

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

TÁSSIO DE MENEZES

**AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL: USUÁRIOS DE PRÓTESE
COM MAIS DE 50 ANOS**

MARINGÁ
2018

TÁSSIO DE MENEZES

**AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL: USUÁRIOS DE PRÓTESE
COM MAIS DE 50 ANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ely Mitie Massuda.
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sonia Maria Marques Gomes Bertolini.

MARINGÁ
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M543a Menezes, Tássio de.
Autopercepção da saúde bucal usuários de prótese com mais de 50anos / Tássio de Menezes. Maringá-PR: UNICESUMAR, 2018.
56 f. ; 30 cm.

Orientadora: Ely Mitie Massuda.
Coorientadora: Sonia Maria Marques Gomes Bertolini.
Dissertação (mestrado) – UNICESUMAR - Centro Universitário de Maringá,
Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, 2018.

1. Saúde bucal. 2. Idoso. 3. Prótese dentária. 4. Autopercepção. I. Título.

CDD – 617

TÁSSIO DE MENEZES

**AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL: USUÁRIOS DE PRÓTESE
COM MAIS DE 50 ANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof^a. Dr^a. Ely Mitie Massuda
Centro Universitário de Maringá (Presidente)

Prof^a. Dr^a Mirian Ueda Yamaguchi
Centro Universitário de Maringá

Prof^a. Dr^a Cássia Kely Favoretto Costa
Centro Universitário de Maringá

Aprovado em:
19 de dezembro de 2018

Dedico este trabalho a minha família, ao meu
filho e aos meus amigos, que sempre me
apoiaram em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, de maneira muito especial, à Prof^a. Dr^a. Ely Mitie Massuda, pela dedicação, pelo apoio, respeito e, acima de tudo, por estar sempre comigo, refletindo sobre este importante estudo. Aprendi muito, pois foram diversas leituras, orientações e reflexões sobre a temática, as quais, com certeza, são imprescindíveis para todos os profissionais que buscam se capacitar e entender o processo de promoção da saúde na nossa sociedade, principalmente, no que diz respeito à saúde pública. Estendo os agradecimentos à Prof^a Sônia Maria Marques Gomes Bertolini pela coorientação.

Agradeço também, de forma especial, à Coordenação do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde e aos professores do Centro Universitário Cesumar (Unicesumar), pelos ensinamentos, pelas orientações e pela parceria nesta jornada que não é o fim, mas o começo de uma longa caminhada. Obrigado, mestres!

“[...] A viagem não acaba nunca. Só os viajantes acabam. E mesmo estes podem prolongar-se em memória, em lembrança, em narrativa.

Quando o viajante se sentou na areia da praia e disse: ‘Não há mais que ver’, sabia que não era assim. O fim duma viagem é apenas o começo doutra. É preciso ver o que não foi visto, ver outra vez o que se viu já, ver na Primavera o que se viu no Verão, ver de dia o que se viu de noite, com Sol onde primeiramente a chuva caía, ver a seara verde, o fruto maduro, a pedra que mudou de lugar, a sombra que aqui não estava. É preciso voltar ao passo que foram dados, para repeti-los. E para traçar caminhos novos ao lado deles. É preciso recomeçar a viagem. ‘Sempre’”.

(Trecho do livro *Viagem a Portugal* – José Saramago).

RESUMO

O Brasil passa, atualmente, por um processo de transição demográfica, em que aqueles indivíduos nascidos no período pós-Segunda Guerra Mundial e nas décadas 1950, 1960 se tornam idosos. Devido às condições sociais, econômicas, culturais e de acesso aos serviços de saúde que vigoraram por muitas décadas no país, atualmente, muitos brasileiros são usuários de prótese dentária. Essa população, muitas vezes, não tem a real percepção de suas condições bucais, o que pode lhe acarretar consequências adversas. A presente pesquisa teve como objetivo principal analisar a autopercepção de usuários de prótese dentária com mais de 50 anos de idade, quanto às condições de saúde bucal, e avaliar a associação com fatores clínicos, subjetivos, sociodemográficos e econômicos que podem interferir nessa percepção. Esta pesquisa de cunho qualitativo/quantitativo e transversal efetivou-se por meio do instrumento Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), sendo que duas questões fechadas abordaram a autopercepção da saúde bucal, além do questionário sociodemográfico. A análise clínica foi realizada por meio de Raio-X panorâmico, submetido ao índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados – CPOD. Um total de 44 indivíduos participou da pesquisa, desdentados totais ou parciais. A média do índice foi de 17,18 pontos. Observou-se que existe uma relação entre esse fator socioeconômico e a autopercepção da saúde bucal constatada como ruim. Verificou-se que os participantes da pesquisa possuem uma autopercepção condizente com suas condições de saúde bucal ruim. Isso demonstra que ter mais conhecimento sobre a saúde bucal potencializa a promoção da saúde para a população estudada, na perspectiva interdisciplinar. Os resultados sugerem a necessidade do estabelecimento de políticas locais de saúde bucal, voltadas para a promoção da saúde, focadas na prevenção da cárie dentária e do edentulismo.

Palavras-chave: Saúde bucal. Idoso. Prótese dentária. Autopercepção.

ABSTRACT

Brazil is currently undergoing a process of demographic transition in which individuals born in the post-World War II period and in the 1950s, 1960s become elderly. Due to the social, economic, cultural and access to health services that have existed for many decades in the country, many Brazilians are nowadays using dental prostheses. This population often do not have the actual perception of their oral conditions, which can lead them to adverse consequences. The main objective of this study was to analyze the self - perception of dental prosthesis users over 50 years of age regarding oral health conditions and to evaluate the association with clinical, subjective, sociodemographic and economic factors that may interfere with this perception. A qualitative / quantitative and cross-sectional study was carried out using the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), two closed questions addressing self-perception of oral health in addition to the sociodemographic questionnaire. The clinical analysis was performed by means of panoramic X-ray that was submitted to the Index of Caries Lost and Seized – CPOD. A total of 44 individuals participated in the research, either total or partial edentulous. The average index was 17.18 points. It was observed that there is a relation between this socioeconomic factor and the self-perception of oral health, which is poor. It was found that the participants of the research have a self-perception consistent with their oral bad health conditions. This demonstrates that having more knowledge about oral health enhances the promotion of health for the study population, from an interdisciplinary perspective. The results suggest the need to establish local health policies aimed at health promotion, focused on the prevention of dental caries and edentulism.

Palavras-chave: Oral health. Elderly. Dental prosthesis. Self perception.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Distribuição de frequências das respostas dos participantes da pesquisa para as questões do instrumento GOHAI, na cidade de Sarandi-PR, em 2018.....28
- Figura 2** – Histograma da pontuação do instrumento GOHAI, obtido por meio dos participantes da pesquisa, em Sarandi-PR, em 2018.....30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicos dos participantes da pesquisa (n = 44) no ano de 2018, em Sarandi-PR.....	25
Tabela 2 – Distribuição da frequência dos participantes desdentados por idade, na cidade de Sarandi-PR, em 2018.....	26
Tabela 3 – Distribuição de frequências das características clínicas dos participantes da pesquisa não desdentados (n = 29) na cidade de Sarandi-PR, em 2018.....	27
Tabela 4 – Distribuição de frequências da autopercepção da saúde bucal dos participantes da pesquisa (n = 44), em Sarandi-PR, em 2018.	31
Tabela 5 – Resultados dos testes qui-quadrado e Wilcoxon para avaliação da relação entre as características sociodemográficas e clínicas e a autopercepção da saúde bucal.	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Objetivo geral	13
1.2 Objetivos específicos	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.	13
2.1 Autopercepção da saúde bucal.	16
2.2 Tipos e prevalência de prótese em adultos com mais de 50 anos.....	18
3 METODOLOGIA	21
3.1 Tipo de estudo.	21
3.2 Local de realização da pesquisa.....	21
3.3 População e amostra.	22
3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.	22
3.5 Análise clínica.	23
3.6 Análise dos dados.	24
4 RESULTADOS.	25
5 DISCUSSÃO.	32
6 CONCLUSÃO.	42
REFERÊNCIAS.	43
APÊNDICES.	52
ANEXOS.	55

1 INTRODUÇÃO

Na realidade brasileira, embora a perspectiva de vida venha aumentando gradativamente, a qualidade da saúde bucal não segue esse ritmo, visto que são poucos os programas de saúde bucal direcionados, em especial, para idosos (PINHEIRO, 2001). O fato de que os serviços odontológicos públicos para adultos, em geral, têm restrições de atendimento, limitando-se, muitas vezes, às práticas mutiladoras (BOTEGA et al., 2004), não correspondem à perspectiva de busca da qualidade da saúde bucal ao longo do tempo na vida dos indivíduos. Conforme expõem Bortoli et al. (2017), “a maior parte dos casos de edentulismo presente é fruto de uma odontologia do passado”.

Historicamente, no Brasil, políticas públicas mais amplas de saúde bucal são recentes. Somente com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) pela Constituição de 1988 e, posteriormente, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), direcionando-se para a Atenção Básica em Saúde (ATS), surgiram as possibilidades de inserção da saúde bucal. O programa Brasil Sorridente, lançado em 2004, é a referência do início de oferta de saúde pública de serviços de maior amplitude (GIGANTE; GUIMARÃES, 2013). Portanto, grande parcela da população, atualmente com mais de 50 anos, permaneceu desassistida por muito tempo, tornando-se os atuais desdentados e usuários de próteses dentárias.

De acordo com Bueno et al. (2014), muitos ignoram o fato de que a saúde bucal é componente indissociável e integrante da saúde como um todo, visto que algumas doenças sistêmicas, por exemplo, têm suas primeiras manifestações na boca. Doenças bucais, em muitos casos, são importantes sinais de diagnóstico precoce, pois a saúde bucal, quando não tratada, pode comprometer a saúde geral (BUENO et al., 2014). Segundo o IBGE (2015), a saúde bucal interfere diretamente na saúde integral e, portanto, na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade.

Dentre os usuários de prótese dentária, há muito descontentamento por razões diversas. De acordo com Feine e Heydecke (2005), 66% dos pacientes idosos edêntulos não se sentem satisfeitos com suas próteses. Os motivos centrais para tal desagrado são o desconforto, o pouco ajustamento, a retenção e, principalmente, a sensibilidade à palpação e a dor embaixo da prótese mandibular.

Há evidências de que a perda dentária está associada à redução da qualidade de vida em relação à saúde bucal (MALLMANN; TOASSI; ABEGG, 2012). Diferentes estudos têm avaliado a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre adultos com mais de 50 anos e idosos, sem diferenciar o seu tipo de tratamento (SOUZA et al., 2016). Essa diferença pode refletir a real necessidade de tratamento entre adultos com mais de 50 anos e idosos brasileiros, já que o país tem alta prevalência de edentulismo e de uma parcela de desdentados que não faz uso de prótese total (BRASIL, 2011; MARTINS, BARRETO, PORDEUS, 2009).

Na área odontológica, a autopercepção de saúde bucal tem se tornado um dos indicadores de qualidade de vida mais utilizados. Durante as últimas décadas, o interesse em conceituar e quantificar a saúde bucal, bem como sua relação com a qualidade de vida, tem sido cada vez mais considerado. Como exemplo da importância desse tema, observa-se o crescente aumento de estudos que avaliam a saúde bucal por meio da abordagem clínico/objetiva do processo saúde-doença e, principalmente, mediante parâmetros subjetivos fundamentados na autopercepção do paciente, sobretudo, do idoso e do adulto (PALMA et al., 2015; MARTINS, BARRETO, PORDEUS, 2009; BULGARELLI, 2010; RAUEN et al., 2008).

A autopercepção da saúde bucal é muito importante, pois se trata de uma medida multidimensional que reflete a experiência subjetiva dos indivíduos quanto ao seu bem-estar funcional, social e psicológico e, muitas vezes, é essa autopercepção que determina a busca por atendimento odontológico (SILVA et al., 2011).

No que se refere à importância da autopercepção, observa-se que os fatores socioeconômicos e culturais podem demonstrar o nível de informação do indivíduo, determinando a prática de medidas preventivas e a importância atribuída à saúde bucal no cotidiano e nas relações psicossociais. Nessa perspectiva, em muitos casos, a falta de conhecimento e de motivação para adotar práticas de prevenção e cuidado agrava a condição da saúde bucal do adulto, comprometendo a autopercepção (AGOSTINHO; CAMPOS; SILVEIRA, 2015).

Assim, o objetivo da presente pesquisa consiste em avaliar a autopercepção do adulto com mais de 50 anos de idade, usuário de prótese, quanto às condições de saúde bucal e verificar a associação com fatores clínicos, subjetivos, sociodemográficos e econômicos que podem interferir nessa percepção. Dessa forma, a necessidade de subsidiar a qualificação dos profissionais que compreendam a evolução dos fatos relacionados a esse tema e de promover o

conhecimento do perfil desse público da área de abrangência de atuação profissional torna-se uma questão evidente. A elaboração deste estudo coopera com o desenvolvimento de propostas que possam contribuir com o planejamento de ações voltadas para a promoção da saúde, a partir das necessidades apresentadas pelo adulto com mais de 50 anos e pelos idosos, visando à qualidade de vida desses indivíduos.

1.1 Objetivo geral

Avaliar a autopercepção do adulto com mais de 50 anos de idade, usuário de prótese, quanto às condições de saúde bucal.

1.2 Objetivos específicos

- Verificar a associação com fatores clínicos, subjetivos e sociodemográficos que podem interferir nessa percepção.
- Promover o conhecimento do perfil desse público da área de abrangência de atuação profissional.
- Desenvolver propostas que possam contribuir com o planejamento de ações voltadas para a promoção da saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo dados do levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira, realizado em 2010, mais da metade da população idosa brasileira é desdentada (53,7%) (BRASIL, 2011). Estima-se que, em 2020, o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo, de acordo com Souza et al. (2016), de forma que se evidencia a necessidade de reestruturação de políticas de saúde, com o intuito de atender às demandas desse contingente populacional, já que doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão na sociedade. Em consonância com essas mudanças, percebe-se a maior necessidade de atenção à saúde bucal dos idosos brasileiros ou daqueles que se aproximam dessa faixa etária, que tem, em sua maioria, precárias condições e alta prevalência de desdentados (edentulismo).

Até um período recente, o acesso dos brasileiros à saúde bucal era limitado, fazendo a procura por assistência odontológica ser realizada apenas em casos de dor. A demora na procura pelo atendimento, aliada aos poucos serviços odontológicos públicos oferecidos, fazia com que o principal tratamento ofertado fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica. A mudança desse quadro teve início em 2003, quando o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (GIGANTE; GUIMARÃES, 2013).

O Brasil Sorridente é composto por várias medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, a qual é considerada fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população. A principal meta do programa é a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, reunindo ações em saúde bucal, voltadas aos cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do SUS, atrelado ao Programa Saúde da Família – PSF (BRASIL, 2015; GIGANTE, GUIMARÃES, 2013).

É relevante destacar que, no atual cenário de transição demográfica no Brasil, o processo de envelhecimento ocorre de forma acelerada, o que provoca mudanças na sociedade e gera gastos em várias áreas, dentre elas, a saúde. Essa é uma tendência contínua, pois se estima que, no ano de 2025, haverá mais de 800 milhões de pessoas com mais de 65 anos em todo o mundo (SANTOS et al., 2014). Dessa forma, é primordial que os órgãos públicos promovam políticas públicas de prevenção e cuidado, pois, além de estar relacionada às questões estéticas, a saúde bucal promove a saúde geral do indivíduo. Assim, é extremamente importante contribuir para a saúde bucal do idoso e do adulto, visando à prevenção e à promoção da saúde bucal dos sujeitos.

Apesar dos avanços nas políticas públicas no que se refere à saúde bucal, é preciso considerar que o número de pacientes desdentados, totais e parciais, ainda é grande no Brasil. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal demonstram que mais de três milhões de idosos brasileiros precisam de prótese total nas duas arcadas, e isso acontece por falta de autopercepção desses indivíduos quanto à necessidade de cuidados bucais (BRASIL, 2012). Se somada a população adulta que passou pelas mesmas circunstâncias que o idoso brasileiro, e visto que os programas públicos voltados para adultos são muito recentes, os portadores de prótese ou desdentados atingem um montante muito acima dos apresentados somente para idosos.

O SUS, entretanto, não tem estrutura apropriada, nem é considerado suficiente para atender à demanda da saúde bucal da população de faixas etárias mais avançadas (ROSENDO et al., 2017). Conforme expõem Rosendo et al. (2017), dentes que poderiam ser recuperados são extraídos, uma vez que tal opção é considerada a mais prática e, ao mesmo tempo, para muitos, a mais econômica, sobretudo para os idosos. Assim, não se descarta a possibilidade de que, mesmo que haja autopercepção bucal, muitos perdem os dentes e não podem recompor essas perdas por meio de próteses, em especial, devido à ausência de recursos financeiros.

Nesse aspecto, cabe salientar que a população idosa residente no Brasil, em sua maioria, está sujeita às debilidades socioeconômicas, e esse fato pode repercutir, negativamente, na saúde bucal. Nessa condição, em muitos casos, a autopercepção é desconsiderada e o edentulismo passa a ser um fenômeno comum para esse grupo de pessoas (PALMA et al., 2015). Muitas vezes, a perda dos dentes é consequência da cárie e da doença periodontal, além de estar associada ao baixo acesso aos programas e às políticas preventivas ou de promoção de saúde (AGOSTINHO; CAMPOS; SILVEIRA, 2015).

Ademais, em se tratando de idosos, muitos direcionam sua atenção mais aos serviços médicos do que aos serviços odontológicos, apesar de ser nessa etapa da vida que os problemas orais se acentuam, devido ao caráter cumulativo das sequelas das doenças bucais. Esse comportamento, sobretudo daqueles que não possuem mais dentes ou usam próteses parciais, pode indicar a ausência de autopercepção quanto à necessidade dos cuidados bucais (NOGUEIRA et al., 2017).

Para Araújo, Lodovici e Mercadante (2014, p. 297), “a área de odontologia deveria estar articulada a outros setores sociais, pois assim seria possível consolidar a construção de um novo conceito de saúde mais positivo e integralizado na população”. Nessa abordagem, ainda segundo esses autores, as pessoas perceberiam seus problemas de saúde não apenas na velhice, quando já se está em situação de doença, mas compreenderiam que vícios como o fumo e a bebida são dois dos grandes fatores de risco à saúde global e à saúde bucal.

Portanto, é possível assegurar que, quando se consegue compreender a saúde bucal, as questões socioeconômicas tornam-se o primeiro passo na elaboração de um programa que inclua ações educativas, voltadas para o autodiagnóstico e o autocuidado, além de ações preventivas e curativas. Nesse contexto, o desconhecimento dos problemas relacionados à saúde bucal

constitui, na maioria das vezes, uma barreira para o acesso ao serviço odontológico (ROCHA; NIHI; PIZI, 2013).

2.1 Autopercepção da saúde bucal

A autopercepção de saúde é uma medida subjetiva, baseada em conhecimentos e crenças individuais. Os estudos populacionais baseados na autoavaliação em saúde são importantes para averiguar as condições de saúde e o seu monitoramento no decorrer do tempo. Assim, é possível avaliar se as políticas públicas e os serviços voltados à saúde estão sendo eficazes, favorecendo uma autoavaliação positiva em saúde (BARROS et al., 2009).

Nesse sentido, qualidade de vida é um conceito que está, intimamente, relacionado ao de autopercepção que, em saúde, reflete a percepção integrada do indivíduo por meio das experiências e do estado de saúde no contexto da vida diária. Em geral, a autoavaliação negativa da saúde, incluindo a saúde bucal, pode ser vista como resultado de sentimentos provocados pela dor ou pelo desconforto, pelo mal-estar, em interação com fatores sociais, culturais, psicológicos e ambientais que modificam a maneira como a vida da pessoa é afetada pelo problema experimentado (BEZERRA et al., 2011).

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). Essa autopercepção, segundo os autores, pode modular os comportamentos em saúde bucal e a importância dada aos problemas bucais, sendo um importante preditor na busca por tratamento, inclusive, pela prótese dentária. A autopercepção pode ser fundamental para evitar o surgimento de doenças bucais devido ao uso de próteses, logo, a autopercepção ou autoavaliação em saúde corresponde à

interpretação que uma pessoa faz em relação ao seu estado de saúde e suas experiências na vida diária, baseada na informação e nos conhecimentos disponíveis em relação aos conceitos de saúde e doença, que sofrem influência também da experiência prévia e dos contextos sociais, culturais e históricos de cada pessoa (NOGUEIRA et al., 2017, p. 14).

Ter conhecimento quanto à autoavaliação da saúde da população, no campo da odontologia, é algo essencial para se entender o comportamento das pessoas e como elas avaliam suas necessidades, a fim de auxiliá-las na adesão a comportamentos saudáveis. Nesse contexto, o conhecimento do profissional de odontologia, acerca dos aspectos que envolvem a autopercepção, ressalta as questões relacionadas ao processo. A esse cenário, soma-se a necessidade de compreender que uma das principais razões pelas quais esse grupo não procura o serviço odontológico é a não percepção de suas próprias necessidades (NOGUEIRA et al., 2017).

Além disso, questões sociais, culturais, de estilo de vida e econômicas estão relacionadas à problemática de autopercepção (BULGARELLI; MESTRINER; PINTO, 2012). Corroborando, Bertotti et al. (2015) observaram que o acesso à consulta odontológica pode estar relacionado aos aspectos culturais, econômicos e políticos, destacando que informações importantes a respeito de prevenção de doenças bucais podem não alcançar idosos ou adultos, de forma eficiente.

Investigações a respeito da autopercepção dos idosos, particularmente, em relação à saúde bucal, vêm sendo desenvolvidas. Entretanto, no Brasil, ainda há a necessidade de melhor compreensão dos fatores envolvidos na autopercepção da saúde bucal, incluindo investigações quanto à necessidade do uso de prótese total e parcial removível (PALMA et al., 2015). Nesse sentido, a coleta de informações acerca da autopercepção deve ser o primeiro passo para a formulação de políticas e programas odontológicos (VASCONCELOS et al., 2012).

Quanto às políticas públicas de saúde bucal do adulto, em especial, daqueles com mais de 50 anos e do idoso, é necessário, além de conhecer as necessidades clínicas desse grupo, mediante levantamentos epidemiológicos, compreender aspectos subjetivos relacionados à autopercepção das condições de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida. Isso porque esses são pontos capazes de influenciar a adesão ao tratamento e a motivação para o autocuidado. Dentre os fatores que podem influenciar a percepção de saúde bucal estão características socioeconômicas, como escolaridade e renda, além de condições clínicas, como perda dentária, uso e necessidade de próteses (AGOSTINHO; CAMPOS; SILVEIRA, 2015).

Pesquisas desenvolvidas com o objetivo de verificar a autopercepção de saúde bucal dos idosos demonstraram que, nos grupos estudados, de forma geral, a saúde bucal pode ser considerada “ruim”, devido à alta frequência de edentulismo, total ou parcial. A necessidade de tratamento com próteses, incluindo as que estavam em uso, mas com perda de função e de

estética, também é um fator que corrobora esse cenário insatisfatório (AGOSTINHO, CAMPOS, SILVEIRA, 2015; FRANCISCO, LACERDA, CASOTTI, 2015).

Assim, quando um idoso tem a autopercepção de que precisa usar próteses dentárias e das necessidades de tratamento de lesões bucais, evitam-se muitas complicações futuras. Esse autoconhecimento é capaz de auxiliar o desenvolvimento e a implementação de estratégias de atuação profissional e de educação específicas para os diferentes seguimentos de profissionais de saúde, de cuidadores e do próprio idoso. Entretanto, como já mencionado, a universalidade de acesso aos serviços odontológicos gratuitos ainda é uma realidade distante (ROCHA; NIHI; PIZI, 2013).

Quando o assunto é a saúde bucal de adultos e idosos, muitas vezes, as reclamações referem-se ao uso inadequado da prótese, o que causa lesões. Assim, por falta de percepção, por considerar a idade que avança uma razão para tudo, o idoso não procura um profissional e nem percebe que os sintomas podem estar associados à ausência de higiene (SOUSA et al., 2013).

Ademais, a autopercepção da saúde bucal tem sido avaliada em diferentes populações e, pelas características que lhe são inerentes, os idosos são os mais estudados. Os instrumentos de aferição mais utilizados na maior parte desses estudos são indicadores sociodontais, quantitativos (questionário estruturado), que englobam os aspectos psicológicos e sociais, por intermédio da autopercepção e do levantamento dos impactos causados na qualidade de vida de pessoas ou populações (CORRÊA et al., 2016).

2.2 Tipos e prevalência de próteses em adultos com mais de 50 anos

Existem diferentes tipos de próteses dentárias, como a prótese total removível, conhecida como dentadura, que substitui todos os dentes perdidos. Nesse caso, a eficiência mastigatória é em torno de 20%, se comparada à eficiência mastigatória dos dentes naturais. Por sua vez, a prótese parcial removível, que substitui alguns dentes perdidos, tem eficiência mastigatória superior à eficiência de uma dentadura, em torno de 50%.

A prótese fixa é a que mais se aproxima dos dentes naturais, pois é mais estética e funcional e sua eficiência mastigatória atinge cerca de 80%. A prótese implanto-suportada é um tipo de prótese fixa mais vantajosa em relação à convencional, sendo fixada sobre um parafuso

instalado no osso da maxila ou mandíbula e que dá suporte à coroa artificial (FREITAS, 2013). Nesse contexto, os estudos relacionados a seguir descrevem quais são os tipos e a prevalência de próteses mais utilizadas pelos idosos.

Mallmann, Toassi e Abegg (2012) estudaram o uso e a necessidade de prótese dentária em uma amostra com 720 indivíduos, entre 50 e 74 anos de idade, residentes em três distritos sanitários do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Os dados do estudo transversal foram coletados por meio de entrevista domiciliar e exame clínico e apontaram que 63,7% usavam algum tipo de prótese superior e 30,0% usavam prótese inferior; mulheres usavam prótese superior e inferior com maior frequência; indivíduos com idade entre 60 e 74 anos fizeram maior uso de próteses, sendo a prótese total a mais usada.

Assim, os autores supracitados concluíram que a prevalência do uso e a necessidade de prótese foram elevadas. Além disso, a prótese mais usada na arcada superior foi a total, enquanto, na arcada inferior, foi a parcial removível. Salientaram, portanto, que o edentulismo é um problema de saúde pública, para o qual devem ser adotados critérios de priorização na implantação da atenção especializada.

Por sua vez, Palma et al. (2015) avaliaram o uso e a necessidade de prótese dentária e a autopercepção da saúde bucal em idosos do município de São Luiz do Maranhão (MA). Foram examinados 91 idosos, sendo 72,5% (66) mulheres e 27,4% (25) homens, com idade variando entre 60 e 95 anos. Dos idosos examinados, 47% utilizavam algum tipo de prótese dentária superior, dos quais 13% faziam uso de prótese parcial removível (PPR), 30% de prótese total (PT) e 4% a combinação de prótese parcial fixa (PPF) e PPR.

Na arcada dentária inferior, 19% utilizavam PPR, 21% PT e 2% a combinação de PPR e PPF. Em relação à necessidade de próteses, os mesmos autores observaram a necessidade de prótese dentária superior em 54,9% dos pacientes, e inferior em 41,7% deles. Observaram, ainda, que 13,1% necessitavam de PPR superior, enquanto 16,4% de PPR inferior. A necessidade de PPR e PPF foi de 18,6% no arco superior e 19,7% no arco inferior. A necessidade de prótese total superior foi de 23,0%, e inferior foi de 5,50%.

Por seu turno, Agostinho, Campos e Silveira (2015) realizaram uma pesquisa com uma população-alvo constituída por 103 idosos em atividade no Centro de Referência em Atenção ao Idoso da Fundação Pró-Família, de Blumenau (SC), com idade igual ou acima de 60 anos. No que se refere à distribuição de prótese removível, os resultados mostraram que prevaleceu o uso

de prótese dupla em mais da metade dos voluntários, seguida de prótese somente no arco superior, e um número muito reduzido de prótese somente inferior, com as seguintes frequências: prótese removível no arco superior e inferior, 66%; no arco superior, 23,3%; no arco inferior, 1,9%, do total de idosos.

Um estudo realizado por Bianchetto e Florencio (2015), para avaliar as condições de saúde bucal em idosos de uma instituição pública de Porto Velho (RO), constatou que, com relação ao uso e/ou à necessidade de prótese segundo o gênero, o número é bastante expressivo, quando se trata de prótese superior, sendo 86,8% para mulheres e 82,6% para homens. No uso de prótese inferior, esse número cai quase pela metade, sendo 52,6% para as mulheres e 52,2% para os homens. Os autores observaram, por meio de relatos dos pacientes e de observações clínicas, que os aparelhos protéticos inferiores têm estabilidade muito reduzida ou, até mesmo, inexistente, o que dificulta o uso e limita a função deles.

Nessa perspectiva, Azevedo et al. (2017) avaliaram o uso e a necessidade de prótese dentária entre os idosos brasileiros com idade entre 65 e 74 anos. Foram analisados dados de 7.496 idosos que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2010 (SB Brasil 2010). Os resultados mostraram que a prevalência do uso de prótese foi de 78,2% e de necessidade de prótese foi de 68,7%.

Considerando-se as macrorregiões, as prevalências de uso e necessidade de prótese dentária foram, respectivamente: Norte, 76,2% e 80,6%; Nordeste, 71,3% e 82,9%; Sudeste, 77,8% e 66,8%; Sul, 86% e 60,4%; Centro-oeste, 73,5% e 77%. Com relação ao uso de prótese nos arcos superior e inferior, em todas as regiões, o uso é maior no arco superior e as próteses dentárias mais utilizadas são as totais e as parciais removíveis.

Colussi e Patel (2016) analisaram os dados de uso e necessidade de prótese em idosos, no Brasil, comparando os dois últimos levantamentos epidemiológicos nacionais, o SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010. Os percentuais de uso de prótese por região estão expostos a seguir.

- No Norte, de 58,74% para prótese superior, em 2003, e de 73,70%, em 2010; para prótese inferior foi de 35,75%, em 2003, e de 44,70%, em 2010.
- Na região Nordeste, o uso de prótese superior foi de 51,87%, em 2003, e de 68,60%, em 2010; para prótese inferior foi de 31,65%, em 2003, e de 44,50%, em 2010.
- Na região Sudeste, o uso de prótese superior foi de 71,29%, em 2003, e de 76,50% em 2010; para prótese inferior foi de 46,58%, em 2003, e de 55,50%, em 2010.

- Na região Sul, o uso de prótese superior foi de 80,67%, em 2003, e 83,50%, em 2010; para prótese inferior foi de 53,00%, em 2003, e de 57,20%, em 2010.
- Na região Centro-oeste, o uso de prótese superior foi de 70,14%, em 2003, e de 73,10%, em 2010; para prótese inferior foi de 45,82%, em 2003, e de 51,60%, em 2010.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa, de natureza quantitativa, observacional e analítica, foi desenvolvida por meio da aplicação de questionário e da avaliação das condições bucais, realizadas por um único profissional, no caso, o mestrando que propôs o estudo. A abordagem qualitativa é utilizada, na maioria das vezes, quando o fato em estudo é difícil, de natureza social e não tende à quantificação. Normalmente, essa abordagem é utilizada quando os contextos social e cultural são componentes importantes para a pesquisa. Nesse sentido, para estudar métodos qualitativos, é necessário aprender a analisar, notar e considerar interações reais entre pessoas e entre pessoas e sistemas (LIEBSCHER, 1999).

Os questionários foram empregados como um importante instrumento de coleta de dados, pois, segundo Vieira (2011, p. 65), eles “constituem instrumentos de coleta de dados, especificadamente elaborados com o objetivo de obter respostas para questões que são importantes para o desenvolvimento das pesquisas”. Ademais, o presente estudo utilizou como suporte a pesquisa bibliográfica. Por fim, salienta-se que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Maringá – Unicesumar, sob nº 2.529.554.

3.2 Local de realização da pesquisa

O estudo foi desenvolvido em clínica odontológica privada, localizada no município de Sarandi (PR). Após a leitura, todos os pacientes funcionalmente independentes que aceitassem participar do estudo de modo voluntário e que apresentaram condições cognitivas para compreender as perguntas formuladas e capacidade de respondê-las, 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.

3.3 População e amostra

A amostra se estabeleceu, por conveniência, entre pacientes com mais de 50 anos, que frequentaram a clínica do mês de junho ao mês de setembro de 2018. O convite para a participação na pesquisa foi realizado na sala de espera da clínica, a partir de cadastro, previamente preenchido, de pacientes que buscaram atendimento no referido período.

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 foram excluídos os indivíduos que negaram a participação na pesquisa, os que usavam prótese há menos de cinco anos e aqueles com idade inferior a 50 anos. Nessa perspectiva, definiu-se uma amostra de 44 participantes.

3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

O delineamento metodológico do presente estudo foi de corte transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa. Quanto aos procedimentos para a avaliação da autopercepção dos idosos usuários de prótese bucal, foi utilizado como instrumento o questionário GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index – Anexo 1) que serviu, especificamente, para assuntos que envolvem odontologia. As perguntas tiveram como propósito obter dados acerca da autopercepção dos indivíduos em relação aos impactos das condições de saúde bucal na qualidade de vida (SILVA; FERNANDES, 2001).

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 os aspectos psicológicos e causam 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.

Em outras palavras, 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). Também, é válido salientar que, apesar de ser um parâmetro internacional, 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”.

3.5 Análise clínica

Quanto à análise clínica, foi solicitada uma radiografia panorâmica, 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 foi perdido. Em relação ao componente periodontal, os índices são:

- 1) Perda de isenção ≤ 3 .
- 2) Perda de isenção $3 < \text{e} < 6$.
- 3) 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 (CARRANZA et al., 2016).

3.6 Análise dos dados

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 a porcentagem.

Para a investigação da possível relação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas, clínicas e subjetivas, com a autopercepção da saúde bucal, foi aplicado o teste que utiliza o coeficiente de correlação biserial de postos (*rank biserial correlation*), para as variáveis dicotômicas, e o teste de correlação por postos de Spearman (1904), para as variáveis medidas em escalas contínuas ou ordinais.

O coeficiente *rank biserial correlation* (CURETON, 1956), também conhecido como D de Somer, é adequado para a mensuração da correlação entre uma variável medida em escala contínua ou ordinal (possivelmente não normal e incluindo empates) com uma variável dicotômica. De acordo com Wilson (1976), esse coeficiente é uma função linear da estatística U, utilizada no teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, sendo que tal teste equivale a testar se o D de Somer é igual a zero.

O teste não paramétrico de correlação por postos, de Spearman (1904), não faz qualquer suposição acerca da distribuição dos dados e é apropriado para variáveis com escala, ao menos, ordinal. De acordo com Gibbons e Chakraborti (2014), tal coeficiente é uma medida da associação entre duas variáveis, que avalia o grau de correspondência entre posições, em vez dos valores reais de variáveis.

Ambos os coeficientes variam no intervalo entre -1 e 1 . O sinal indica a direção da correlação, inversa (negativa) ou direta (positiva), enquanto o valor indica a força da correlação. Quanto mais próximo o coeficiente estiver de -1 ou 1 , mais forte é a correlação entre as variáveis. Por outro lado, se a correlação for igual a zero, não existe relação entre as variáveis em estudo.

A análise qualitativa dos pacientes foi feita com formulários e questionários semiestruturados, por meio da análise clínica feita com exame de Raio-X e exame clínico dos pacientes. Assim, o mestrando avaliou toda a estrutura bucal do paciente, como dentes, língua, tecidos moles e duros, etc.

4 RESULTADOS

Com o intuito de caracterizar a autopercepção do adulto com mais de 50 anos quanto às condições de saúde bucal e avaliar a associação com fatores que podem interferir nessa percepção, foram coletadas informações de 44 indivíduos, dentre características sociodemográficas, clínicas e de autopercepção da saúde bucal (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas dos participantes da pesquisa (n = 44) no ano de 2018, em Sarandi-PR

	N	%
Idade		
De 50 a 59 anos	17	38,64%
De 60 a 69 anos	19	43,18%
70 anos ou mais	8	18,18%
Sexo		
Feminino	20	45,45%
Masculino	24	54,55%
Escolaridade		
Sem escolaridade	3	6,82%
Fundamental	23	52,27%
Médio	17	38,64%
Superior	1	2,27%
Aposentado		
Não	14	31,82%
Sim	30	68,18%
Habitação		
Rural	10	22,73%
Urbana	32	72,73%
Não respondeu	2	4,55%
Renda		
1.000,00 a 2.000,00	20	45,45%
2.000,00 a 3.000,00	16	36,36%
3.000,00 a 4.000,00	5	11,36%
4.000,00 a 5.000,00	1	2,27%
Mais de 5.000,00	1	2,27%
Não respondeu	1	2,27%
Filho		
Nenhum	1	2,27%
De 1 a 2 filhos	20	45,45%
De 3 a 5 filhos	21	47,73%
Mais de 5	2	4,55%

Estado civil		
Casado	27	61,36%
Divorciado	11	25,00%
Solteiro	1	2,27%
Viúvo	5	11,36%

Fonte: Elaborada pelo autor.

Por meio da Tabela 1, observa-se que 43,18% dos participantes da pesquisa têm idade entre 60 e 69 anos e 54% são do sexo masculino, sendo que mais da metade, 52,27%, respondeu ter grau de escolaridade fundamental. Verifica-se, também, que 68,18% dos participantes são aposentados e 72,73% habita na área urbana. Além disso, 81,81% dos respondentes têm 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% da amostra, respectivamente.

No que diz respeito ao estado civil, 61,36% dos pesquisados são casados, 25% são divorciados e apenas um indivíduo afirmou ser solteiro, representando 2,27% da amostra. Quanto à condição dos respondentes da pesquisa sobre ser desdentado ou não, verificou-se que a maioria dos respondentes não é desdentada (65,91%), enquanto 34,09% dos indivíduos perderam todos os seus 32 dentes.

Quanto à idade dos desdentados totais, a Tabela 2 mostra que a maioria (46,67%) se encontra na faixa etária entre 60 e 69 anos. Nas faixas etárias entre 50 e 59 e acima de 70 anos, foram obtidos percentuais iguais: 26,67%.

Tabela 2 – Distribuição da frequência dos participantes desdentados por idade, na cidade de Sarandi-PR, em 2018

Idade	Desdentados	
	Não	Sim
De 50 a 59 anos	13 (44,83%)	4 (26,67%)
De 60 a 69 anos	12 (41,38%)	7 (46,67%)
70 anos ou mais	4 (13,79%)	4 (26,67%)

Fonte: Elaborada pelo autor.

Em relação às características clínicas dos sujeitos estudados, observa-se, por meio da Tabela 3, que 41,38% deles apresentaram 25 ou mais dentes perdidos, e apenas 13,79% têm menos de 10 dentes perdidos.

Tabela 3 – Distribuição de frequências das características clínicas dos participantes da pesquisa não desdentados (n = 29) na cidade de Sarandi-PR, em 2018

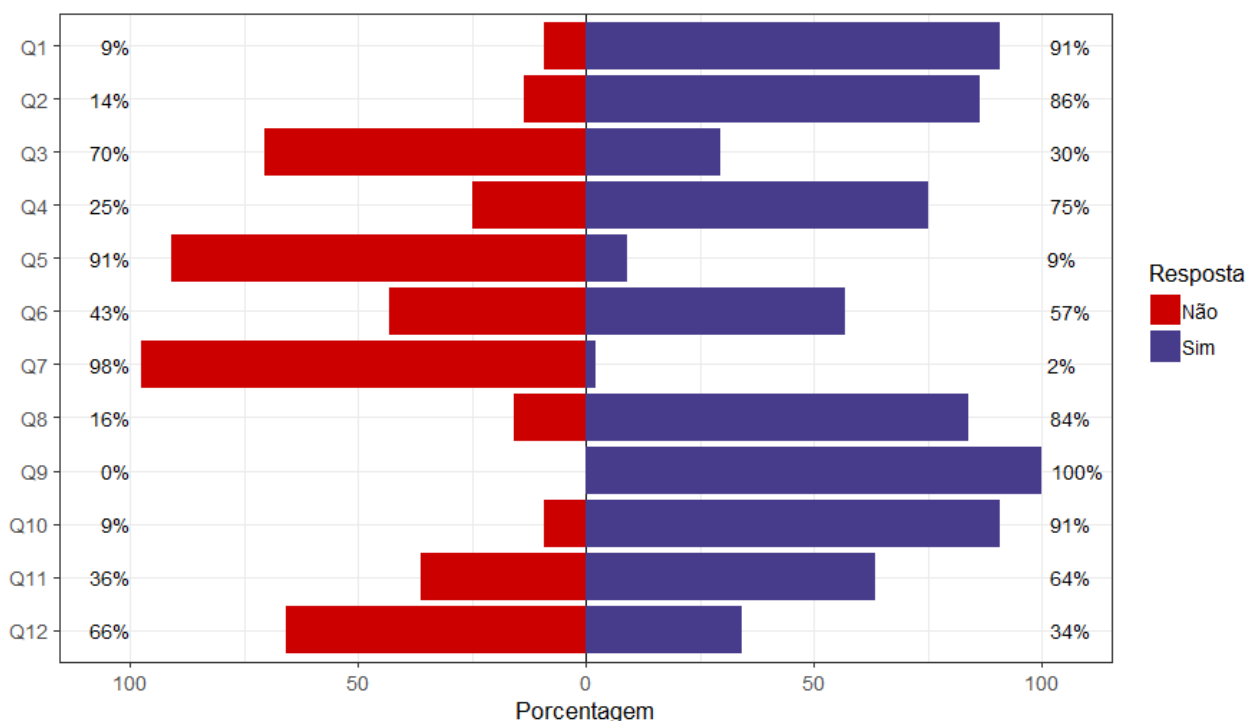
	n	%
Dentes perdidos		
Menos de 10 dentes	4	13,79%
De 10 a 14 dentes	3	10,34%
De 15 a 19 dentes	5	17,24%
De 20 a 24 dentes	5	17,24%
25 ou mais dentes	12	41,38%
Dentes careados		
Menos de 5 dentes	16	55,17%
De 5 a 9 dentes	12	41,38%
De 10 a 15 dentes	1	3,45%
Dentes obturados		
Menos de 5 dentes	10	34,48%
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 pelo autor.

Além disso, dentre os participantes, 55,17% e 41,38% deles têm menos de 5 a 9 dentes careados, respectivamente. Ainda, 37,93% têm de 5 a 9 dentes obturados, 34,48% possuem menos de 5 dentes obturados e a minoria tem de 20 a 25 dentes com obturação (10,34%). Também foi observado que 55,17% dos indivíduos, a maioria, obteve classificação de periodontia grave, enquanto 31,03% apresentam periodontia moderada e a minoria tem essa condição de maneira leve (13,79%).

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 pelo autor.

Legenda: 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?

Observa-se que 91% dos indivíduos participantes da pesquisa reportaram ter limitado o tipo ou a quantidade de alimentos ingeridos, devido a problemas com seus dentes ou próteses, sendo que 86% deles responderam ter problemas para mastigar ou morder alimentos, como carne sólida ou maçã. Além disso, 70% dos sujeitos declararam não serem capazes de engolir confortavelmente e 75% deles responderam que os dentes ou as próteses os impediram de falar da maneira como queriam.

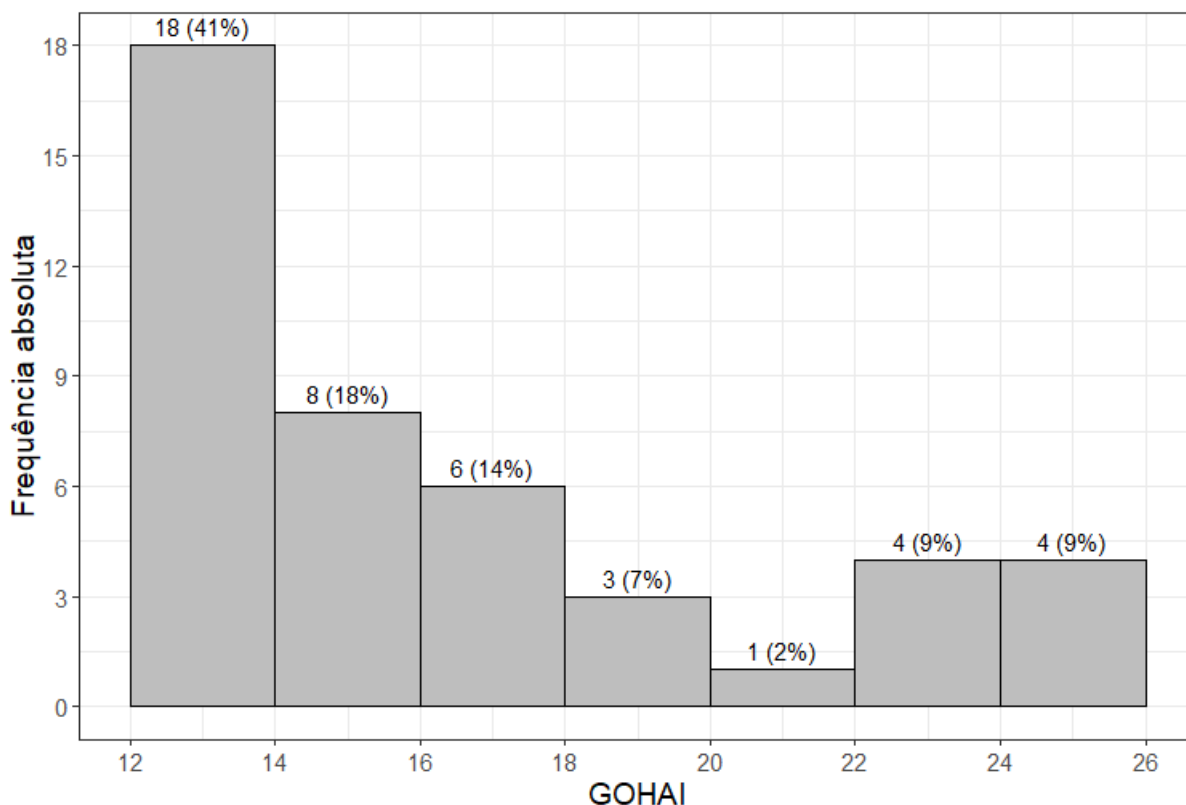
Nesse sentido, 91% dos participantes da pesquisa não foram capazes de ingerir qualquer alimento sem sentir desconforto. Ademais, 43% responderam que não limitaram o contato com outras pessoas devido à condição dos seus dentes ou suas próteses.

Em relação ao contento ou à felicidade com o aspecto dos dentes ou próteses, 98% dos indivíduos não responderam ter sentido isso de forma positiva. Além disso, 84% deles afirmaram ter usado medicamentos para aliviar dor ou desconforto relacionados à boca. Em contrapartida, todos os sujeitos estudados responderam que tiveram preocupação ou cuidados com os dentes, as gengivas ou as próteses e 91% deles sentiram-se nervosos ou tomaram consciência de problemas com os dentes, as gengivas ou as próteses. Ademais, 64% dos respondentes se sentiram desconfortáveis ao se alimentaram em frente a outras pessoas e 66% dos indivíduos não apresentaram sensibilidade nos dentes ou nas gengivas ao contato com calor, frio ou doces.

Na avaliação bucal, a pesquisa mostrou que 65,91% dos idosos têm alguns dentes na boca, enquanto 34,09% são desdentados totais. Dentre os totalmente desdentados, a maioria (46,67%) encontra-se na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade. Por sua vez, quanto aos idosos não desdentados, a maioria (41,38%) tem 25 ou mais dentes perdidos, e somente 13,79% têm menos de 10 dentes perdidos. Dentre os dentes remanescentes, 55,17% dos idosos têm menos de cinco dentes careados, 37,93% têm de 5 a 9 dentes obturados e apenas 10,35% têm entre 20 e 25 dentes obturados.

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

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



Fonte: Elaborada pelo autor.

A maior concentração de observações está entre 12 e 14 pontos, representando 41% da amostra, e 80% das respostas estão entre 12 e 20 pontos. A média encontrada foi de 17,18 pontos com um desvio padrão de 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. Por sua vez, a mediana encontrada foi igual a 16.

Quanto à autopercepção da saúde bucal verificada por meio das duas questões propostas, evidencia-se, por meio da Tabela 4, que a grande maioria dos participantes da pesquisa avalia a condição da própria boca como ruim (79,55%), e nenhum indivíduo avaliou essa condição como ótima. Todos os participantes responderam ter algum problema com os dentes, a gengiva ou a prótese.

Tabela 4 – Distribuição de frequências da autopercepção da saúde bucal dos participantes da pesquisa (n = 44), em Sarandi-PR, em 2018

	N	%
Como você avalia a condição de sua boca?		
Ruim	35	79,55%
Regular	9	20,45%
Ótima	0	0,00%
Não sei	0	0,00%
Você tem algum problema com seus dentes, sua gengiva ou suas próteses?		
Não	0	0,00%
Sim	44	100,00%

Fonte: Elaborada pelo autor.

Objetivando avaliar a relação entre as características sociodemográficas, econômicas e clínicas e a autopercepção da saúde bucal dos entrevistados, foi calculado o coeficiente D de Somer, em conjunto com a aplicação dos testes qui-quadrado e de Wilcoxon (Tabela 5).

Tabela 5 – 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 pelo autor.

Considerando a exposição dos resultados na Tabela 5, 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 do 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 ao ponto de se rejeitar a hipótese de correlação nula.

Em relação às doenças bucais, a pesquisa mostrou um alto percentual (55,17%) de periodontia grave, seguida de periodontia moderada, 31,03%. Em relação ao bem-estar social, a presente pesquisa demonstrou que 98% dos participantes não se mostraram felizes com o aspecto de seus dentes ou suas próteses, pois se sentem desconfortáveis ao se alimentarem na frente de outras pessoas. Apesar do alto índice de periodontia grave ou moderada, a maioria dos idosos não apresentou sensibilidade nos dentes ou nas gengivas em contato com calor, frio ou doce.

Na pesquisa, no que diz respeito ao exame clínico, observou-se que as principais doenças apresentadas pelos idosos foram periodontia grave e moderada. Ademais, a autopercepção da saúde bucal dos idosos foi considerada ruim por 79,55% dos participantes.

Com o exame periodontal, é possível analisar a estrutura óssea dos pacientes e a perda de inserção dentária. Desse modo, mais da metade tem 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. A periodontia moderada e grave leva os pacientes a futuras perdas dentárias, por falta de inserção óssea e mobilidade nos elementos dentários (CARRANZA et al., 2016).

5 DISCUSSÃO

A maior parcela dos participantes do sexo masculino, observada na presente pesquisa, diferencia-se de outros estudos. Conforme expõem Agostinho, Campos e Silveira (2015), a maior presença de mulheres, sobretudo quanto aos usuários de próteses com mais de 50 anos,

acompanha a tendência demográfica, pelo fato de as mulheres tenderem a viver mais que os homens e também pela maior proatividade e participação delas em atividades em grupo.

Essa predominância feminina, presente também no estudo executado por Bianchetto e Florencio (2015), pode ser justificada, segundo os autores, pelo ambiente em que foi realizada a pesquisa, um Centro de Referência do Idoso. Isso porque os homens não costumam frequentar casas de apoio, além da expectativa de vida, que é maior para mulheres do que para homens. Considerando a predominância de mulheres nas pesquisas citadas, em consonância com o quadro de feminização da população idosa, a maior prevalência do sexo masculino na presente pesquisa reforça a menor participação deles em grupos e redes de apoio.

Em pesquisas como as realizadas por Bulgarelli, Mestriner e Pinto (2012), Haikal et al. (2011) e Sá et al. (2012), os adultos de meia idade e idosos do sexo feminino surgiram em maior número, situação diferente da encontrada no estudo realizado neste trabalho. Nesse sentido, a presença feminina majoritária em alguns estudos pode ser explicada pela mortalidade masculina ser superior à feminina em faixas etárias mais jovens. As mulheres idosas têm se notabilizado, visto que predominam em faixas etárias mais longevas (MALTA et al., 2015; IBGE, 2011), fato observado em pesquisa sobre saúde bucal em idosos, em instituição de longa permanência (REIS; MARCELO, 2006).

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

Em sua pesquisa, Camargo, Dumith e Barros (2009) constataram que idosos que buscavam assistência no serviço público eram menos frequentes em relação aos que buscavam auxílio na rede privada. Ademais, dentre os idosos que buscavam assistência na rede pública, o uso regular é menor entre os mais pobres e menos escolarizados. Assim, os autores afirmam que, embora o Sistema Único de Saúde tenha a importante função de diminuir as desigualdades (princípio da equidade), parece que tal função não vem sendo desenvolvida. Não é possível afirmar, no entanto, que tal demora ocorra devido a dificuldades para se conseguir atendimento odontológico ou por pouco interesse dos entrevistados em buscar atendimento.

Ferreira, Antunes e Andrade (2013) também analisaram fatores associados à utilização de serviços odontológicos por idosos brasileiros. Nesse estudo, foram utilizados dados do SB Brasil 2010, e os autores constataram a associação entre a utilização do serviço odontológico, os fatores socioeconômicos e as medidas clínicas de saúde bucal. Para eles, a utilização dos serviços pelo idoso é baixa, diante da demanda acumulada de tratamento e da alta prevalência de perda dentária. Dessa forma, a garantia de acesso a serviços de qualidade e incentivo ao uso desses serviços ainda é um grande desafio para a saúde bucal no Brasil.

No que diz respeito à escolaridade, o resultado aproxima-se do encontrado em outros estudos, pois o ensino fundamental completo ou incompleto prevalece sobre outros níveis (BIANCHETTO; FLORENCIO, 2015). Por sua vez, a renda apresentada pela maioria dos participantes deste estudo situa-se abaixo da média brasileira, de R\$ 2.112,00, em 2017 (IBGE, 2017). Apesar disso, uma proporção de mais de um terço dos participantes indica renda semelhante à média brasileira. Fato semelhante ao evidenciado no estudo de Palma et al. (2015), em que a maioria dos usuários de próteses com mais de 50 anos apresenta mais de um salário mínimo. O fato de esses pacientes selecionados serem independentes e não institucionalizados corrobora o resultado encontrado em relação à renda.

Nesse sentido, em relação à renda, o resultado encontrado é de uma renda relativamente baixa, o que vai ao encontro da afirmação de Bianchetto e Florencio (2015), os quais afirmam que existe uma relação direta entre a renda e a saúde geral do idoso. Conforme expõem esses autores, 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.

Da mesma forma, Mendonça, Szwarcwald e Damacena (2012) concluíram que a renda domiciliar *per capita* apresenta associação significativa com a autoavaliação da saúde bucal, a frequência de visitas odontológicas, a perda de dentes e o uso de prótese, em estudo realizado com adultos. Por seu turno, Mestriner et al. (2014), em um estudo realizado com idosos, concluíram que a autopercepção da saúde bucal e a renda expressam o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dessas pessoas.

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. Embora se trate de uma população que frequenta a clínica privada em que o estudo foi 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).

Quanto ao local de habitação, o percentual apresentado pelos participantes da pesquisa expressa a realidade brasileira, em que 76% da população vivia em espaços urbanos em 2010 (IBGE 2017), mas é inferior à taxa paranaense, cujo grau de urbanização já atingia 85,33% (IPARDES, 2010). Devido às condições de acesso aos serviços, além dos fatores socioeconômicos que distinguem as populações urbana e rural no Brasil, as condições de saúde bucal privilegiam os residentes nas cidades, independente da faixa etária (GEUS et al., 2013).

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, revela a condição bastante degradada da saúde bucal dos pacientes do estudo, indicando periodontia grave e moderada. Ao mesmo tempo, a autopercepção da saúde bucal considerada ruim pela maioria dos participantes da pesquisa assinala o entendimento de sua condição. Esse dado apresenta a importância de se promover políticas públicas eficientes, referentes à saúde bucal, para minimizar os impactos relacionados a esse problema que atinge muitos brasileiros, principalmente, adultos com mais de 50 anos.

No que se refere à perda dos dentes, Moreira, Nico e Tomita (2011) evidenciaram o alto índice de edentulismo em idosos no município de Botucatu (SP). Esse resultado foi associado ao fato de os idosos não conseguirem perceber a necessidade de tratamento, não frequentarem o consultório odontológico regularmente e terem realizado a última consulta odontológica há mais de três anos.

Nesta pesquisa, a autopercepção da condição de saúde bucal, conforme critério do índice GOHAI, foi 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 encontrava-se desdentada totalmente.

Dessa forma, pode-se afirmar que os participantes desta pesquisa mostraram uma percepção compatível com os exames clínicos de saúde bucal e condições dentárias. 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, em especial as pessoas com mais de 50 anos, 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; no momento em que surgem problemas quanto ao uso da prótese dentária; por estética. Justamente devido a essa demora acerca da autopercepção, quando chegam ao consultório, em muitos casos, os pacientes apresentam péssimas condições bucais (RIBEIRO et al., 2012).

A média geral de 29,2 pontos, encontrada por Agostinho, Campos, Silveira (2015), em um estudo realizado em um Centro de Referência de Idosos, ou seja, uma pontuação considerada ruim, foi condizente com a condição bucal constatada em exames clínicos feitos durante o presente estudo.

Atchison e Dolan (1990) também observaram uma associação significativa entre autopercepção das condições bucais e idade, escolaridade, renda e uso de prótese removível. Nesse caso, os idosos apresentaram alto *status* socioeconômico, eram brancos, tinham maior escolaridade, renda anual alta e obtiveram maiores escores no GOHAI. Por outro lado, no estudo de Palma et al. (2015), resultados diferentes foram observados, pois os idosos com maior renda apresentaram escores de GOHAI ruim.

No entanto, ao estudarem as autopercepções das condições de saúde bucal e os estudos do projeto Saúde Bucal Brasil (SB), Martins, Barreto e Pordeus (2009) e Lima et al. (2013) evidenciaram uma autopercepção positiva da saúde bucal, apesar de um elevado edentulismo. Ao contrário, Haikal et al. (2011) verificaram que, apesar de os idosos possuírem, em média, apenas 4,8 dentes, 60% deles não percebiam a necessidade de tratamento ou de atenção odontológica. Em estudo realizado no Sul do Brasil, Gabardo et al. (2015) concluíram que os indivíduos participantes que apresentaram maiores chances de relatar pior autopercepção em saúde bucal foram mulheres, idosas, com piores escores de qualidade de vida e apoio social, com hábitos alimentares ruins, fumantes e residentes em setores censitários de baixa renda.

Salienta-se que o conhecimento sobre autoavaliação da saúde da população no campo da odontologia é importante para entender o comportamento das pessoas e como elas avaliam suas necessidades, a fim de ajudá-las na adesão a comportamentos saudáveis. Em relação aos usuários de próteses com mais de 50 anos, esse conhecimento é ainda mais importante, considerando que uma das principais razões pelas quais esse grupo não procura o serviço odontológico é a não percepção das suas necessidades, aliada às questões sociais, culturais, de estilo de vida, bem como às questões econômicas (BULGARELLI; MESTRINER; PINTO, 2012).

Além disso, segundo o estudo publicado por Vale, Mendes e Moreira (2013), realizado em Araraquara (SP), com a população adulta com mais de 50 anos, no momento de busca pelo alívio, há pouca interação entre paciente e cirurgião-dentista quanto ao controle da dor.

No que se refere às características da saúde bucal conforme o sexo, o feminino, por se importar mais com aparência, avalia a sua saúde bucal de modo mais negativo, em comparação com os homens (MENDONÇA, SZWARCOWALD, DAMACENA, 2012; GABARDO, MOYSÉS, MOYSÉS, 2013; MOURA et al., 2014).

Contudo, em um estudo realizado em Tóquio (Japão), Tsuboya et al. (2014) constataram que a pior autoavaliação de saúde bucal foi mais prevalente em homens, em uma faixa etária mais velha, com trabalho precário, menor riqueza e menor rendimento, baixos níveis de escolaridade, maior pobreza na infância e menor apoio social. 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.

Conforme expõem Vale, Mendes e Moreira (2013), a autopercepção da saúde bucal apresenta aspectos multidimensionais, associados a condições físicas e subjetivas relacionadas à boca. Essa autopercepção é, diretamente, influenciada por razões sociais, econômicas e psicológicas, que só podem ser explicadas e compreendidas quando os pacientes são ouvidos e quando suas opiniões e seus autodiagnóstico são considerados.

Por sua vez, Tsakos et al. (2011) analisaram possíveis associações entre condições socioeconômicas e autopercepção de saúde bucal. Idosos e adultos foram avaliados em um estudo longitudinal, de base nacional, realizado na Inglaterra. Foram entrevistados em 2002-2003,

entrevistados e avaliados em 2004-2005 e entrevistados novamente em 2006-2007. Esse estudo constatou a associação entre as condições socioeconômicas e as condições de saúde bucal, sendo a proporção de idosos edêntulos maior nos estratos com piores condições socioeconômicas, indicando a existência de iniquidades em saúde bucal na população idosa e adulta.

Com entendimento semelhante, para Watt e Petersen (2012), as doenças bucais estão 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 incidência de problemas bucais. Conforme afirmam os autores, é fundamental o desenvolvimento de políticas que reduzam as vulnerabilidades das populações desfavorecidas, para, assim, diminuir a prevalência de problemas de saúde evitáveis, como as doenças bucais.

Outro estudo que comparou condições socioeconômicas foi desenvolvido por Jagger, Sherriff e Macpherson (2013), que investigaram a influência de medidas de desigualdade socioeconômica na saúde bucal de adultos na Escócia, a partir de dados de uma série de levantamentos epidemiológicos nacionais. Esses levantamentos foram realizados nos anos 1995, 1998, 2003, 2008 e 2009, sendo que a informação de saúde bucal utilizada foi o número de dentes naturais, posteriormente, associado a medidas de desigualdade.

Essa pesquisa observou que o edentulismo, de certa forma, diminuiu ao longo dos anos em todas as idades avaliadas e todos os níveis socioeconômicos, mas grupos com maior privação social e educacional apresentaram um número mais elevado de indivíduos edêntulos. Assim, esses autores também concluíram que as desigualdades socioeconômicas influenciam a saúde bucal.

Por sua vez, Olutola e Ayo-Yusuf (2012) verificaram qual seria a influência na autopercepção de saúde bucal de adultos sul-africanos, considerando, sobretudo, os fatores que envolviam riscos individuais. A amostra de dados, referente a 2.907 adultos, foi obtida do inquérito social sul-africano, realizado em 2007. Dos indivíduos avaliados, cerca de 76,3% disseram que sua saúde bucal era boa e constatou-se que as condições sociais dessas pessoas influenciaram a autopercepção da saúde bucal. Conforme o entendimento desses autores, existe uma associação bastante positiva entre as condições socioeconômicas e a autopercepção de saúde bucal dos indivíduos.

A influência de desigualdades socioeconômicas também foi avaliada por Guarnizo-Herreño et al. (2014), em relação às medidas subjetivas de saúde bucal de adultos da Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte. A amostra de dados foi composta por 8.765 adultos, e mais de dois terços dos indivíduos qualificaram sua saúde bucal como boa ou muito boa. Foram identificadas associações entre as desigualdades socioeconômicas e as medidas subjetivas de saúde bucal, como a autopercepção da saúde bucal e o impacto da saúde bucal no cotidiano. Adultos com menor escolaridade e menor renda apresentaram maiores chances de considerar sua saúde bucal ruim, sendo a influência das desigualdades socioeconômicas maior em adultos jovens.

Um estudo transversal exploratório foi realizado por Hernández-Palacios et al. (2015), com 150 idosos mexicanos, para identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e a autopercepção da saúde bucal. Os autores constataram que os principais problemas de saúde bucal dos idosos eram cáries dentárias, doença periodontal e distúrbios relacionados à ausência de próteses ou próteses mal-adaptadas. As condições de vida, as características socioculturais e a disponibilidade de serviços de saúde foram determinantes da autopercepção de saúde bucal. Assim, as variáveis que influenciaram, significativamente, os resultados foram menor renda e menor escolaridade.

Nessa perspectiva, é preciso ressaltar que as ausências dentárias entre os pacientes jovens vêm diminuindo ano após ano, mas, infelizmente, essa melhoria ainda não chegou aos sujeitos com mais de 50 anos. A população adulta e idosa desfavorável economicamente encara a perda total dos dentes como algo normal e natural com o avanço da idade (CARVALHO; SPYRIDES, 2013). De acordo com Ferreira et al. (2009), a maioria das pessoas com mais de 50 anos tem muitas perdas dentárias ou uma média de cinco dentes presentes.

Por falta de recursos financeiros e serviços disponíveis na rede pública, a maior parte das pessoas que perde os dentes vê-se impossibilitada de recompor as perdas por meio de próteses e, quando conseguem, utilizam-nas por um tempo muito além do prazo recomendado para a devida substituição. Portanto, cada vez mais se torna necessária a criação de programas de saúde bucal, voltados, especialmente, para idosos e para a população que não teve acesso aos serviços de saúde bucal, uma vez que esses atendimentos no Sistema Público de Saúde ainda são recentes, conforme enfatizado anteriormente.

Segundo Rodrigues e Neri (2012), os idosos apresentam grande dependência dos serviços de saúde e maior risco de desenvolvimento de vulnerabilidades, devido ao declínio biológico natural somado a processos socioculturais, condições deficitárias de renda e educação e acúmulo de necessidades de saúde. Para os autores, o estudo das condições individuais, sociais e econômicas de vulnerabilidade, que interagem com o acesso e o uso dos serviços de saúde, pode ser de grande valia no planejamento de ações de atenção à saúde do idoso.

Peres et al. (2013), ao analisarem as perdas dentárias entre idosos, adolescentes e adultos que participaram do SB Brasil 2010, comparando os resultados com os encontrados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2003, verificaram que não houve redução estatisticamente significativa quanto às perdas dentárias entre os idosos. 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. Segundo esses autores, apesar dos avanços, há persistentes desigualdades regionais e entre os grupos sociais.

Nogueira et al. (2017) realizaram um estudo que teve como objetivo identificar qual seria a autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal, às medidas de autocuidado com o uso de próteses e à procura por serviços odontológicos. O estudo incluiu: sexo, grupo etário, raça, escolaridade, renda familiar, práticas de autocuidado, uso e necessidade de próteses, queixas odontológicas, impacto na vida cotidiana, acesso a serviços odontológicos e acesso à informação.

Nesse caso, diferente do estudo realizado na presente pesquisa, a autopercepção de saúde bucal ótima/boa foi mais frequente entre as mulheres do que entre os homens. Outro fator importante foi que a saúde bucal apresentava um impacto bastante negativo sobre a vida cotidiana em quase um terço dos sujeitos. Desse modo, segundo esses autores, o número de queixas odontológicas e o impacto na vida cotidiana foram significativamente menores em sujeitos que conseguiram ter autopercepção ótima/boa, diferente dos sujeitos com autopercepção regular/ruim.

O estudo desenvolvido por Saintrain e Souza (2012) verificou que os idosos identificaram duas dimensões sobre sua saúde bucal: com impacto negativo, ao relatarem as dificuldades após a perda dos dentes, e com impacto positivo, ao considerarem o alívio da dor. Portanto, as necessidades definidas clinicamente não são iguais às aquelas subjetivamente detectadas.

Ademais, de acordo com Manhães e Costa (2008), cada vez mais, torna-se importante identificar a autopercepção sobre saúde, pois ela é um grande auxílio para o entendimento do padrão de procura por um serviço de saúde. No Brasil, sobretudo quando o assunto é o atendimento odontológico aos idosos e adultos com mais de 50 anos no serviço público, infelizmente, esses serviços ainda são escassos. Portanto, é crescente a necessidade de desenvolvimento de uma política de promoção de saúde voltada para essa parcela da população, o que vem sendo verificado em várias pesquisas que comprovam a carência desses serviços (SOUZA et al. 2010).

Conforme a visão de Santos et al. (2014), quando os idosos e adultos conseguem ter conhecimento sobre as necessidades de cuidado com a saúde, se bem empregado, isso pode influenciar as políticas públicas, para que elas sejam mais eficientes, sendo direcionadas para o impacto das doenças e as necessidades da população local, a fim de compreender as prioridades desses indivíduos.

Uma questão importante é que, apesar da reconhecida importância da saúde bucal, infelizmente, ainda há uma parcela considerável da população brasileira que não tem acesso aos serviços odontológicos ambulatoriais. Desse modo, é possível afirmar que a intervenção na progressão das doenças, como cáries, gengivite e doença periodontal, torna-se fundamental para que se possa cessar o processo de perdas dentárias da população brasileira (CARVALHO; SPYRIDES, 2013).

Lima et al. (2010) investigaram as práticas de assistência, as políticas, as estratégias e as ações governamentais para a saúde do idoso e concluíram que, embora a preocupação com a qualidade de vida da população idosa seja evidente, no Brasil, diante das várias políticas, dos estatutos e programas voltados para assegurar os direitos dos idosos, ainda existem diversos obstáculos que impedem a concretização dessas políticas. Dentre esses obstáculos, destacam-se a precariedade de investimentos públicos, a ausência de instalações adequadas e a carência de recursos humanos qualificados.

6 CONCLUSÃO

Conforme constatado por este estudo, o diagnóstico das condições e a autopercepção da saúde bucal, dos indivíduos com mais de 50 anos, são fundamentais para que sejam desenvolvidas estratégias de planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Ainda, foi possível constatar que a autopercepção da saúde bucal desses indivíduos está, inteiramente, relacionada a uma estrutura multidimensional, que envolve diferentes fatores.

Desse modo, destaca-se que as baixas condições econômicas e as clínicas de baixa qualidade causam grande impacto na autopercepção da saúde bucal. Além disso, os resultados sugerem a necessidade de estabelecimento de políticas locais de saúde bucal, voltadas para a promoção da saúde, focadas na prevenção da cárie dentária e do edentulismo.

Nessa perspectiva, a saúde bucal se mostrou mais significativa em relação ao fator renda, demonstrando que existe uma relação entre a autopercepção da saúde bucal e essa variável. Da mesma forma, a compatibilidade entre condições clínicas e a autopercepção indicaram compreensão da situação de saúde bucal por parte dos participantes da pesquisa, apesar das características socioeconômicas apresentadas.

Assim, diante da pesquisa realizada com a coleta das informações dos indivíduos, é possível repensar a necessidade de um olhar mais eficiente, referente às atuais políticas públicas implementadas, para que visem, principalmente, avaliar a população quanto ao risco de suscetibilidade a doenças dentárias ao longo da vida. Quanto antes o indivíduo perceber os riscos e os problemas que a saúde bucal pode acarretar, melhor será para sua qualidade de vida.

Nesse contexto, conclui-se que é necessário o desenvolvimento de caminhos que possam garantir mudanças mais positivas em relação à autopercepção da saúde bucal. Essas mudanças podem compreender a educação e a maior atenção ao longo da vida nas idades mais avançadas, constituídas por indivíduos que, no Brasil, não são considerados idosos, 50 e 59.

Por fim, vale destacar que o público estudado tem características particulares, que podem não representar a população de forma geral. Isso porque esses indivíduos procuraram uma clínica privada, fato que não corresponde a toda a população.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, A. C. M. G.; CAMPOS, M. L.; SILVEIRA, J. L. G. C. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. **Revista de Odontologia da UNESP**. Araraquara, v. 44, n. 2, p. 74-79, mar./abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772015000200074>. Acesso em: 21 abr. 2017.

ARAÚJO, R. B.; LODOVICI, F. M. M.; MERCADANTE, E. F. Significados da saúde bucal na velhice. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 297-322, dez. 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/24061>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

ATCHISON, K. A.; DOLAN, T. A. Development of the geriatric oral health assessment Index. **Journal of Dental Education**, v. 54, n. 11, p. 680-686, nov. 1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2229624>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

AZEVEDO, J. S. et al. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010): prevalências e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, p. 1-12, ago. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n8/1678-4464-csp-33-08-e00054016.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

BARROS, M. B. de A. et al. Autoavaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 27-37, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900005>. Acesso em: 13 abr. 2018.

BERTOTTI, M. E. Z. et al. Autopercepção da saúde bucal de idosos em interface com doenças crônicas e uso de medicações. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo**, v. 60, n. 2, p. 54-60, 2015. Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2015/02-AO81.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2017.

BEZERRA, P. C. de L. et al. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2441-2451, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001200015>. Acesso em: 16 abr. 2017.

BIANCHETTO, C. L.; FLORENCIO, R. O. **Avaliação das condições de saúde bucal de idosos de uma instituição pública de Porto Velho-RO**. 2015. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade São Lucas – Graduação em Odontologia, Porto Velho. Disponível em: <<http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1527/Claudia%20Leticia%20Bianchetto%20-%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20das%20condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BA>>

de%20bucal%20de%20idosos%20de%20uma%20institui%C3%A7%C3%A3o%20p%C3%BAblica%20de%20Porto%20Velho.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 3 nov. 2017.

BORTOLI, F. R. et al. Percepção da saúde bucal em mulheres com perdas dentárias extensas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 533-544, abr./jun. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162160>>. Acesso em: 27 out. 2018.

BOTEGA, D. M. et al. Retention force and fatigue strength of overdenture attachment systems. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 31, n. 9, p. 884-889, set. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369470>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

BRASIL. **Projeto SB Brasil 2010**: Condições de saúde bucal da população brasileira, resultados principais. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional da Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cartilha_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BUENO, R. E. et al. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 36, n. 1, p. 17-23, 2014. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/v36n1/03.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

BULGARELLI, A. F. **Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP**. 2010. 234 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-04082010-141048/pt-br.php>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

BULGARELLI, A. F.; MESTRINER, S. F.; PINTO, I. C. Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião dentista. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 97-107, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000100011>. Acesso em: 15 abr. 2017.

CAMARGO, M. B. J; DUMITH, S. C.; BARROS, A. J. D. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1894-1906, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900004>. Acesso em: 25 abr. 2018.

CARRANZA, F. A. et al. **Carranza Periodontia Clínica**. Los Angeles, Califórnia: Elsevier Health Education, 2016.

CARVALHO, G. F. P. de; SPYRIDES, K. S. Prevalência de perdas dentárias em pacientes com mais de 50 anos da clínica odontológica da Universidade Gama Filho. **FOL – Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v. 23, n. 2, p. 9-16, jul./dez. 2013. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/Fol/article/view/1774/1227>>. Acesso em: 16 out. 2018.

COLUSSI, C. F.; PATEL, F. S. Uso e necessidade de prótese dentária no Brasil: avanços, perspectivas e desafios. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 41-48, 2016. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/viewFile/3707/4533>>. Acesso em: 16 out. 2018.

CORRÊA, H. W. et al. Saúde bucal em usuários da atenção primária: análise qualitativa da autopercepção relacionada ao uso e necessidade de prótese dentária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 503-524, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000200503&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 out. 2018.

CURETON, E. E. Rank-Biserial Correlation. **Psychometrika**, v. 21, n. 3, p. 287-290, set. 1956. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/BF02289138>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

FEINE, J. S.; HEYDECKE, G. *Overdenture* sobre implantes versus próteses totais convencionais. In: FEINE, J. S.; CARLSSON, G. E. (Orgs.). **Overdentures sobre implantes: critérios de cuidado para pacientes edêntulos**. São Paulo: Quintessence, 2005.

FERREIRA, R. C. et al. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2375-2385, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100008&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 14 abr. 2017.

FERREIRA, C. de O.; ANTUNES, J. L. F.; ANDRADE, F. B. de. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 90-97, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-891020130009000090&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 abr. 2017.

FRANCISCO, K. M. S.; LACERDA, T. C.; CASOTTI, C. A. Autopercepção de saúde bucal de idosos. **Clínica e Pesquisa em Odontologia**, v. 7, n. 1, p. 2-8, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/clipecodonto/article/view/2011/1526>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

FREITAS, F. J. G. **Próteses dentárias: uso e manutenção**. Uberlândia: UFU Faculdade de Odontologia, 2013.

GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 33, n. 6, p. 439-445, 2013. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n6/439-445/pt>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

GABARDO, M. C. L. et al. Análise em multinível da autopercepção em saúde bucal e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: um estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 49-59, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000100049>. Acesso em: 17 abr. 2017.

GEUS, J. L. de et al. Prevalência de cárie e autopercepção da condição de saúde bucal entre crianças de escolas urbanas e rurais de Ponta Grossa – PR. **Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada**, João Pessoa, v. 13, n. 1, p. 111-117, jan./mar., 2013. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1482/953>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

GIBBONS, J. G.; CHAKRABORTI, S. **Nonparametric Statistical Inference**. Florida: Taylor & Francis, 2014.

GIGANTE, E. C.; GUIMARÃES, J. P. A trajetória da saúde bucal pelas políticas públicas no Brasil a partir da criação do SUS. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 3 n. 2, jul./dez. 2013. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/199>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

GUARNIZO-HERREÑO, C. C. et al. Socioeconomic position and subjective oral health: findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. **BMC Public Health**, v. 14, p. 827, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25107286>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

HAIKAL, D. S. et al. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3317-3329, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800031>. Acesso em: 17 abr. 2017.

HERNÁNDEZ-PALACIOS, R. D. et al. Relationship between gender, income and education and self-perceived oral health among elderly Mexicans. An exploratory study. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 997-1004, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000400997&script=sci_abstract>. Acesso em: 17 abr. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde**: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Renda per capita**. Disponível em: <ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/default_rend_a_percapita.shtm>. Acesso em: 23 nov. 2018.

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

IPARDES. **População e grau de urbanização segundo os municípios do Paraná – 2010**. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/pdf/indices/Grau_Urbanizacao_2010.pdf>. Acesso em: 27 out. 2018.

JAGGER, D. C.; SHERRIFF, A.; MACPHERSON, L. M. Measuring socio-economic inequalities in edentate Scottish adults – cross-sectional analyses using Scottish Health Surveys 1995-2008/09. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 41, n. 6, p. 499-508, dez. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23398352>>. Acesso em: 27 out. 2018.

LIEBSCHER, P. Quantity with quality? Teaching quantitative and qualitative methods in a LIS Master's program. **Library Trends**, v. 46, n. 4, p. 668-680, 1999. Disponível em: <https://www.ideals.illinois.edu/bitstream/handle/2142/8180/librarytrendsv46i4f_opt.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

LIMA, T. J. V. et al. Humanização na atenção à saúde do idoso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 866-77, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/13.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2018.

LIMA, A. M. C. et al. Relação entre cárie dentária, edentulismo e autopercepção de saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos de um município do nordeste brasileiro. **Unopar Científica – Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 15, n. 2, p. 127-133, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/281619786_Relacao_entre_carie_dentaria_edentulismo_e_autopercepcao_de_saude_bucal_em_adolescentes_adultos_e_idosos_de_um_municipio_do_nordeste_brasileiro>. Acesso em: 27 out. 2018.

MALLMANN, F. H.; TOASSI, R. F. C.; ABEGG, C. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em indivíduos de 50-74 anos de idade, residentes em três Distritos Sanitários de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 79-82, mar. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100008>. Acesso em: 27 out. 2018.

MALTA, D. C. et al. Tendência de fumantes na população brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista**

Brasileira de Epidemiologia, v. 18, n. 2, p. 45-56, dez. 2015. <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00045.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

MANHÃES, A. L. D.; COSTA, A. J. L. 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**, v. 24, n. 1, p. 207-218, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000100021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 out. 2018.

MARTINS, A. M. E. de B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Autoavaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 421-435, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000200021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 out. 2018.

MENDONÇA, H. L. C.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. 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**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1927-1938, out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n10/11.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2018.

MESTRINER, S. F. et al. Condições de saúde bucal e qualidade de vida de idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Campinas, v. 62, n. 4, p. 389-394, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372014000400389>. Acesso em: 27 out. 2018.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 2041-53, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011001000017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MOURA, C. et al. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 611-622, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000300611&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2017.

NOGUEIRA, C. M. R. et al. Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-19, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n1/pt_1809-9823-rbgg-20-01-00007.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2017.

OLUTOLA, B. G.; AYO-YUSUF, O. A. Socio-Environmental Factors Associated with Self-Rated Oral Health in South Africa: A Multilevel Effects Model. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 9, n. 10, p. 3465-3483, out. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3509466/>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

PALMA, J. M. et al. Edentulismo e autopercepção em saúde bucal em idosos de um município do nordeste brasileiro. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 3, p. 144-148, set./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4510/2472>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

PERES, M. A. et al. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Revista Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 78-89, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47s3/0034-8910-rsp-47-supl3-00078.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

PINHEIRO, C. Soluções para quem perdeu (todos) os dentes. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 55, n. 2, p.73-81, mar./abr. 2001.

RAUEN, M. S. et al. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 303-310, maio/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n3/a05v21n3>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

REIS, S. C. G. B.; MARCELO, V. C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 191-199, jan./mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100028>. Acesso em: 10 abr. 2017.

RIBEIRO, I. L. A. et al. Caracterização da saúde bucal de idosos em uma instituição beneficente de longa permanência de João Pessoa-PB, Brasil. **Revista Cubana de Estomatologia**, Havana, v. 49, n. 3, p. 193-203, jul./set. 2012. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000300002>. Acesso em: 3 nov. 2017.

ROCHA, D. M. S.; NIHI, M. Y. M.; PIZI, E. C. G. Análise da autopercepção e saúde bucal de idosos em diferentes grupos populacionais. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 70, n. 2, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722013000200006>. Acesso em: 9 abr. 2017.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800023>. Acesso em: 9 abr. 2017.

ROSENDO, R. A. et al. Autopercepção de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida em idosos: uma revisão da literatura. **Revista Saúde & Ciência**, v. 6, n. 1, p. 89-102, 2017. Disponível em: <<http://www.ufcg.edu.br/revistasauedeencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/307>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

SÁ, I. P. C. et al. Condições de saúde bucal de idosos da instituição de longa permanência Lar Samaritano no município de São Gonçalo-RJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1259-1265, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500019&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 11 abr. 2017.

SAINTRAIN, M. V. L.; SOUZA, E. H. A. Impact of tooth loss on the quality of life. **Gerodontology**, v. 29, n. 2, p. 632-636, jun. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21883422>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

SANTOS, M. M. et al. Autopercepção e condições de saúde bucal de idosos em uma cidade do nordeste brasileiro. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 6, n. 2, p. 589-597, 2014. Disponível em: <http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/artigo_046.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

SARAMAGO, J. **A viagem não acaba nunca**. Disponível em: <<https://www.pensador.com/frase/NTU5NzQ3/>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n4/6006.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

SILVA, D. D. et al. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1145-1153, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600017>. Acesso em: 12 abr. 2017.

SOUSA, M. N. A. de et al. Condições de saúde bucal na velhice: percepção de idosos. *Revista de Enfermagem da UFPE, Recife*, v. 7, n. 11, p. 6610-6616, nov. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12315/15004>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

SOUZA, E. H. A. de et al. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2955-2964, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232010000600034&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

SOUZA, J. G. S. et al. Autopercepção da necessidade de prótese dentária total entre idosos brasileiros desdentados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, nov. 2016. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n11/3407-3415>>. Acesso em: 16 out. 2018.

SPEARMAN, C. The proof and measurement of association between two things. **The American Journal of Psychology**, v. 15, n. 1, p. 72-101, jan. 1904. Disponível em: <<http://webpace.ship.edu/pgmarr/Geo441/Readings/Spearman%201904%20-%20The%20Proof%20and%20Measurement%20of%20Association%20between%20Two%20Things.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

TSAKOS, G. et al. Social gradients in oral health in older adults: findings from the English Longitudinal Survey of Aging. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 10, p. 1892-1899, out. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21852627>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

TSUBOYA, T. et al. Early life-course socioeconomic position, adult work-related factors and oral health disparities: cross-sectional analysis of the J-SHINE study. **BMJ Open**, v. 4, n. 10, out. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25280807>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

VALE, E. B. do; MENDES, A. da C. G.; MOREIRA, R. da S. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 98-108, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000900098&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 abr. 2017.

VASCONCELOS, L. C. A. et al. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1101-1110, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600009>. Acesso em: 23 abr. 2017.

VIEIRA, J. G. S. **Metodologia de pesquisa científica na prática**. Curitiba: FAEL, 2011.

WATT, R. G.; PETERSEN, P. E. Periodontal health through public health—the case for oral health promotion. **Periodontol 2000**, v. 60, n. 1, p. 147-155, out. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22909112>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

WILSON, V. L. Critical values of the rank-biserial correlation coefficient. **Educational and Psychological Measurement**, v. 36, n. 2, p. 297-300, jul. 1976. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001316447603600207?journalCode=epma>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

APÊNDICE 1

Questionário GOHAI

Perguntas que compõem o índice de determinação da saúde bucal geriátrica (GOHAI), para indivíduos com dentes e edêntulos.

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”).

Pergunta:

Nos últimos três meses você:

- 1) Limitou o tipo ou a quantidade de alimentos que comeu devido a problemas com seus dentes ou próteses?
- 2) Teve problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?
- 3) Foi capaz de engolir confortavelmente?
- 4) Foi impedido, por seus dentes ou sua(s) prótese(s), de falar da maneira como queria?
- 5) Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?
- 6) Limitou seu contato com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?
- 7) Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?
- 8) Usou medicamentos para aliviar dores ou desconforto relacionados à boca?
- 9) Preocupou-se ou teve cuidados com seus dentes, suas gengivas ou suas próteses?
- 10) Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, suas gengivas ou suas próteses?
- 11) Sentiu desconforto ao se alimentar em frente a outras pessoas, devido a problemas com seus dentes ou suas próteses?
- 12) Teve sensibilidade nos dentes ou nas gengivas quando houve contato com calor, frio ou doces?

Questões aplicadas para verificar a autopercepção da condição de saúde bucal

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.

1) Como você avalia a condição da sua boca?

- (0) Ruim.
- (1) Regular.
- (2) Ótima.
- (3) Não sei.

2) Você tem algum problema com seus dentes, sua gengiva ou suas próteses?

- (0) Não.
- (1) Sim.
- (2) Não sei.

APÊNDICE 2

Questionário pessoal semiestruturado

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: F () M ().

Escolaridade:

Analfabeto ().

Ensino fundamental incompleto ().

Ensino fundamental completo ().

Ensino médio completo ().

Ensino superior incompleto ().

Ensino superior completo ().

Pós-graduação ().

Aposentado: Sim () Não ().

Profissão: _____.

Habitação: Zona rural () Zona urbana ().

Renda (em R\$):

Até 500,00 ().

501,00 a 1.000,00 ().

1.001,00 a 2.000,00 ().

2.001,00 a 3.000,00 ().

3.001,00 a 4.000,00 ().

4.001,00 a 5.000,00 ().

Mais de 5.000,00 ().

Filhos:

1 ().

2 ().

3 ().

4 ().

5 ().

Mais de 5 ().

Estado civil:

Casado () Solteiro () Viúvo () Divorciado () Outro ().

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO USUÁRIO DE PRÓTESE)

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo(s) pesquisador(es) (Ely Mitie Massuda, Tássio de Menezes), em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado (AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO USUÁRIO DE PRÓTESE), cujo objetivo é (O objetivo da presente pesquisa consiste em analisar a autopercepção do idoso usuário de prótese, quanto às condições de saúde bucal e avaliar a associação com fatores clínicos, subjetivos e sociodemográficos que podem interferir nessa percepção). Os dados serão coletados (Com perguntas e questionários, e uma avaliação da região bucal feita pelo cirurgião dentista, o pesquisador); a forma de busca dos dados; os desconfortos e os riscos a que os sujeitos estarão submetidos de forma clara, simples, inteligível; descrever métodos alternativos de coleta-caso haja-; descrever as formas de assistência aos sujeitos – caso necessite; informar com clareza sobre a inclusão dos sujeitos em grupo controle ou placebo; se a pesquisa incorrer em riscos previsíveis indicar as formas de indenização e as medidas de reparo do dano eventual; dar garantias de que as eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas integralmente; esclarecer que uma cópia do TCLE ficará com o sujeito e uma cópia com o pesquisador. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu,

, *(responsável pelo menor,*

se for o caso) após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o

Professor _____

CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, *(que o(a) meu(minha) filho(a), se for o caso)*

participe do mesmo.

TÁSSIO DE MENEZES, Rua Princesa Isabel 1434 Jardim Panorama, Cidade Sarandi, ORAL
SIN SARANDI