

Autopercepção da saúde bucal a usuários de prótese, adultos mais velhos

Self-perception of bucal health to denture wearers, older adults

Autopercepción de la salud bucal a los usuarios de prótesis dentales, adultos mayores

Tássio de Menezes
Sônia Maria Marques Gomes Bertolini
Ely Mitie Massuda

RESUMO: A presente pesquisa teve como objetivo principal analisar a autopercepção de adultos usuários de prótese dentária, a partir de 50 anos de idade, quanto às condições de saúde bucal. Pesquisa de cunho qualitativo, quantitativo, e transversal, se efetivou por meio do instrumento Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), duas questões fechadas, questionário sociodemográfico e análise clínica. A média do índice GOHAI foi considerada ruim, observando-se a relação entre renda e a autopercepção da saúde bucal constatada desse modo - ruim. Todos os participantes revelaram ter algum problema com os dentes, a gengiva ou a prótese, o que não deixa de ser preocupante no limiar da velhice.

Palavras-chave: Fatores socioeconômicos; Prótese dentária; Boca edêntula.

ABSTRACT: *The main objective of the present research was to analyze the self-perception of dental users over 50 years of age regarding oral health conditions. Qualitative, quantitative and cross-sectional research was carried out through the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) instrument, two closed questions, sociodemographic questionnaire and clinical analysis. The average GOHAI index was considered poor, observing the relationship between income and self-perceived oral health as poor. All participants reported having a problem with their teeth, gum or prosthesis, which is still worrying on the threshold of old age.*

Keywords: *Socioeconomics factors; Prótesis dental; Edentulous mouth.*

RESUMEN: *El objetivo principal de esta investigación fue analizar la autopercepción de los usuarios de prótesis orales de más de 50 años de edad con respecto a las condiciones de salud bucal. Se realizó una investigación cualitativa, cuantitativa y transversal a través del instrumento del Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrica (GOHAI), dos preguntas cerradas, cuestionario sociodemográfico y análisis clínico. El índice promedio de GOHAI se consideró pobre, al observar la relación entre el ingreso y la salud oral percibida como pobre. Todos los participantes informaron tener un problema con sus dientes, encías o prótesis, lo que sin embargo es preocupante en el umbral de la vejez.*

Palabras clave: *Factores socioeconómicos; Prótesis dental; Boca desdentada.*

Introdução

A saúde bucal é componente indissociável e integrante da saúde de uma pessoa, visto que algumas doenças sistêmicas podem ter suas primeiras manifestações na boca que, em muitos casos, são importantes sinais de diagnóstico precoce, pois, quando não tratada, pode comprometer a saúde geral (R. Bueno, P. Bueno, & Moysés, 2014).

Os serviços odontológicos públicos para adultos, em geral, têm restrições de atendimento no Brasil, limitando-se, muitas vezes, a práticas mutiladoras (Botega, Mesquita, Henriques, & Vaz 2004). O edentulismo existente hoje em boa parcela de adultos brasileiros é resultado dessas práticas comuns no passado (Bortoli, Moreira, Moretti-Pires, Botazzo, & Kovaleski, 2017).

Se somada a população adulta que passou pelas mesmas circunstâncias que o idoso brasileiro, e considerando-se que os programas públicos voltados para adultos são muito recentes, os portadores de prótese ou desdentados atingem montante muito acima dos apresentados somente para idosos.

No país, foi apenas em 2003 que o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente -, atrelado ao Programa Saúde da Família (PSF) (Brasil, 2011), quando a saúde bucal foi considerada fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população (Gigante, & Guimarães, 2013). O Sistema de Saúde Único brasileiro, SUS (2000), entretanto, não tem estrutura apropriada, nem é considerado suficiente para atender à demanda da saúde bucal da população de faixas etárias mais avançadas e, mesmo que haja autopercepção bucal, muitos perderam os dentes e não podem recompor essas perdas por meio de próteses, sobretudo devido à ausência de recursos financeiros (Rosendo, Sousa, Abrantes, Cavalcante, & Ferreira, 2017).

A autopercepção da necessidade de algum tratamento reflete, em parte, o impacto que a doença tem sobre os indivíduos, evidenciando o grau das deficiências e as disfunções decorrentes da condição de saúde, assim como das percepções e das atitudes dos indivíduos a respeito dessa condição (Souza, *et al.*, 2016). Uma das principais razões pelas quais esse grupo não procura o serviço odontológico é a não percepção de suas próprias necessidades (Nogueira, Falcão, Nuto, Saintrain, & Vieira-Meyer, 2017), além de questões sociais, culturais, econômicas e de estilo de vida.

Investigações a respeito da autopercepção, particularmente, em relação à saúde bucal vêm sendo desenvolvidas. Entretanto, no Brasil, ainda há necessidade de melhor compreensão dos fatores envolvidos na autopercepção da saúde bucal (Palma, Schliebe, Tonello, & Queiroz, 2015). Nesse sentido, a coleta de informações acerca da autopercepção deve ser o primeiro passo para a formulação de políticas e programas odontológicos (Vasconcelos, Prado Júnior, Teles, & Mendes, 2012). Sendo assim, tem-se como hipótese que, dentre os fatores que podem influenciar a percepção de saúde bucal, estão as características socioeconômicas.

O objetivo da presente pesquisa foi de avaliar a autopercepção de adultos com mais de 50 anos de idade, usuário de prótese, quanto às condições de saúde bucal e sua associação com fatores clínicos, subjetivos e sociodemográficos, justamente pela preocupação sobre seu estado de saúde bucal próximo ao limiar da velhice.

Metodologia

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de corte transversal, de natureza quantitativa e qualitativa, desenvolvida por meio da aplicação de questionário e avaliação das condições bucais, realizadas por um odontólogo. Os dados foram coletados em clínica privada, localizada no município de Sarandi, PR. O convite para a participação na pesquisa foi realizado na sala de espera da clínica, a partir de cadastro, previamente preenchido. Após a leitura, todos os pacientes, funcionalmente independentes, que aceitaram participar do estudo de modo voluntário, e apresentando condições cognitivas para compreender as perguntas formuladas e capacidade de responder a elas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As perguntas foram realizadas em sala anexa à sala de espera, e o exame clínico no consultório de atendimento. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Maringá, PR, Unicesumar, sob o n.º 2.529.554.

A amostra se estabeleceu, por conveniência, entre pacientes com 50 anos ou mais, que frequentaram a clínica entre o mês de junho e setembro de 2018. Como critérios de inclusão, foram considerados os usuários de prótese dentária há cinco anos, ou mais, pois, nesse período, já estão adaptados à prótese, pacientes com mais de 50 anos, de ambos os sexos, que se encontravam em condições cognitivas para compreender e responder às perguntas e que aceitaram participação voluntária no estudo. Considerou-se ainda como critério de inclusão, pacientes que utilizavam próteses totais, parciais e móveis, e excluídos os indivíduos que se negaram à participação na pesquisa, e os que usavam prótese há menos de cinco anos e com idade inferior a 50 anos, definindo-se uma amostra de 44 participantes.

Quanto aos procedimentos, para a avaliação da autopercepção relativa às condições de saúde bucal foi utilizado como instrumento o questionário GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*). O questionário foi desenvolvido por Atchison e Dolan (1990) e contém 12 questões fechadas, que se relacionam aos problemas bucais que comprometem funções físicas e funcionais, influenciam nos aspectos psicológicos, dor e desconforto nos idosos. As questões possibilitam a escolha de uma dentre três respostas (“sempre”, “às vezes” e “nunca”) e pontuam escores entre 1 e 3, na mesma escala. As questões referentes ao questionário foram assim organizadas: Q1) Limitou o tipo ou a quantidade de alimentos que comeu devido a problemas com seus dentes ou próteses? Q2) Teve problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã? Q3) Foi capaz de engolir confortavelmente? Q4) Foi impedido, por seus dentes ou sua(s) prótese(s), de falar da maneira como queria? Q5) Foi capaz de comer qualquer

coisa sem sentir desconforto? Q6) Limitou seu contato com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses? Q7) Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses? Q8) Usou medicamentos para aliviar dores ou desconforto relacionados à boca? Q9) Preocupou-se ou teve cuidados com seus dentes, suas gengivas ou suas próteses? Q10) Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, suas gengivas ou suas próteses? Q11) Sentiu desconforto ao se alimentar em frente a outras pessoas, devido a problemas com seus dentes ou suas próteses? Q12) Teve sensibilidade nos dentes ou nas gengivas quando houve contato com calor, frio ou doces?

Para as respostas “sempre”, “às vezes” e “nunca”, são atribuídos valores de 1 a 3, respectivamente. Para as questões 3, 5 e 7, esses valores são conferidos inversamente (3 para “sempre”, 2 para “às vezes” e 1 para “nunca”). Para definir o índice, somados os escores, que podem se estabelecer entre 12 e 36, é preciso entender que a autopercepção pode ser classificada em três níveis: entre 34 e 36 pontos, como *ótima*; entre 30 e 33 pontos, como *regular*; menor do que 30, como *ruim* (Atchison, & Dolan, 1990). O questionário foi validado para a população brasileira (Silva, & Fernandes, 2001). Conforme indica o método, todas as respostas desse bloco de perguntas foram baseadas nas experiências dos últimos três meses dos indivíduos pesquisados.

Para a avaliação da autopercepção da condição bucal, duas perguntas desenvolvidas por Silva e Fernandes (2001, p. 354) foram aplicadas:

- 1) “Como você avalia a condição de sua boca?”, cujas respostas podem variar entre “excelente” e “péssima”, em escala de Likert.
- 2) “Você tem algum problema com seus dentes ou gengiva?”, cujas respostas podem ser “sim” ou “não”.

Quanto à análise clínica, foi solicitado um Raio X panorâmico a todos os pacientes selecionados. O exame permitiu observar a existência de dentes cariados, perdidos e obturados, usando-se o índice CPO-D, e analisar o componente periodontal que mensura a perda óssea do paciente, identificando o quanto de altura e massa óssea bucal foram perdidas. Em relação ao componente periodontal, os índices são: perda de isenção ≤ 3 ; perda de isenção $3 < \text{e} < 6$; perda de isenção ≥ 6 . O exame possibilita verificar a isenção de dentes na mandíbula e maxila, a saúde óssea, as condições dos dentes e a estrutura óssea do paciente (Newman, Takei, Klokkevold, & Carranza, 2016).

Foi realizada uma análise descritiva dos resultados, para a obtenção de gráficos e tabelas de frequência, com o intuito de caracterizar o perfil, as condições clínicas e a autopercepção da saúde bucal dos participantes da pesquisa. Para descrição dos resultados, foram utilizadas a frequência absoluta e relativa.

Para a investigação da possível relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e subjetivas, com a autopercepção da saúde bucal, foi aplicado o teste que utiliza o coeficiente de correlação bisserial de postos (*rank biserial correlation*) para as variáveis dicotômicas e o teste de correlação por postos de Spearman, para as variáveis medidas em escalas contínuas ou ordinais.

O nível de significância foi fixado em 5%, e todas as análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*), versão 3.3.1.

Resultados

Entre os participantes da pesquisa, 81,82% apresentaram idade de 50 a 69 anos e os demais, superior a 70 anos, sendo 54% do sexo masculino; 52,27% tinham apenas ensino fundamental; verificou-se também que 68,18% deles eram aposentados; e 72,73% habitavam a área urbana. Além disso, 81,81% dos respondentes tinham renda entre R\$ 1.000,00 e R\$ 3.000,00. Uma grande parte dos indivíduos respondeu ter de um a dois filhos e de três a cinco filhos, representando 45,45% e 47,73% do total, respectivamente. No que diz respeito ao estado civil, 61,36% dos pesquisados eram casados.

Quanto às características clínicas dos sujeitos estudados, observou-se a preponderância de indivíduos que apresentaram 25 ou mais dentes perdidos, refletindo-se na menor quantidade de dentes careados e dentes obturados (Tabela 1).

Ainda, na avaliação bucal, verificou-se que 34,09% dos participantes da pesquisa eram desdentados totais, dos quais, a maioria (46,67%) encontrava-se na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade.

Tabela 1 – Distribuição de frequências das características clínicas dos participantes da pesquisa não desdentados (n = 29) na cidade de Sarandi, PR, em 2018

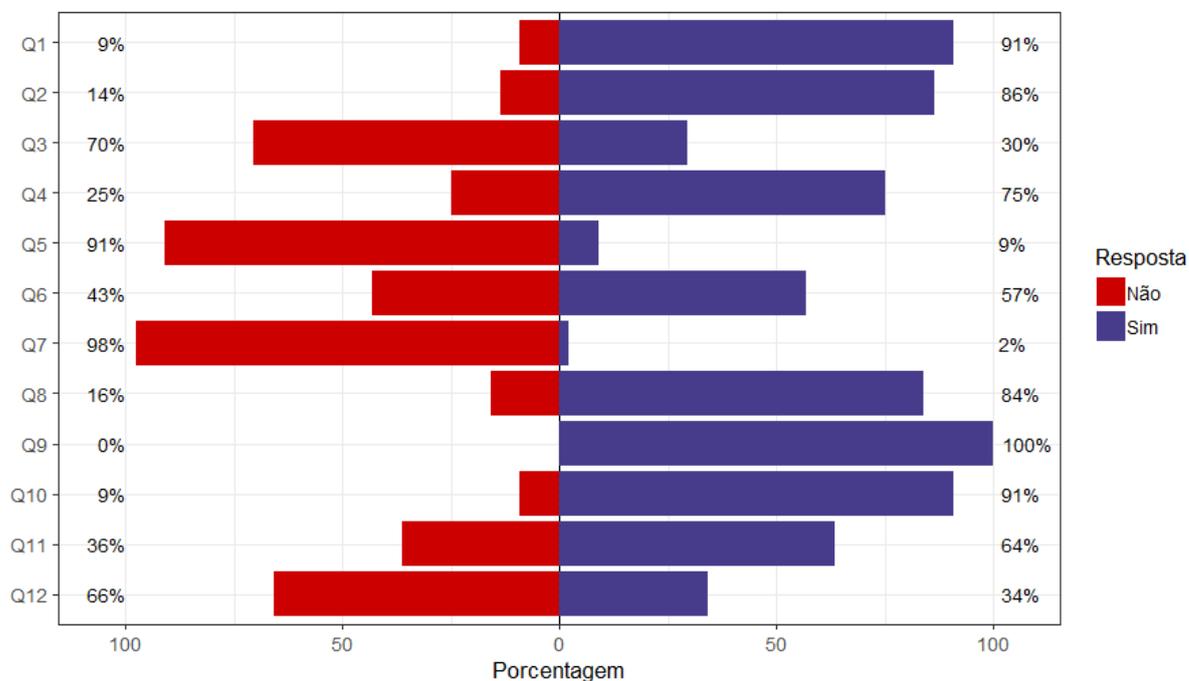
Características clínicas	n	%
Dentes perdidos		
Menos de 10 dentes	4	13,79%
De 10 a 14 dentes	3	10,34%
De 15 a 19 dentes	5	17,24%
De 20 a 24 dentes	5	17,24%
25 ou mais dentes	12	41,38%
Dentes careados		
Menos de 5 dentes	16	55,17%
De 5 a 9 dentes	12	41,38%
De 10 a 15 dentes	1	3,45%
Dentes obturados		
Menos de 5 dentes	10	34,48%
De 5 a 9 dentes	11	37,93%
De 10 a 14 dentes	5	17,24%
De 20 a 25 dentes	3	10,34%
Periodontia		
Leve	4	13,79%
Moderada	9	31,03%
Grave	16	55,17%

Fonte: Elaborada pelos autores

Em relação às doenças bucais, a pesquisa mostrou um alto percentual de periodontia grave, seguida de periodontia moderada que, somados, perfazem 86,20%. Com o exame periodontal, é possível analisar a estrutura óssea dos pacientes e a perda de inserção dentária. Desse modo, mais da metade apresentou periodontia grave e teve perda de inserção do osso sobre o dente ≥ 6 (maior que 6 mm). Nos pacientes que apresentaram periodontia moderada, verificou-se uma perda de inserção do osso de 3 mm e < 6 mm e, na minoria dos pacientes com periodontia leve, havia perda menor do que 3 mm.

Na Figura 1, são expostas as frequências das respostas para as perguntas do índice de determinação da saúde bucal geriátrica (GOHAI).

Figura 1 – Distribuição de frequências das respostas dos participantes da pesquisa para as questões do instrumento GOHAI, na cidade de Sarandi, PR, em 2018

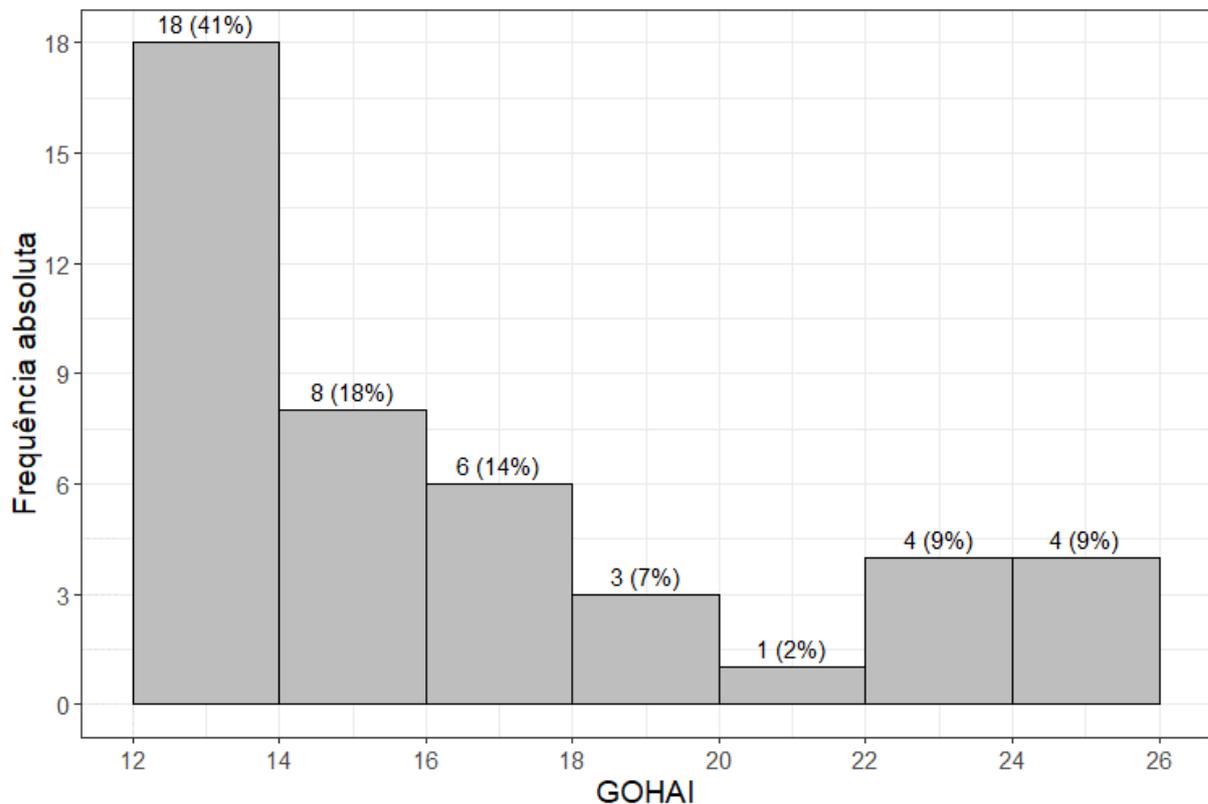


Fonte: Elaborada pelos autores

Correspondendo a de 75% ou mais das respostas afirmativas, a grande maioria reportou que - devido a problemas com seus dentes ou próteses -, de terem limitado o tipo ou a quantidade de alimentos ingeridos, de os impedirem de falar da maneira como queriam, de terem problemas para mastigar ou morder alimentos como carne sólida ou maçã, de não serem capazes de engolir confortavelmente, que não foram capazes de ingerir qualquer alimento sem sentir desconforto, que usaram medicamentos para aliviar dores ou desconforto relacionados à boca, que se sentiram nervosos ou tomaram consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses ou se preocuparam ou tiveram cuidados com seus dentes, gengivas ou próteses. Mais da metade das pessoas limitaram o contato com outras pessoas devido à condição dos seus dentes ou suas próteses, se sentiram desconfortáveis ao se alimentaram em frente a outras pessoas e não apresentaram sensibilidade nos dentes ou nas gengivas ao contato com calor, frio ou doces.

Em relação à pontuação do instrumento GOHAI, na Figura 2, evidencia-se que essa medida contempla valores entre 12 e 26 pontos, o que é considerada “ruim”.

Figura 2 – Histograma da pontuação do instrumento GOHAI, obtido por meio dos participantes da pesquisa, em Sarandi, PR, em 2018



Fonte: Elaborada pelos autores

A maior concentração de observações está entre 12 e 14 pontos que, somadas às que estão entre 12 e 20 pontos, atinge 80% das respostas. A média encontrada foi de $17,18 \pm 4,47$ pontos, que culminou em um coeficiente de variação de 26%, indicando uma variabilidade moderada em torno da média e, conseqüentemente, uma métrica razoavelmente representativa. A mediana encontrada, por sua vez, foi igual a 16.

Quanto à autopercepção da saúde bucal, verificada por meio das duas questões propostas, evidencia-se que a grande maioria dos participantes (79,55%) da pesquisa avalia a condição da própria boca como “ruim”; e nenhum indivíduo avaliou essa condição como “ótima”. Todos os participantes responderam ter algum problema com os dentes, a gengiva ou a prótese.

Objetivando avaliar a relação entre as características sociodemográficas, econômicas e clínicas e a autopercepção da saúde bucal dos entrevistados, calculou-se o coeficiente D de Somer, em conjunto com a aplicação dos testes qui-quadrado e de Wilcoxon (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultados dos testes qui-quadrado e Wilcoxon para avaliação da relação entre as características sociodemográficas e clínicas e a autopercepção da saúde bucal

Variáveis	Autopercepção		D de Somer	Valor p
	Regular	Ruim		
Idade (média) ^W	62,78	62,34	- 0,03	0,896
Sexo (% masculino) ^Q	66,67	51,43	- 0,15	0,657
Escolaridade (% fundamental) ^Q	55,56	51,43	- 0,04	1,000
Aposentado (% sim) ^Q	66,67	68,57	0,02	1,000
Habitação (% urbana) ^Q	77,78	71,43	- 0,14	0,709
Renda (% 1000,00 a 2000,00) ^Q	11,11	54,29	0,45	0,043*
Filho (média) ^W	2,44	2,74	0,17	0,419
Estado civil (% casado) ^Q	88,89	54,29	- 0,35	0,129
Desdentado (% sim) ^Q	33,33	34,28	0,01	1,000
Perdidos (média) ^W	16,00	21,09	0,37	0,177
Careados (média) ^W	4,33	4,57	0,03	0,935
Obturados (média) ^W	7,83	7,00	- 0,03	0,935
Periodontia (% grave) ^Q	22,22	0,40	0,28	0,455
GOHAI (média) ^W	18,88	16,74	- 0,24	0,275

* Valor p < 0,05. ^Q: Teste qui-quadrado; ^W: Teste de Wilcoxon

Fonte: Elaborada pelos autores

Considerando-se a exposição dos resultados na Tabela 2, nota-se que, fixando um nível de significância de 5%, a única variável que se demonstrou significativa para o objetivo proposto foi a renda (valor p = 0,043), sendo que o coeficiente D de Somer, calculado nesse caso, foi de 0,45, indicando que há uma correlação direta, moderada, entre a renda de um indivíduo e sua autopercepção da saúde bucal, ou seja, os indivíduos que ganham entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.000,00 por mês se autoavaliaram com uma saúde bucal “ruim” (54,29%). As demais variáveis não foram significantes, a ponto de se rejeitar a hipótese de correlação nula.

Discussão

Doenças bucais estão, via de regra, diretamente relacionadas às condições socioeconômicas dos indivíduos. Os problemas de saúde bucal comprometem, de maneira desproporcional, os diferentes segmentos sociais, sendo que grupos socialmente desfavorecidos apresentam maior prevalência de problemas bucais, conforme se pode atestar. Trabalho precário, menor riqueza e menor rendimento, baixos níveis de escolaridade, maior pobreza na infância e menor apoio social, desigualdades socioeconômicas, existência de iniquidades em saúde bucal na população idosa e adulta foram considerados preditores da condição de saúde bucal e sua autopercepção (Jagger, Sherriff, & Macpherson, 2013; Hernández-Palacios, Ramírez-Amador, Jarillo-Soto, Irigoyen-Camacho, & Mendoza-Núñez, 2015).

O baixo nível de escolaridade e nível de renda encontrado nesta pesquisa ratificam a afirmação, aproximando-se de outros estudos em que o ensino fundamental (completo ou incompleto) prevalece sobre outros níveis. Assinala-se que a situação socioeconômica e cultural dos indivíduos indica seu nível de informação e esse fator é determinante nas relações psicossociais e nos julgamentos a respeito da saúde geral e bucal, o que influencia, diretamente, as medidas de saúde preventiva (Jagger, Sherriff, & Macpherson, 2013).

Da mesma forma, a renda domiciliar *per capita* apresenta associação significativa com a autoavaliação da saúde bucal entre adultos, a frequência de visitas odontológicas, a perda de dentes e o uso de prótese (Mendonça, Szwarcwald, & Damacena, 2012). Nesse sentido, estudo realizado com idosos concluiu que a autopercepção da saúde bucal e a renda expressam o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dessas pessoas (Mestriner, Almeida, Mesquita, Bulgarelli, & Mestriner Junior, 2014). O fato é reiterado por Agostinho, Campos e Silveira (2015) que afirmam que, além dessa variável, a escolaridade além de condições clínicas, como perda dentária, uso e necessidade de próteses podem influenciar a percepção de saúde bucal.

Embora se trate de uma população que frequenta clínica privada, no estudo realizado, verifica-se que quase a totalidade dos participantes pertence às classes C e D, conforme a classificação de renda familiar por salário mínimo do IBGE (2017). Ademais, como esperado, a parcela de indivíduos aposentados supera aqueles que se encontram no mercado de trabalho, devido à faixa etária considerada na presente pesquisa.

Ao mesmo tempo, o percentual de edêntulos e de participantes com elevado número de dentes perdidos ou careados reflete as práticas mutiladoras ou o acesso restrito aos serviços de saúde bucal no país até a vigência das ações públicas por meio do SUS, Sistema Único de Saúde brasileiro.

A maior parcela dos participantes do sexo masculino, observada na presente pesquisa, diferencia-se de outros estudos. A maior presença de mulheres, sobretudo quanto aos usuários de próteses de adultos mais velhos, acompanha a tendência demográfica, pela maior proatividade, participação em atividades em grupo, e frequência em casas de apoio e instituições de longa permanência, locais em que são realizados estudos de mesmo escopo (Gabrado, 2015; Agostinho, Campos, & Silveira, 2015). Mulheres, por se importarem mais com aparência, avaliam a sua saúde bucal de modo mais negativo, em comparação com os homens (Mendonça, Szwarcwald, & Damacena, 2012), razão pela qual, provavelmente, buscam assistência para a saúde bucal.

Salienta-se novamente que a presente pesquisa foi realizada em uma clínica odontológica privada, o que pode ter exercido influência sobre o resultado encontrado.

Por outro lado, pode-se depreender a ideia de que os homens, exatamente por não frequentarem unidades ou locais destinados ao acolhimento, ou que impliquem a participação em grupos, acabam procurando a alternativa possível no meio privado. Entre homens idosos, a busca por assistência no serviço público é menos frequente do que na rede privada, sendo que dentre aqueles que buscam amparo na rede pública, o uso regular é menor entre os mais pobres e menos escolarizados, levando-se a crer que, embora o SUS tenha a importante função de diminuir as desigualdades, suas metas, nesse sentido, parecem que não estão sendo atingidas (Camargo, Dumith, & Barros, 2009).

Com os exames clínicos, o número elevado de dentes perdidos constatado, além dos casos de periodontia grave e perda de inserção do osso sobre os elementos dentários, revelam a condição bastante degradada da saúde bucal dos pacientes do estudo, mostrando periodontia grave e moderada. A periodontia moderada e grave leva os pacientes a futuras perdas dentárias, por falta de inserção óssea e mobilidade nos elementos dentários (Newman, *et al.*, 2016). Esse quadro condiz com a pontuação atingida pelo critério do índice GOHAI, de 17,18 pontos na média, o que indica autopercepção insatisfatória, visto que a pontuação menor do que 30 é considerada “ruim”. Além disso, todos relataram ter algum problema com seus dentes, gengiva ou próteses. Vista a magnitude da baixa pontuação, infere-se que os participantes da pesquisa têm a compreensão sobre a sua condição bucal, pois o exame clínico revelou que esses pacientes têm uma condição bucal “ruim” e que uma grande parte deles se encontrava desdentada totalmente. Ratificam Araújo, Lodovici e Mercadante (2014, p. 299) que: “Acontecimentos negativos ligados à boca, como a perda dentária, têm consequências na qualidade de vida associada à saúde bucal (QVSB), haja vista que afetam não apenas a capacidade de as pessoas mastigarem e nutrirem-se, mas também a de falarem e de se relacionarem consigo mesmas e com o mundo”. Complementam as mesmas autoras: “Fato esse que é, contudo, de grande variabilidade de pessoa a pessoa em sua interpretação, e suscetível de superação, ou não, em seus efeitos subjetivos, orgânicos, funcionais e sociais” (p. 299).

A perda dos dentes, muitas vezes, é vista como parte do envelhecimento. A população adulta e idosa economicamente desfavorecida encara a perda total dos dentes, equivocadamente, como algo normal e natural com o avanço da idade, de tal forma que se constata uma autopercepção positiva da saúde bucal, apesar de elevado edentulismo, justamente

devido à demora acerca da autopercepção; quando chegam ao consultório, em muitos casos, os pacientes já apresentam péssimas condições bucais (Ribeiro, Veloso, & Souza, 2012).

Se, por um lado, os resultados da presente pesquisa levam a crer que os participantes mostraram uma percepção compatível com os exames clínicos de saúde bucal e condições dentárias, por outro, permite-se ponderar sob outros aspectos. O fato de serem indivíduos com mais de 50 anos, que não tiveram acesso a tratamentos da saúde bucal, aliado à afirmação de que essa população procura por profissionais quando há incômodo manifesto ou dor, faz esse resultado ser compreensível. Na maioria das vezes, adultos mais velhos buscam atendimento odontológico em casos específicos, como: na hora da dor; quando surge a dificuldade para se alimentar; quando a halitose causa desconforto no meio social; quando surgem problemas quanto ao uso da prótese dentária; por estética.

É preciso ressaltar que as ausências dentárias entre os pacientes jovens vêm diminuindo ano após ano, mas, essa melhoria ainda não chegou aos adultos mais velhos. Ao se analisarem as perdas dentárias entre idosos, adolescentes e adultos, comparando-se os resultados com os encontrados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2003 e de 2010, verificou-se que mais da metade da população idosa era edêntula em 2003, e esses resultados foram semelhantes aos encontrados em 2010. Em outras faixas etárias, como adolescentes e adultos, houve redução significativa nas perdas dentárias, e mulheres idosas continuam a apresentar maiores prevalências de edentulismo, revelando-se que, apesar dos avanços, há persistentes desigualdades regionais e entre os grupos sociais (Peres, Barbato, Reis, Freitas, & Antunes, 2013).

Nesse sentido, ao serem consideradas outras variáveis socioeconômicas, retoma-se a discussão das dimensões que extrapolam a condição da saúde bucal. Ao se avaliar a condição ou a autopercepção da saúde bucal, há que se considerar o decurso da vida das pessoas desde a infância, incluindo aspectos como alimentação, condição socioeconômica, peso ao nascer e condições de moradia, que também exercem influência na saúde bucal e na qualidade de vida (Manhães, & Costa, 2008). Portanto, torna-se cada vez mais importante identificar a autopercepção sobre saúde, pois ela é um grande auxílio para o entendimento do padrão de procura por um serviço de saúde.

Vale destacar, como limitação da pesquisa, o público estudado, pois este apresenta características particulares que não representam a maioria da população brasileira, ou seja, sem entrar no mérito da questão que os levaram a essa procura, esses pacientes frequentavam uma clínica privada.

Conclusão

A autopercepção da população estudada - de adultos com mais de 50 anos de idade e usuários de prótese - mostrou-se coerente com os resultados encontrados, quais sejam de condição de saúde bucal precária. Retratando as condições sociais, políticas, culturais e econômicas essa população, na faixa etária considerada, não foi suficientemente assistida em suas épocas e seus tempos. Entende-se que o diagnóstico das condições e a autopercepção da saúde bucal de adultos mais velhos são fundamentais para que sejam desenvolvidas estratégias de planejamento e avaliação dos serviços de saúde, como forma de restituir a qualidade de vida dessa população.

Referências

- Agostinho, A. C. M. G., Campos, M. L., & Silveira, J. L. G. C. (2015). Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Revista de Odontologia da UNESP*, 44(2), 74-79. Recuperado em 21 abril, 2017, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772015000200074.
- Araújo, R. B., Lodovici, F. M. M., & Mercadante, E. F. (2014). Significados da saúde bucal na velhice. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 17(4), 297-322. ISSNprint 1516-2567. ISSNe 2176-901X. Recuperado em 21 abril, 2017, de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/24061/17308>.
- Atchison, K. A., & Dolan, T. A. (1990). Development of the geriatric oral health assessment Index. *Journal of dental education*, 54(11), 680-686. Recuperado em 12 abril, 2017, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2229624>.
- Bortoli, F. R., Moreira, M. A., Moretti-Pires, R. O., Botazzo, C., & Kovaleski, D. F. (2017). Percepção da saúde bucal em mulheres com perdas dentárias extensas. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 533-544. Recuperado em 27 outubro, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162160>.
- Botega, D. M., Mesquita, M. F., Henriques, G. E., & Vaz, L. G. (2004). Retention force and fatigue strength of overdenture attachment systems. *Journal of Oral Rehabilitation*, 31(9), 884-889. Recuperado em 15 abril, 2017, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369470>.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. (2011). *Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira, resultados principais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Bueno, R. E., Moysés, S. T., Bueno, P. A. R., & Moysés, S. J. (2014). Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36(1), 17-23. Recuperado em 18 abril, 2017, de: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v36n1/03.pdf>.

Camargo, M. B. J., Dumith, S. C., & Barros, A. J. D. (2009). Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), 1894-1906. Recuperado em 25 abril, 2018, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900004.

Gabardo, M. C. L., Moysés, S. J., Moysés, S. T., Olandoski, M., Olinto, M. T. A., & Pattussi, M. P. (2015). Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), 49-59.

Gigante, E. C. & Guimarães, J. P. (2013). A trajetória da saúde bucal pelas políticas públicas no Brasil a partir da criação do SUS. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, 3(2), 66-77. Recuperado em 17 abril, 2017, de: <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/cadernosauadedesenvolvimento/article/view/199>.

Hernández-Palacios, R. D., Ramírez-Amador, V., Jarillo-Soto, E. C., Irigoyen-Camacho, M. E., & Mendoza-Núñez, V. M. (2015). Relationship between gender, income and education and self-perceived oral health among elderly Mexicans. An exploratory study. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4), 997-1004. Recuperado em 17 abril, 2017, de: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00702014>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. (2017). *Nova proposta de classificação territorial do Brasil vê o Brasil menos urbano*. Recuperado em 27 outubro, 2018, de: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-07/nova-proposta-de-classificacao-territorial-do-ibge-ve-o-brasil-menos-urbano>.

Jagger, D. C., Sherriff, A., & Macpherson, L. M. (2013). Measuring socio-economic inequalities in edentate Scottish adults – cross-sectional analyses using Scottish Health Surveys 1995-2008/09. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 41(6), 499-508. Recuperado em 27 outubro, 2018, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23398352>.

Manhães, A. L. D., & Costa, A. J. L. (2008). Acesso a, e utilização de, serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 207-218. Recuperado em 27 outubro, 2018, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000100021&script=sci_abstract&tlng=pt.

Mendonça, H. L. C., Szwarcwald, C. L., & Damacena, G. N. (2012). Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(10), 1927-1938. Recuperado em 27 outubro, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n10/11.pdf>.

Mestriner, S. F., Almeida, A. S. Q., Mesquita, L. P., Bulgarelli, A. F. & Mestriner Junior, W. (2014). Condições de saúde bucal e qualidade de vida de idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 62(4), 389-394. Recuperado em 27 outubro, 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372014000400389

Newman, M. G., Takei, H., Klokkevold, P. R., & Carranza, F. A. (2016). *Carranza Periodontia Clínica*. (12^a ed.). Los Angeles, Califórnia, USA: Elsevier Health Education.

Nogueira, C. M. R., Falcão, L. M. N., Nuto, S. A. S., Saintrain, M. V. L., & Vieira-Meyer, A. P. G. F. (2017). Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(1), 7-19. Recuperado em 11 abril, 2017, de: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n1/pt_1809-9823-rbgg-20-01-00007.pdf.

- Palma, J. M., Schliebe, L. R. S. O., Tonello, A. S., & Queiroz, R. C. S. (2015). Edentulismo e autopercepção em saúde bucal em idosos de um município do nordeste brasileiro. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 16(3), 144-148. Recuperado em 10 abril, 2017, de: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4510/2472>.
- Peres, M. A., Barbato, P. R., Reis, S. C. G. B., Freitas, C. H. S. M., & Antunes, J. L. F. (2013). Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Revista de Saúde Pública*, 47(3), 78-89. Recuperado em 10 abril, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47s3/0034-8910-rsp-47-supl3-00078.pdf>.
- Ribeiro, I. L. A., Veloso, H. H. P., & Souza, K. C. (2012). Caracterização da saúde bucal de idosos em uma instituição beneficente de longa permanência de João Pessoa, PB, Brasil. *Revista Cubana de Estomatologia*, Havana, 49(3), 193-203. Recuperado em 3 novembro, 2017, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000300002.
- Rosendo, R. A., Sousa, J. N. L., Abrantes, J. G. S., Cavalcante, A. B. P., & Ferreira, A. K. T. F. (2017). Autopercepção de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida em idosos: uma revisão da literatura. *Revista Saúde & Ciência*, 6(1), 89-102. Recuperado em 11 abril, 2017, de: <http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/307>.
- Silva, S. R. C., & Fernandes, R. A. (2001). Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista Saúde Pública*, 35(4), 349-355. Recuperado em 14 julho, 2019, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000400003&lng=en.
- Souza, J. G. S., Souza, S. E., Sampaio, A. A., Silveira, M. F., Ferreira, E. F., & Martins, A. M. E. B. L. (2016). Autopercepção da necessidade de prótese dentária total entre idosos brasileiros desdentados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3407-3415. Recuperado em 16 outubro, 2018, de: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n11/3407-3415>.
- SUS. (2000). *Sistema Único de Saúde, Princípios e Conquistas*. Brasília, DF, Brasil, Ministério da Saúde. Recuperado em 16 outubro, 2018, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf.
- Vasconcelos, L. C. A., Prado Júnior, R. R., Teles, J. B. M., & Mendes, R. F. (2012). Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(6), 1101-1110. Recuperado em 23 abril, 2017, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600009.

Recebido em 26/07/2019

Aceito em 30/09/2019

Tássio de Menezes – Graduado em Odontologia. Mestrando em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá - Unicesumar/ICETI. Atualmente é gerente, ORAL SIN.

E-mail: tassio_tt@hotmail.com

Sônia Maria Marques Gomes Bertolini – Graduada em Fisioterapia. Mestrado e Doutorado em Ciências Morfofuncionais, Universidade de São Paulo, USP. Atualmente é professora titular do Centro Universitário de Maringá e professora associada da Universidade Estadual de Maringá. Coordena o Mestrado em Promoção da Saúde da UNICESUMAR. Pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação, ICETI, Líder do grupo de pesquisa Atividade Física e Envelhecimento.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2579-7362>

E-mail: sonia.bertolini@unicesumar.edu.br

Ely Mitie Massuda - Pós-Doutorado em Economia, Université de Sehrbrooke (Canadá). Doutorado em História Econômica, USP. Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Programa de Pós-Graduação em Gestão do Conhecimento nas Organizações Unicesumar, Centro Universitário de Maringá.

E-mail: elymitie.m@gmail.com