

Autopercepção em saúde bucal de idosos em unidades de saúde da família do Distrito Sanitário III de João Pessoa-PB.

Fagner Boson Santos, Maria Betânia de Moraes, Ailma de Souza Barbosa, Fábio Correia Sampaio, Franklin Delano Soares Forte
Departamento de Clínica e Odontologia Social, Centro de Ciências da Saúde, UFP.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi o de avaliar autopercepção em saúde bucal em idosos não institucionalizados pertencentes às Unidades de Saúde da Família (USF), Distrito Sanitário III João Pessoa-PB. Participaram 29 idosos de 65-74 anos (média de 68,6 \pm 3,67). Os exames foram realizados no consultório dentário nas USF. O diagnóstico para a cárie dentária e uso e necessidade de próteses seguiu os critérios de Brasil (2001). Os dados foram digitados no SPSS (v. 10.0) e submetidos a testes de associação ($p < 0,05$). Para a análise da autopercepção utilizou-se o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). Cerca de 65% dos examinados eram edêntulos. A média do índice de cárie dentária foi de 29,59 (dp \pm 4,95), sendo o componente perdido o de maior representatividade (89,97%). Constatou-se que a maioria dos idosos são usuários de próteses, especialmente as totais superiores (58,6%). A maioria dos idosos não necessita de prótese superior 62,1%, diferentemente da arcada inferior onde apenas 41,4% não necessita. Dentre as próteses as totais configuraram com as de maior uso e necessidade. Não se verificou associação estaticamente significativa entre o uso de prótese e a auto-percepção em saúde bucal pelo índice GOHAI. Observou-se a associação entre a necessidade de próteses e o índice GOHAI ($p = 0,046$). A maioria dos idosos apresentaram de baixa a moderada auto-percepção em saúde bucal medida pelo GOHAI. Sugere-se a implementação de medidas de promoção à saúde direcionadas à população idosa, no intuito de disseminar informações sobre saúde bucal e fortalecendo o vínculo da equipe de saúde família enquanto agente promotor de saúde.

Descritores: saúde (bucal) pública, idoso, autopercepção

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é característica inexorável que o tempo nos reserva. Envelhecer bem é a meta cotidiana a ser promovida pelos profissionais de saúde nos diferentes campos de atuação, independente do gênero, idade, raça ou posição social.

Estudos acompanhando o perfil sócio-demográfico no Brasil têm sido realizados desde a década de 1940, por meio de censos demográficos, até o mais recente de 2000. Até a década de 1980 o Brasil era um país de jovens em consequência dos altos níveis de fecundidade e também da baixa expectativa de vida¹. Em função das melhorias na qualidade de vida, associadas ao avanço da ciência e da tecnologia especialmente a voltada para saúde, houve uma mudança no perfil sócio-demográfico no Brasil. A mudança na estrutura etária da população pode ser traduzida pela diminuição das

taxas de natalidade e mortalidade. Isso significa uma população mais envelhecida e uma maior esperança de vida ao nascer².

Os últimos dados na Paraíba, no ano 2000, relataram que a população era de 3.444.794 habitantes, dentre os quais, 350.424 habitantes apresentavam-se com idade igual ou superior a 60 anos, representando 10,18% da população. Já em João Pessoa, a expectativa de vida era de 68,22 anos, a população era de 597.934 habitantes, dentre os quais, 48.672 habitantes apresentavam 60 anos ou mais, ou seja: 8,15%¹.

A precariedade da saúde bucal do idoso pode ser notada tanto pelo quadro epidemiológico como pela ausência de programas específicos para esse grupo populacional. Neste contexto, poderiam ser exploradas as ações de educação enfatizando a autopercepção e, através disso, conscientizar o grupo, da necessidade de cuidados com a sua saúde bucal³.

Muitos estudos foram realizados, verificando a condição de saúde bucal dos idosos somente pelos critérios normativos. Nos dias atuais é necessário que se façam levantamentos que contemplem avaliações relativas à saúde e bem-estar dos idosos a partir da autopercepção^{3,4,5}.

Identificar a condição de saúde bucal e as necessidades de tratamento da população idosa é uma necessidade emergente. Reconhecendo as demandas e carências será possível iniciar o planejamento dos serviços de saúde voltados para esta faixa etária, que devem incluir atividades educacionais permanentes, procedimentos preventivos, de tratamento e reabilitação⁶.

Diante dessa demanda, necessita-se que os serviços de atenção à saúde organizem-se no sentido de proporcionar cuidados em saúde bucal específicos para a população idosa. Assim, o objetivo do presente trabalho é avaliar a auto-percepção em saúde bucal de idosos de 65-74 anos, não institucionalizados pertencentes às USFs Mangabeira IV por dentro e Timbó II, Distrito Sanitário III de João Pessoa–PB, associando aos critérios normativos⁷.

METODOLOGIA

Inicialmente o projeto de pesquisa foi enviado aos Comitês: de avaliação de pesquisa do DCOS/CCS e o de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) para obtenção de parecer. Ao mesmo tempo foi apresentado a Direção do Distrito Sanitário III para avaliação do projeto.

Trata-se de um estudo com abordagem transversal, descritiva, com eixo temporal contemporâneo e quantitativo⁸.

O município de João Pessoa está dividido em cinco unidades regionais de organização dos serviços que são os Distritos Sanitários. A USF Mangabeira IV por dentro e a do Timbó II pertencem ao Distrito Sanitário III, localizadas na região sul da cidade.

As Unidades de Saúde da Família Timbó II e Mangabeira IV por dentro possuem grupo de idosos formado há mais de um ano, reunindo-se periodicamente, o que foi considerado decisivo para escolha destas Unidades como local de estudo.

De acordo com os dados das famílias adscritas a USF Mangabeira IV por dentro e Timbó II, constam 30 e 35 idosos acima de 60 anos, respectivamente nas referidas Unidades

participantes do grupo.

Os voluntários autorizaram a participação através da assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido. Entretanto, nem todos puderam fazer parte do estudo em função dos critérios de inclusão exclusão, especialmente no que se refere a faixa etária.

Os exames foram realizados no consultório dentário nas USFs previamente agendados pelos Agentes Comunitários de Saúde. Aproximadamente 10% da amostra foi re-examinada para verificação da concordância intra-examinador. Os dados foram digitados em planilhas, onde verificou-se o índice de concordância de 0,98 e o índice de Kappa de 0,97, o qual denota boa confiabilidade⁷.

Os exames foram realizados sob iluminação artificial, com o uso de sondas milimetradas (padrão WHO, 1997) e espelhos bucais planos. A escolha dessa faixa etária foi em função de ser referência em estudos epidemiológicos seguindo a orientação da Organização Mundial de Saúde de estudos em indivíduos idosos, que é de 65 a 74 anos. Para avaliar as condições dos dentes, foram usados critérios preconizados pela OMS⁷.

No que se refere ao uso e à necessidade de próteses, foi realizado um registro tanto para a maxila quanto para a mandíbula, indicando o tipo de prótese necessitada. Foram considerados uso de prótese, se o indivíduo examinado estivesse com a prótese no momento do exame e, necessidade da mesma, se não estivesse^{5,7}.

Elaborou-se um formulário de entrevista estruturada com perguntas categorizadas e variáveis de interesse, compondo quatro grupos distintos: 1) dados de identificação; 2) dados sócio-econômicos; 3) acesso aos serviços odontológicos e questões relacionadas a hábitos e comportamentos relativos à saúde bucal; 4) os dados de autopercepção em saúde bucal foram obtidos a partir da aplicação do índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index); 5) Dados Clínicos: índice de cárie e necessidade de tratamento e uso e necessidade de prótese Brasil (2001)⁷.

Considerando-se para este estudo a adaptação feita por Silva e Fernandes (2001)³, Silva (2003)⁵, Kressin et al. (1997)⁹, Mascarenhas (1999)¹⁰, quando as possíveis respostas do GOHAI foram de 1 a 3, deste modo, os valores podem variar de 12 a 36: Grupo 01 - d" 30 baixo; Grupo 02 - 31 a 33 moderado; Grupo 03 - 34 a 36 alto

Ao final da entrevista foram acrescentadas duas

perguntas: Está satisfeito com a mastigação? Está satisfeito com a aparência de seus dentes? Cujas possibilidades de respostas seriam sim ou não.

Os dados foram digitados em um banco no programa SPSS v.10.0 e submetidos a testes estatísticos de associação (Teste exato de Fischer), além de utilização do teste Mann Whitney U, todos com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

(média de 68,6 anos $\pm 3,67$), sendo que 62,1% eram do sexo feminino. A maioria residia com duas ou mais pessoas em seus domicílios, sendo 86,2% em casa própria. Cerca de 41,4% viviam em famílias com renda familiar de 2 a 3 salários mínimos e em média estudaram até o ensino fundamental (44,8% - associando os que estudaram de 4 a 8 anos) ; a

RESULTADOS

Foram examinados idosos de 65-74 anos

maioria não possuía carro 86,2% (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra conforme variáveis sócio-econômicas. João Pessoa-PB, 2006.

Sexo	n	%
Masculino	11	37,9
Feminino	18	62,1
Numero de pessoas		
0	01	03,4
1	01	03,4
2	11	37,9
3	05	17,2
4 ou mais	11	37,9
Escolaridade (anos de estudo)		
Sem instrução	04	13,8
Alfabetização	09	31,0
Até 4 série	09	31,0
Até a oitava série	04	13,8
Ensino médio	03	10,3
Moradia		
Própria	25	86,2
Alugada	03	10,3
Cedida	01	03,4
Numero de comodos na casa		
1	01	03,4
3	02	06,9
4	05	17,2
5	07	24,1
6	14	48,3
Renda familiar		
1 salário mínimo	08	27,6
2-3 salários mínimos	12	41,4
4-5 salários mínimos	06	20,7
Mais de 5 salários mínimos	02	6,9
Não informou	01	3,4
Posse de automovel		
Não	25	86,2
Sim	4	13,8

Quando questionados se já haviam ido ao cirurgião-dentista a maioria relatou que o fez (96,6%), sendo que 51,7% o fez a menos de 1 ano. O serviço público foi o mais frequentado pelos

idosos pesquisados (55,2%), sendo a consulta de rotina o principal motivo para procura do serviço. Cerca de 65,5% qualifica o serviço como bom, embora 65,5% relataram não ter recebido informações sobre prevenção das doenças bucais

(Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da amostra conforme acesso a serviços odontológicos. João Pessoa-PB, 2006.

Visitas ao dentista	n	%
Sim	28	96,6
Não	01	03,4
Tempo desde a ultima visita?		
Nunca foi ao CD	01	03,4
Menos de 1 ano	15	51,7
De 1 a 2 anos	02	06,9
3 ou mais anos	11	37,9
Local da ultima visita?		
Nunca fui ao CD	01	03,4
Serviço público	16	55,2
Serviço privado liberal	09	31,0
Serviço privado suplementar	03	10,3
Por quê?		
Nunca foi ao CD	01	03,4
Consulta de rotina	11	37,9
Dor	05	17,2
Cárie	02	06,9
Outros	10	34,5
Como avalia o tratamento?		
Nunca foi ao CD	01	03,4
Ruim	01	03,4
Regular	04	13,8
Bom	19	65,5
Ótimo	04	13,8
Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?		
Sim	10	34,5
Não	19	65,5
Considera que necessita de tratamento atualmente?		
Sim	15	51,7
Não	14	48,3

O exame clínico dos idosos mostrou um CPO-D médio de 29,59 (dp±4,95), com maior representatividade do componente perdido (26,62, dp ±9,60) (Tabela 3). Cerca de 65% (19) dos idosos pesquisados já haviam perdido todos os elementos dentários (Figura 1).

	Mínimo	Maximo	Media	Desvio padrão	%
Cariados	0	12	1,10	±2,69	3,74
Perdidos	2	32	26,62	±9,60	89,97
Obturados	0	20	1,86	±4,36	6,29
CPO médio	14	32	29,59	±4,95	100,0
Hígidos	0	18	2,42	±4,95	-

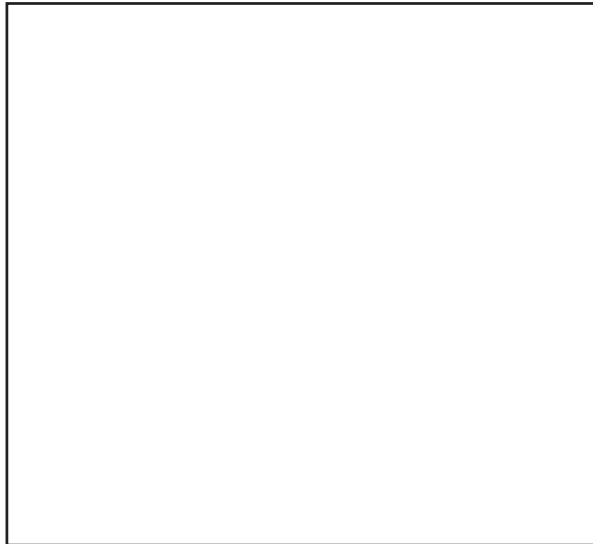


Tabela 3. Distribuição do CPO-D médio da amostra por componente. João Pessoa-PB, 2006.
Figura 1. Distribuição dos idosos segundo o edentulismo. João Pessoa-PB, 2006.

Os percentuais de uso de próteses estão descritos na Figura 2. Constatou-se que a maioria dos idosos são usuários de próteses, especialmente as totais superiores (17%), e 41% usuários de

próteses superior e inferior. Não se observou uso exclusivo de próteses inferiores.

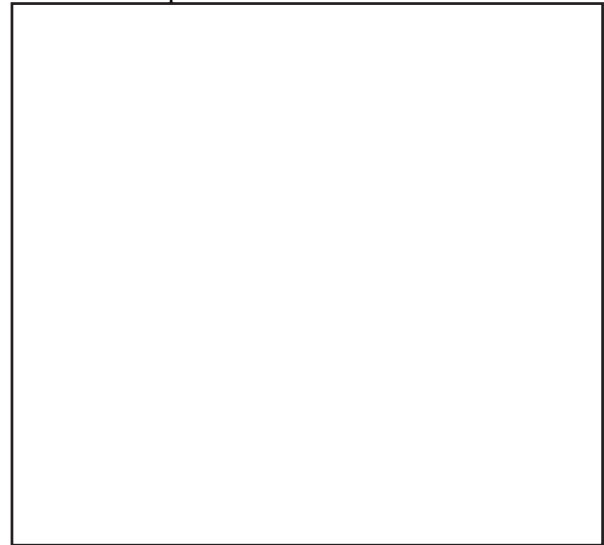


Figura 2. Uso de próteses pelos idosos das USF Mangabeira IV e Timbó II. João Pessoa, 2006.

A maioria dos idosos apresentou baixa auto-percepção em saúde bucal medida pelo GOHAI (Tabela 4). Não se verificou associação estaticamente significativa entre o uso de prótese e a auto-percepção em saúde bucal pelo índice GOHAI (Tabela 5). Todavia podemos observar

(Tabela 6) a associação entre a necessidade de próteses e o índice GOHAI ($p=0,046$).

Tabela 4. Classificação da amostra de acordo com o GOHAI. João Pessoa, 2006.

Grupo GOHAI	n	mínimo	máximo	média	Desvio padrão
01	19	20	30	27,15	± 2,30
02	10	31	33	31,60	± 0,69
Total	29	20	33	28,68	± 2,88

Tabela 5. Associação entre o GOHAI e uso de próteses dentárias por idosos das USF Mangabeira IV por dentro e USF Timbó II. Joao Pessoa-PB, 2006.

GOHAI	Uso de próteses		Total
	Não	Sim	
Grupo 01	10	09	19
Grupo 02	02	08	10
Total	12	17	29

Teste Exato de Fisher p=0,126 (NS)

Tabela 6. Associação entre o GOHAI e a necessidade de próteses dentárias por idosos das USF Mangabeira IV por dentro e USF Timbó II. Joao Pessoa-PB, 2006.

GOHAI	Necessidade de prótese		Total
	Não	Sim	
Grupo 01	05	14	19
Grupo 02	07	03	10
Total	12	17	29

Teste Exato de Fisher p=0,046 (S)

Dos que usam próteses a maioria relatou satisfação com a mastigação (p=0,008). A necessidade de prótese esteve associada a “não” satisfação com a mastigação (Tabela 7).

Tabela 7. Associação entre satisfação com a mastigação e o uso e necessidade de próteses dentárias por idosos das USF Mangabeira IV por dentro e USF Timbó II. Joao Pessoa-PB, 2006.

Está satisfeito com a mastigação?	Uso de próteses		Total	p
	Não	Sim		
Sim	02	12	14	0,008* S
Não	10	5	15	
	12	17	29	
Está satisfeito com a mastigação?	Necessidade de prótese		Total	p
	Não	Sim		
Sim	09	05	14	0,025* S
Não	3	12	15	
	12	17	29	

Teste Exato de Fisher

Entre os pacientes que usam próteses, a maioria está satisfeita com a aparência dos dentes (p=0,008).

Observou-se uma tendência embora não significativa para o idoso usuário de próteses em todas as dimensões estudadas pelo GOHAI. A diferença maior foi entre a dimensão psicossocial para o grupo com

prótese, ou seja, os indivíduos apresentaram maior percepção em saúde bucal (Tabela 8).

Tabela 8. Média do GOHAI segundo as dimensões e uso de próteses. João Pessoa-PB, 2006.

GOHAI	Uso de próteses	N	média	Desvio padrão	ranking	p
Física	Não	12	9,17	±1,34	14,33	0,715*
	Sim	17	9,29	±1,40	15,47	
	Total	29	9,24	±1,35		
Psicosocial	Não	12	10,33	±2,67	11,50	0,06*
	Sim	17	12,18	±1,94	17,47	
	Total	29	11,41	±2,41		
Dor/desconforto	Não	12	7,83	±1,19	13,42	0,362*
	Sim	17	8,18	±1,24	16,12	
	Total	29	8,03	±1,21		

* Teste de Mann-Whitney U

DISCUSSÃO

Neste estudo não foi realizado o cálculo amostral em função de ser reduzido o número de idosos participantes dos grupos; partiu-se então da idéia de realizar um censo¹⁰. Entretanto, em função dos critérios de exclusão do estudo, os idosos com menos de 65 e com mais de 74 anos não fizeram parte da amostra⁷. Assim, a partir dos resultados desse estudo não podem ser generalizados para toda população de idosos de João Pessoa-PB.

Deve-se ressaltar que em nenhuma das USF os idosos convidados a participar do estudo se recusaram ao exame e a responder a entrevista. Pode-se inferir que os idosos estão motivados a participar dos grupos de discussão organizados dentro das USF. Destaca-se também, como fator importante, o trabalho desenvolvido pelas Equipes das USF do Distrito Sanitário III de João Pessoa-PB.

Este estudo apesar de apresentar limitações em seu universo amostral, é um instrumento importante para os profissionais de saúde das USF estudadas realizarem o planejamento das ações em saúde bucal, fornecendo subsídios para futuras investigações, bem como na avaliação de ações em saúde implementadas a partir desse momento.

Observou-se que a maioria dos idosos morava em casa própria, com seus filhos e netos, ou seja, domicílios multigeracionais. Isso reflete os padrões de solidariedade sócio-cultural, além de ser uma condição de sobrevivência econômica das famílias nos dias atuais. No Brasil, a maioria dos idosos vivem em domicílio multigeracionais e são cuidados por suas famílias, sendo centrado nas mulheres¹¹.

Todos os idosos desta pesquisa tinham renda familiar, sabe-se que um suporte financeiro

adequado é importante para a manutenção-recuperação da saúde. No Brasil, observou-se que em média o idoso tem renda d" 1 salário mínimo¹.

A maioria relatou ter ido ao cirurgião-dentista em algum momento de suas vidas. O Levantamento epidemiológico recentemente realizado no Brasil observou que na região nordeste (faixa etária de 65 a 74 anos), a percentagem de pessoas que foram ao dentista pelo menos uma vez foi de 89%, sendo a presença de dor o principal motivo (52,73%)⁷.

Os idosos devem ter acesso facilitado as USF, centros de referência, ou até mesmo receberem em domicílio a atenção à saúde. Enfatizando, os cuidados no que se refere a saúde e também a saúde bucal. No caso de idosos acamados, é importante que se trabalhe também na perspectiva do cuidador seja ele da família ou não.

Observou-se alto índice de cárie dentária, superior aos dados nacionais, embora em mesma distribuição dos componentes sendo observado maior prevalência dos elementos dentários perdidos⁷.

Observou-se alta porcentagem de edêntulos dados semelhantes aos de Silva e Fernandes³, Colussi et al.¹³, Gaião, Almeida e Heukelbach¹⁴. Oliveira¹⁶ destacou a associação dos modelos de oferta de serviços as extrações dentárias. Muito frequentemente o sistema de prestação de serviços é concentrado na oferta de extrações dentárias, o que faz com que a imagem do cirurgião-dentista esteja associada a procedimentos mutiladores.

Embora já se tenha passado 6 anos do ano 2000, onde a meta estabelecida pela OMS e FDI, era de que 50% dos idosos teriam que ter 20 ou mais dentes presentes na cavidade bucal, observou-se nesse estudo o desafio a ser superado pelos profissionais de saúde bucal, pois os dados encontrados nesse estudo estão distantes dessa meta para essa faixa

etária.

Houve predomínio do uso de próteses superiores em relação as inferiores. Assim como no levantamento recentemente feito em nível nacional o uso de próteses superiores superou o uso das inferiores⁷. Em relação ao tipo de prótese utilizada, observou-se no BRASIL⁷ que 66,5% dos idosos usam próteses superiores, desses 57,9% são do tipo totais. O aumento da idade está associado ao aumento de necessidade de próteses mais complexas¹⁶.

Em relação a saúde bucal a confecção de próteses é segundo Araújo et al.¹⁶ um dos procedimentos mais onerosos para os idosos e até recentemente, inexistia reabilitação no serviço público¹³. Sendo assim, existe atualmente a política nacional de saúde bucal o “Brasil Sorridente” que inclui procedimentos como a confecção de próteses na Atenção Básica⁷. Esse é um fato importante, pois o serviço público é o maior prestador de atenção segundo os idosos dessa pesquisa.

Aproximadamente 48,3% dos idosos relataram não necessitar de tratamento. Ao se comparar com os critérios normativos adotados nesse estudo observou-se que 58,6% necessitavam de algum tipo de prótese inferior e 37,9% de superior.

A percepção em saúde bucal indicada pela maioria dos idosos apresentou-se de baixa a média (valores abaixo de 33). Diferentemente dos estudos de Silva e Fernandes³ e Cabral e Martelli¹⁷ em que os participantes da pesquisa apresentaram precária percepção dos problemas bucais .

O grupo estudado apresentou de baixa a moderada percepção em saúde bucal. Diferentemente do estudo de Kressin et al.⁹, Silva e Fernandes³, Mascarenhas¹⁰, Silva⁵. Não se observou diferenças entre os grupos formados a partir do uso de próteses e o GOHAI em suas dimensões, fato também observado por Silva⁵. Interessante perceber que houve uma concordância entre a baixa auto-percepção em saúde bucal e a necessidade de prótese.

Houve associação entre a satisfação com a mastigação e o uso e a necessidade de próteses pelos idosos. Unfer et al.¹⁸ destacaram que existe uma cruel realidade entre os idosos, a seleção dos alimentos e a forma de mastiga-los. Dessa forma, buscam estratégias para facilitar a sua deglutição. Associada ao edentulismo, existe a redução do fluxo salivar, a qual dificulta a mastigação e deglutição, alterações na capacidade de saborear os alimentos,

em função das papilas gustativas. Brunetti e Montenegro¹⁹ acrescentaram ainda que em função dessa mudança na forma de ingerir os alimentos, pode ocorrer a atrofia dos músculos mastigatórios, complicando ainda mais.

Observou-se também uma relação entre o não usar próteses e o não estar satisfeito com a aparência de sua boca. No estudo de Torres²⁰ foi significativa a relação entre o uso de prótese e a satisfação com a saúde bucal. Cerca de 54,5% sempre estiveram satisfeitos com a aparência dos dentes ou próteses, mesmo tendo 46,8% da amostra relatado que utilizam prótese¹⁷. Entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre a necessidade de próteses e a aparência, ou seja, diferenças entre os critérios normativos para indicação de próteses e a auto-percepção dos idosos.

Na velhice, a pele perde a tonicidade, enrugase e a boca, com ausência parcial ou total de dentes, sofre alterações na dimensão vertical, na ATM e segundo relato de voluntário na pesquisa de Almeida²¹ a “boca murcha”. As perdas dentárias apesar de produzem incapacidades afetando diariamente a vida das pessoas, muitas vezes não são percebidas como problemas funcionais relevantes²³.

Existe a necessidade de alertar a população usuária de próteses da necessidade de higienização das mesmas bem como, na manutenção das peças protéticas em bom estado de conservação¹⁸.

Sabe-se que a prótese total superior recobre uma área de mucosa e, por muitas vezes, impede o contato dessa mucosa com a saliva, a qual é uma das principais defesas antimicrobianas da boca, desenvolvendo assim a candidíase que associada à xerostomia provoca a estomatite (estomatite protética)²³.

Os portadores de próteses mal-adaptadas ou pessoas que não tenham substituído artificialmente seus dentes perdidos podem estar comprometendo sua saúde geral pela perda da eficiência mastigatória, além de colocar em risco, também, a qualidade nutricional da dieta alimentar^{18, 21}.

Apesar de participarem do grupo específico à faixa etária em estudo, os resultados obtidos remetem uma população que apesar do direcionamento de políticas públicas atualmente, ainda não é capaz de perceber a saúde bucal, bem como a sua relação com saúde geral, reflexo também de décadas de uma odontologia centrada em procedimentos curativos e não conservadores. A

estratégia do Saúde da Família visa a integralidade das ações, sendo assim, deve buscar a formação de profissionais voltados para a interdisciplinariedade, no intuito de compreender o idoso como um todo indissociável, atendendo-o na sua totalidade no que se refere ao estado de saúde (bucal e geral), suprindo assim a carência no atendimento específico à essa faixa etária.

Sugere-se a implementação de medidas de promoção à saúde direcionadas à população idosa, no intuito de disseminar informações sobre saúde bucal, desmitificando a idéia de que somente pacientes que possuem dentes vão ao cirurgião dentista e fortalecendo o vínculo da equipe de saúde da família enquanto agente promotor de saúde.

CONCLUSÕES

Observou-se que os idosos apresentam de baixa a média percepção da saúde bucal;

Observou-se alto número de indivíduos edêntulos, alta prevalência do índice CPO-D, com maior representatividade do componente perdido;

Algum tipo de prótese era usada pela maioria, sendo a prótese total a mais utilizada, especialmente na arcada superior;

A maioria dos idosos que usava prótese relatou satisfação com a mastigação e com a aparência dos dentes ou próteses;

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the self perception in oral health in old people not institutionalized from the Family Health Program, Health District III João Pessoa – PB. 29 old people aged 65 to 74 (average 68.6 years old \pm 3.67). The exams were made in the dental office of the HFP. The methodology for the criterion of the diagnostic for the carie and use and necessity of prosthesis was the one of Brazil (2001). For the analysis of oral health self perception was used the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). About 65% of the patients examined were edentulous. The average of the carie index was 29.59 ± 4.95 , being the “m” component the one with biggest representativeness. It was found that most of the elderly use of prosthesis specially the total superior (58.6%). Most of the elderly do not need superior prosthesis 62.1%, differently of the inferior arcade where only 41.4% does not need. Among the prosthesis, the total configured as the ones which have bigger use and necessity. It was not verified

association statistically significant between the use of prosthesis and the self perception in mouth health by the index (GOHAI). Although it was possible to observe the association of the need of prosthesis and the index GOHAI ($p=0.046$). Most of the elderly presented low or moderate oral health self perception measured by the GOHAI. It is suggested the implementation of actions of promotion to the health directed to the elderly population, aiming to disseminate information about oral health and strengthen the bond of the team of family health while health promoter.

Key words: health (oral) public, senior, self-perception

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 20 de Maio de 2006.
2. Jorge MHPM. et al. A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999. OPAS/OMS, 2001.
3. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. Rev. Saúde Pública. 2001; 35:349-355.
4. Mascarenhas AK. A comparison of oral health in elderly populations seeking and not seeking dental care. Spec Care Dentist. 1999; 19(6): 248-53.
5. Silva DD. Aspectos epidemiológicos e de autopercepção da saúde bucal em idosos. Piracicaba,SP: 2003. Mestrado em Cariologia – FOP UNICAMP. p. 86f.
6. Mello ALSF, Padilha DMP. Condições de higiene bucal de idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre 2001; 43:12-19.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Examinador. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. 49 p.
8. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1995. 587p.
9. Kressin NR, Atchison KA, Miller DR. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Public Health Dent 1997; 57: 224-32.
10. Pine CM, Pitts NB, Nugent ZJ. British association for the study of community dentistry guidance on

sampling for surveys of child dental health. A BASCD coordinated dental epidemiology programme quality standard. *Comm Dental Health* 1997; 14: 10-17.

11. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública* 1999; 33: 445-53.
12. BRASIL, Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira – Projeto SBBrazil 2003 – Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde. 2004, 68p.
13. Colussi CF, Freitas SFT, Calvo MC. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2004; 7: 88-97.
14. Gaião LR, Almeida MEL, Heukelbach J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2005; 8: 316-23.
15. Oliveira AGRC. Edentulismo. In: ANTUNES, JLF, PERES, MA. *Epidemiologia da saúde bucal*. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2006. Cap. 16.
16. Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP, Baldisserotto J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface*

- *Comunic., Saúde, Educ* 2006; 10: 203-16.

17. Cabral HAM, Martelli JL. Determinação da condição de saúde bucal, através do GOHAI, de idosos abrigados em instituições de longa permanência conveniadas com o Fundo Municipal de Assistência Social da Prefeitura do Recife – PE. *Odontologia Clínico-Científica*. 2003; 2: 43-49.
18. Unfer B, Braum K, Silva CP, Pereira Filho, LD. Autopercepção da perda de dentes em idosos. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2006; 10: 17-26.
19. Brunetti R, Montenegro FLB. *Odontogeriatrics: noções de interesse clínico*. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
20. Torres SVS. *Pacientes odontogeriatricos: um estudo exploratório sobre saúde bucal e qualidade de vida*. Campinas, 2003. Dissertação de Mestrado em Gerontologia pela Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. FE/UNICAMP.
21. Almeida MEL. *Envelhecimento e bucalidade: suas múltiplas dimensões*. 2003, 199f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia Araçatuba, 2003.
22. Freire RM. *Saúde bucal dos pacientes idosos institucionalizados*. Trabalho de Conclusão de Curso. São José dos Campos. FO- FCS. 30f, 2001.
23. Cawson RA, Binnie WH, Everson JW. *Enfermidades da boca: correlações clínicas e patológicas*. 2º ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997

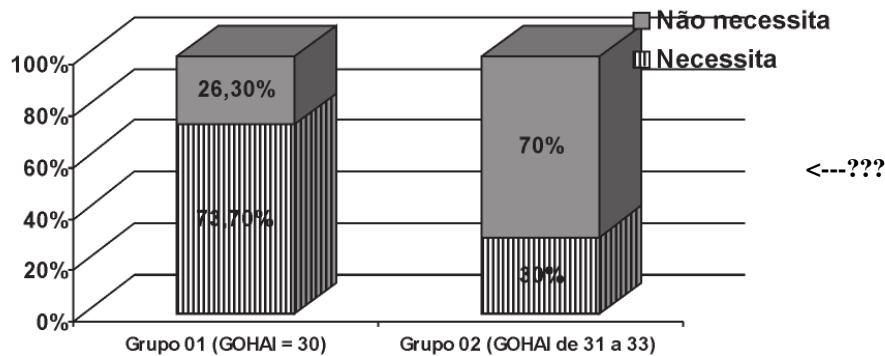


Figura 03: Necessidade de prótese associada ao GOHAI. João Pessoa-PB, 2006. Teste Exato de Fisher p=0,046 (S).

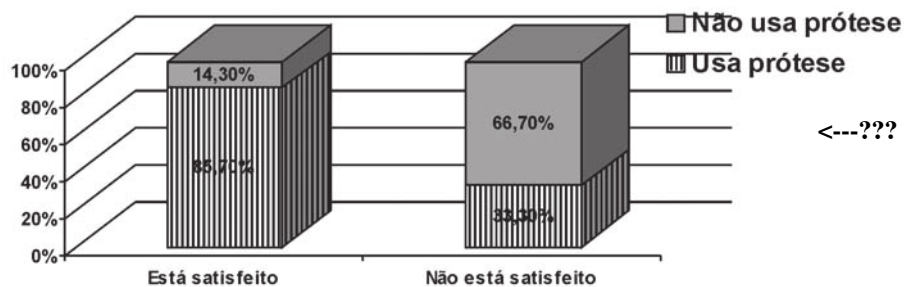


Figura 04. Satisfação com a mastigação associada ao uso de próteses. João Pessoa-PB, 2006. (Teste Exato de Fisher, p=0,025* S)