaliação moderada da saúde bucal pelos idosos estudados. Estudos realizados por Silva et al.¹¹, em 112 indivíduos com mais de 60 anos residentes em Rio Claro (SP), encontraram um GOHAI médio de 33,6. Silva²⁷ em estudo realizado em Araraquara (SP), com 337 pessoas, com 60 anos e mais de idade, encontrou valores médios do GOHAI variando de 34,0 para desdentados a 33,8 para dentados. Estas avaliações, moderadas e positivas, também têm baixa relação com os resultados dos exames clínicos. Segundo Atchinson & Dolan¹⁰ o GOHAI não deve ser usado em substituição aos exames clínicos, pois estes medem a doença. O GOHAI foi proposto para avaliar a situação da

saúde bucal no nível do paciente, para indicar quando um exame clínico ou uma visita ao dentista faz-se necessária. Ele fornece informações valiosas sobre sintomatologia dolorosa, perturbações funcionais e psicossociais importantes para o paciente. No nível de populações, com fins epidemiológicos, representa um instrumento de grande importância quando se avalia a relação custo-benefício. Seguindo estas postulações, ao avaliar separadamente as dimensões do GOHAI e suas questões, todos estes pressupostos se confirmaram através dos resultados deste estudo, pois 44,9% dos idosos apresentaram impacto na dimensão funcional, 24,5% apresentaram impacto na dimensão psicossocial e 42,9% dos entrevistados afirmaram nunca se sentirem satisfeitos ou felizes com a aparência de sua boca. Estas avaliações indicam a necessidade de encaminhamento ao cirurgião-dentista, confirmadas pelo exame clínico realizado que constatou o alto índice de necessidade de próteses dos idosos.

CONCLUSÃO

Alcançar o envelhecimento dignamente é um desejo de qualquer sociedade, porém só representará uma conquista social quando for traduzido por uma melhor qualidade de vida. A Diretriz Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde destaca como um de seus objetivos o aumento da proporção de brasileiros adultos e idosos a alcançar um nível satisfatório de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Desta forma, os inquéritos populacionais são uma ferramenta importante

no desenvolvimento dessas políticas. A utilização de indicadores subjetivos combinados aos indicadores objetivos tem se mostrado úteis no planejamento e monitoramento de programas de saúde bucal levando em consideração aspectos comportamentais importantes, que precisam ser considerados na avaliação das condições de saúde.

Esse estudo possibilitou um melhor conhecimento das condições de saúde bucal dos idosos residentes em uma instituição pública, do Município de Contagem (MG), e aponta para a necessidade de se realizar um adequado planejamento das ações em saúde bucal visando um atendimento de forma integral e equânime, a estes idosos, na esfera do Sistema Único de Saúde. Também evidencia os desafios da atenção a saúde bucal visto que a assistência odontológica pública municipal é, atualmente, restrita aos serviços de atenção básica e com grande demanda reprimida. O que reforça a grande importância da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, previstos no Programa Brasil Sorridente, que quando implantados poderão proporcionar melhores condições de saúde bucal a todos os cidadãos do Município.

Colaboradores

PHA FONSECA, AM SILVA e AM ALMEIDA participaram da elaboração do artigo nas fases de concepção, delineamento, análises, interpretação dos dados e redação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1.395 de 10 de dezembro de 1999. Institui a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1999 dez 10.
2. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006 [citado em 2007 Out 10]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5545.pdf>>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 [citado em 2007 Out 17]. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_sb2004.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 [citado em 2007 Out 16]. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 [citado em 2007 Out 15]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_DAD.pdf>.
6. Locker D, Jokovic A. Three-year changes in self-perceived oral health status in an older Canadian population. J Dent Res. 1997; 76:1292-7.
7. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. Rev Saude Publica. 2001;35(4):349-55.

8. World Medical Association. Declaration of Helsinki. 52nd. Edinburgh: General Assembly-WMA; 2000.
9. Brasil. Resolução da diretoria colegiada nº 283 de 26 de setembro de 2005. Dispõe sobre as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial da União Brasília (DF); 2005 set 26.
10. Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ.* 1990;54:680-7.
11. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Self-perception and oral health conditions in an elderly population. *Cad Saude Publica.* 2005; 21(4):1251-9.
12. Hassel AJ, Rolko C, Koke U, Leisen J, Rammelsberg P. A German version of the GOHAI. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007 [citado em 2007 Out 10]. Disponível em: <<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0528.2007.00351>>.
13. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31(4):275-84.
14. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4ª th. Geneva: World Health Organization; 1997.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços Odontológicos: prevenção e controle de riscos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 [citado em 2007 Mar 5]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/manual_odonto.pdf>.
16. Gonçalves JR, Wassall T, Vieira S, Ramalho SA, Flório FM. Impacto as saúde bucal sobre a qualidade de vida entre homens e mulheres. *RGO - Rev Gaúcha de Odontol.* 2004;52(4):240-2.
17. Figueiredo RMO, Wassall T, Flório FM. Freqüência de impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida: avaliação dos efeitos de características sócio-demográficas e do estilo de vida. *RGO - Rev Gaúcha de Odontol.* 2006;54(1):11-6.
18. Benedetti TRB, Mello ALSF, Gonçalves LHT. Elderly people living in Florianópolis: self-perception of oral health conditions and use of dental services. *Cienc Saude Colet.* 2007;12(6):1683-90.
19. Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil. *Cad Saude Publica.* 2006;22(8):699-707.
20. Gilbert GH, Heft MW, Duncan RP, Ringelberg ML. Perceived need for dental care in dentate older adults. *Int Dent J.* 1994; 44:145-52.
21. Matthias RE, Atchinson KA, Lubben JE, Jong F, Schweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent.* 1995;55(4):197-204.
22. Cruz GD, Galvis DL, Kim M, Le-Geros RZ, Barrow Su-Yan L, Tavares M, et al. Self-perceived oral health among three subgroups of Asian-Americans in New York City: a preliminary study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29(2):99-106.
23. Gaião LR, Almeida MEL, Heukelbach J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(3):316-23.
24. Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMD, Freire MCM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(1):67-73.
25. Colussi CF, Freitas SFT, Calvo MCM. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol.* 2004;7(1):88-97.
26. Vieira VG, Fernandes AM, Machado APB, Grossman SMC, Aguiar MCF. Prevalência das alterações da normalidade e lesões da mucosa bucal em pacientes atendidos nas Clínicas Integradas de Atenção Primária da Faculdade de Odontologia/UFMG. *Arq Odontol.* 2007;43(1):13-8.
27. Silva SRC. Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1999.

Recebido em: 30/6/2009

Versão final reapresentada em: 11/12/2009

Aprovado em: 30/3/2010