

Autopercepção da condição de saúde bucal da população idosa em um município de Minas Gerais¹

Odacyr Roberth Moura da Silva²
Suely Maria Rodrigues³
Carlos Alberto Dias⁴

RESUMO

Este estudo objetivou identificar a percepção da condição de saúde bucal em idosos não-institucionalizados, residentes em Governador Valadares - MG. Os dados foram coletados junto a 162 indivíduos com 60 anos ou mais através de uma entrevista semiestruturada. 59,9% dos idosos não apresentam sintomatologia dolorosa no último semestre; 28,4% sentiram dor moderada e 11,7% afirmaram sentir muita dor. A autopercepção em saúde bucal foi classificada como boa para 43,5% dos idosos; regular para 30,4% e ruim para 26,1%. Conclui-se que a maioria dos idosos percebe sua saúde bucal como boa, embora isso não garanta que, de fato, ela o seja.

Palavras-chave: Idoso. Saúde Bucal. Autopercepção. Saúde da População Idosa.

Sessão temática

3. Demografia

¹ Apoio: FAPEMIG

² Acadêmico de Psicologia pela Universidade Vale do Rio Doce

³ Odontóloga, Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da UNIVALE.

⁴ Psicólogo, Doutor em Psicologia Clínica. Professor do Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da UNIVALE.

Introdução

O Brasil, à semelhança dos demais países latino-americanos, está passando por um processo de envelhecimento populacional. Estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1995) sobre crescimento e vida média, projetaram um aumento da população brasileira acima de 60 anos. O aumento da população idosa será da ordem de 15 vezes, entre 1950 e 2025, enquanto o da população mundial será de cinco vezes, no mesmo período. Tal aumento colocará o Brasil no ano 2025 como a sexta população de idosos do mundo (IBGE, 2000).

Ramos et al. (1993) relataram que os brasileiros com 60 anos ou mais, passarão de 6,3% da população total em 1980, para 14% em 2025, uma das maiores populações de idosos do mundo. A elevação do nível de vida da população está relacionada com a urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, melhores condições de saneamento básico, maior cuidado com a higiene pessoal, maior acesso à educação, redução nas taxas de mortalidade e controle da natalidade. Somado ao avanço da ciência e tecnologia aplicada na área da saúde, cujas pesquisas e resultados científicos conseguiram prolongar a esperança média de vida.

Este aumento do número de indivíduos idosos na população brasileira requer uma atenção diferenciada de diversos setores da sociedade, em especial da equipe envolvida nos cuidados com a saúde deste grupo etário. Tal necessidade se deve ao grande número de alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, bem como, à ocorrência de múltiplas patologias, o consumo de vários tipos de medicamentos e aos fatores psico-sociais próprios da longevidade (KALACHE et al., 1987).

As mudanças no perfil epidemiológico acarretam despesas elevadas com tratamentos complexos e onerosos. As doenças nos idosos na maioria das vezes são crônicas, consumindo mais recursos da área de saúde quando comparadas com as demais faixas etárias, e nem sempre este custo significa um cuidado adequado às suas necessidades específicas (SILVESTRE et al., 1998).

Além disso, dogmas errados foram difundidos ao longo dos séculos sobre os dentes e a idade avançada ou uma fatalidade do destino (“Meus pais e avós perderam os dentes, eu também vou perder, é uma sina da minha família”) isso favorece a precária condição de saúde bucal de idosos na atualidade. No entanto, é como se imaginássemos o Brasil em igualdade de situação com relação a países como Angola, Serra Leoa e outros países cuja população mutilada é vítima de minas terrestres (RITTER, 2004).

Na área de saúde bucal, vários estudos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988; WATANABE, 1996) mostram que os idosos formam um grupo com quase todos os dentes extraídos, grande quantidade de problemas periodontais, lesões de mucosa bucal e uso de próteses inadequadas. Isto, em decorrência de raros programas de saúde dirigidos a estes indivíduos, apresentando baixa prioridade nos serviços públicos, mesmo com todos os problemas acumulados e com forte mudança demográfica verificada no país. Neste contexto de dificuldades, uma das áreas que poderia ser explorada é das ações de educação em saúde com ênfase na autoproteção e na autopercepção, conscientizando o indivíduo para a necessidade de cuidado com sua saúde bucal. Para isso é essencial entender como o indivíduo percebe sua condição

bucal, pois seu comportamento é condicionado por esta percepção e pela importância dada a ela (SILVA, 1999).

O objetivo do presente estudo é identificar a autopercepção da condição da saúde bucal em idosos, não institucionalizados, residentes no município de Governador Valadares – MG, pela aplicação de questionário com perguntas voltadas para a auto-avaliação.

Revisão de literatura

Transição demográfica

A organização das nações unidas (ONU, 1980) considera o período de 1975 a 2025 como a “era do envelhecimento”, dado ao crescimento marcante da população idosa em relação à população global em todos os países. Deve-se salientar que este crescimento está sendo mais rápido nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvido.

A proporção de indivíduos com 60 anos ou mais está aumentando rapidamente em todos os países do mundo. Tal fato se deve ao progressivo declínio nas taxas de fecundidade e de mortalidade; à prevenção e/ou tratamento das doenças associadas com morte prematura; o avanço no tratamento específico de doenças infecciosas e à utilização de programas de imunização. Esses fatores associados promovem a base demográfica para o envelhecimento real dessas populações (OMS, 1983).

Ramos et al. (1993) afirmam o aumento da população de idosos está relacionado com a urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, melhores condições de saneamento básico, maior cuidado com a higiene pessoal, maior acesso à educação, redução nas taxas de mortalidade e controle da natalidade, somado ao avanço da ciência e tecnologia aplicada na área da saúde, cujas pesquisas e resultados científicos conseguiram prolongar a esperança de vida ao nascer.

Projeções demográficas indicaram que de 1980 até o final do século XX cerca de três quartos do aumento da população idosa ocorreu nos países em desenvolvimento. Na América Latina, entre 1980 e o ano 2000 ocorreu um aumento de 120% da população total (de 363,7 para 803,6 milhões) enquanto que o aumento da população acima de 60 anos foi de 236%, ou seja, duas vezes maior que o percentual de aumento da população como um todo (BRUNETTI, 2002).

No estudo do gráfico das pirâmides populacionais mundiais observa-se que em 1940 a base era alargada, com poucas pessoas atingindo o ápice da pirâmide, retratando, assim, uma população jovem. Após 50 anos, a base se estreitou e uma grande porção de indivíduos atingiu o ápice. Atualmente seu desenho é semelhante a uma pirâmide triangular, enquanto a de 2025 terá como forma uma estrutura cilíndrica (WHO, 2002).

No início do século XX, a esperança de vida ao nascer no Brasil era de 33,7 anos, tendo atingido 43,2 em 1950. No decorrer da década de 60 a esperança de vida havia aumentado em quase 8 anos (55,9 anos). Na década seguinte passou a ser de 57,1 anos e

em 1980 atingiu 63,5 anos; e no ano 2000 experimentou um aumento de cinco anos, quando um brasileiro ao nascer esperará viver por 68,5 anos (TERRA, 2001).

O Brasil já não é um país de jovem. Em 1990, os idosos representavam 3,2% da população geral. Dados do censo 2000 (IBGE, 2000) revelam que atualmente o número de indivíduos acima de 60 anos é de 14.536.029 milhões, e a previsão é de que, em 2025, possa atingir 32 milhões, o que representará 13,8% da população geral. Isto fará com que o país tenha a sexta população do mundo em número de idosos.

Transição epidemiológica

O acelerado processo de envelhecimento que vem ocorrendo recentemente em alguns grupos populacionais constitui um dos maiores triunfos da humanidade, mas também um dos maiores desafios para nossa sociedade (BENEDETTI, 2007).

A transição de uma população jovem com alta mortalidade para uma população envelhecida com baixa mortalidade, isso provoca uma profunda alteração no perfil da morbidade e causas de mortes desta população, também chamada de transição epidemiológica. Basicamente temos a substituição das doenças infecto-contagiosas pelas doenças crônicas não transmissíveis como principal causa de morte em uma população (OMS, 1984).

O processo de transição epidemiológica descreve a gradual mudança de situação caracterizada por alta mortalidade/alta fecundidade para a de baixa mortalidade/baixa fecundidade e, conseqüentemente, de uma baixa para uma alta proporção de idosos na população. Se o processo de transição epidemiológica é comprimido, isto é, se seus vários estágios se passam em um número menor de anos, as repercussões sociais serão muito mais acentuadas, particularmente se os recursos materiais da sociedade são limitados. Quanto maior o número de pessoas que envelhece, maior a necessidade de recursos para atender a suas necessidades específicas (KALACHE et al., 1987).

O que ocorre, na verdade, é que com a diminuição percentual de crianças, diminui também a parcela da população mais suscetível às doenças infecciosas, e com o aumento da proporção de idosos aumenta também o contingente de pessoas passíveis de contrair uma doença crônica do tipo das doenças cardiovasculares (RAMOS et al., 1993).

No Brasil houve uma mudança nas causas de mortalidade. Basta considerarmos as principais causas de morte nas capitais brasileiras entre 1930 e 1980. Em 1930, as causas principais de morte eram numa escala decrescente de prevalência, as doenças infecciosas e parasitárias, cardiovasculares e respiratórias. Em 1980, passam a ser as cardiovasculares, respiratórias, as infecciosas e parasitárias. As doenças infecto-contagiosas que eram responsáveis por cerca de 40% de todos os óbitos, em 1930, passam, em 1980 a representar apenas 8% dos óbitos. Enquanto que, as doenças cardiovasculares que, em 1930, causavam 12% dos óbitos, passaram, em 1980, a representar 34% do total de óbitos (CANÇADO, 1994).

O envelhecimento da população e a mudança no perfil epidemiológico fazem com que o cenário caracterizado por uma população jovem, com maior incidência de doenças

infecciosas, se transforme em um outro no qual predominam os crônicos, característicos de uma população envelhecida. Este fato traz como consequência o aumento dos custos com tratamento, hospitalização e reabilitação. Os problemas de saúde crônicos e múltiplos perduram por vários anos, requerendo pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares. O delineamento de políticas específicas para pessoas idosas vem sendo apontada como altamente necessário, sendo imprescindível o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento (VERAS, 2002).

Caracterização do idoso

Historicamente, o processo de envelhecimento tem sido considerado através de duas fortes e opostas perspectivas: uma que o reconhece como a etapa final da vida, a fase do declínio que culmina na morte; outra que o concebe como a fase da sabedoria, da maturidade e da serenidade (PASIAN et al., 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1983) classifica a população da terceira idade de acordo com o desenvolvimento do país no qual o indivíduo está inserido e com a seguinte faixa etária: países desenvolvidos, aqueles indivíduos com idade de 65 anos ou mais, e países em desenvolvimento, indivíduos com 60 anos ou mais.

No Brasil, considera-se idoso aquele indivíduo que tenha atingido a idade de 60 anos ou mais. Em decorrência do aumento da população idosa foi elaborada uma legislação específica, do Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996), que regulamenta a política Nacional do Idoso e prevê a formação do Conselho Nacional do Idoso. Nesta política, está contemplada a questão da saúde e assistência social, à qual todo idoso tem direito (BRASIL,1998).

Baseado no conceito autonomia ou habilidade/capacidade funcional, a OMS (1983) classificou os pacientes idosos em 3 grupos:

1) *Funcionalmente independente* - são indivíduos saudáveis, podendo apresentar uma ou duas doenças crônicas não graves e controladas por medicação e/ou com algum declínio sensorial associado com a idade, mas que vivem sem necessitar ajuda;

2) *Parcialmente independente* - são indivíduos lúcidos, porém com problemas físicos debilitantes crônicos, de caráter médico ou emocional, com perda do seu sistema de suporte social, fazendo com que estejam incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada. A maioria dessas pessoas vive com a família ou em instituições com serviços de suporte;

3) *Totalmente dependente* - são aqueles cujas capacidades estão afetadas por problemas físicos debilitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que os impossibilitam de manter autonomia. Essas pessoas estão impossibilitadas de viver com autonomia e geralmente estão institucionalizadas, recebendo ajuda permanente.

Estes conceitos são úteis no contexto do envelhecimento, pois estão ligados à manutenção da autonomia, ou seja, o grau de independência com que desempenham as

funções no dia-a-dia dentro de seu contexto sócio-econômico e cultural. Do ponto de vista prático, estas funções podem ser medidas através do desempenho das atividades diárias, como por exemplo, a capacidade de cuidado pessoal (higiene), preparo das refeições, manutenção básica da casa. A operacionalização deste conceito é difícil, mas seus resultados são mais detalhados do que os obtidos apenas com utilização do conceito de envelhecimento cronológico (WHO, 2002).

Mudanças no estado funcional dos idosos, em muitos casos, levam a necessitar de alguém para auxiliá-los em atividades que antes pareciam ser de simples execução (PADILHA et al, 1998).

Autopercepção da Saúde bucal do idoso

Autopercepção em saúde é a interpretação que o indivíduo faz de suas experiências de saúde e estados precários de saúde no contexto da vida diária. Este julgamento se baseia, em geral, na informação e nos conhecimentos disponíveis modificados pela experiência previa e pelas normas sociais e culturais (SILVA, 2001).

A percepção em saúde bucal está associada aos aspectos físicos e subjetivos relacionados à boca, e é influenciada por fatores sociais e econômicos e pela idade, sexo e classe social do indivíduo. Para muitas patologias, a necessidade percebida depende das crenças e do conhecimento da pessoa afetada, e também dos critérios de valor atribuídos a saúde perdida. Assim, a avaliação da saúde por pessoas leigas difere da que é feita por profissionais, pois os conceitos de má saúde e doença são determinados por valores culturais. Como é percebida de modo diferente por indivíduos, sociedades e gerações, isso mostra a diversidade de experiências e valores dos idosos. Uma vez que a saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia, onde estudam, trabalham, divertem-se e amam-se (SILVA, 2005).

A autopercepção em saúde bucal permite que se tenha um panorama mais próximo da real condição do indivíduo, apesar desse procedimento não substituir o exame clínico do paciente. A utilização de indicadores subjetivos na prática clínica diária é mais uma ferramenta para se detectar as reais necessidades dos idosos, devendo ser usadas para complementar a informações clínicas. Dessa forma a auto-avaliação é da satisfação global com a vida proporciona ao idoso a oportunidade de expressar sua concepção pessoal da própria realidade e da sua saúde. Estudos de autopercepção em saúde permitem a participação efetiva da comunidade na formulação de decisões políticas e sociais, incluindo a saúde bucal além de tornar possível a abordagem mais efetiva dos indivíduos pelos os profissionais de saúde (BIAZEVIC, 2001).

A preocupação da odontologia atualmente, na área da educação em saúde tem sido dada ênfase à articulação entre os saberes técnico e popular para possibilitar que as comunidades e o próprio indivíduo possam conhecer e controlar os fatores que afetam e determinam sua saúde (UNFER et al., 2006).

Um aspecto importante a ser considerado é o da autopercepção, onde as atitudes individuais poderão levar à mudança de comportamento de uma comunidade, de forma que indicadores desta autopercepção se constituam em importante ferramenta para a

implantação de serviços odontológicos voltados para esta camada populacional (HENRIQUES et al., 2007).

Material e métodos

Universo do estudo

Foi constituído por indivíduos idosos (com 60 anos ou mais), de ambos os sexos, funcionalmente independentes ou parcialmente dependentes, usuários da clínica Odontogerátrica da FACS/UNIVALE e participantes de grupos locais de terceira idade, residentes no município de Governador Valadares – MG.

Amostra

Governador Valadares possui 259.405 habitantes (IBGE, 2000), sendo 21.428 idosos, representando 8,3% da população. Há neste município 29 Grupos de terceira idade, de acordo com o Centro de Atenção ao Idoso (CAAI).

Para definição do tamanho da amostra foi realizado um cálculo amostral, baseado no método de estimativa para proporção, com nível de confiança de 95% e precisão requerida de 5%. Como padrão (p) foi utilizado a prevalência de perda dentária nesta população, obtida por meio de Levantamento Epidemiológico, realizado no ano de 2004, no município, utilizando a mesma metodologia do Projeto SB-2000 (BRASIL, 2000).

O resultado do cálculo, após a correção para n final, feita com base no total de idosos apontou uma amostra de 162 idosos (já incluído 10% referente a uma possível perda).

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na amostra indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, de estado funcional independente e/ou parcialmente dependente, que possuam condições sistêmicas adequadas para responder a entrevista que será utilizada na pesquisa.

Os idosos enfermos e aqueles que, devido à agressividade ou alterações de comportamento não permitirem ou não contribuirão para a realização da entrevista foram excluídos do estudo.

Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de uma entrevista semiestruturada, (Anexo A), baseada no protocolo do SB-2000 (BRASIL, 2000). As variáveis incluídas na entrevista tiveram por objetivo conhecer o perfil sócio-econômico e a autopercepção em saúde bucal de indivíduos idosos não-institucionalizados, residentes no município de Governador Valadares, MG. As entrevistas foram realizadas na Clínica de Odontogerátria da FACS/UNIVALE e nos grupos locais de terceira idade.

A coleta foi realizada por alunos (bolsistas de Iniciação Científica) previamente treinados, no período, agosto de 2007 a abril de 2008.

Em todas as entrevistas foi mantido um caráter informal, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado para que possa alcançar um aceitável grau de veracidade nas respostas.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, conforme Anexo B.

Estudo piloto

Buscando testar o método de trabalho e os processos técnicos envolvidos na execução do experimento, um projeto piloto foi realizado com 10 indivíduos, utilizando todos os critérios de inclusão e exclusão, porém estes indivíduos não foram considerados para o estudo principal.

Segundo Marconi e Lakatos (1990) a importância do Projeto Piloto consiste na possibilidade de verificar se os dados a serem levantados apresentam fidedignidade, validade e operacionalidade, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

Análise estatística dos dados

Os dados foram processados utilizando-se o software Sphinx, que realizou a organização dos dados, fornecendo análise descritiva de percentuais e associações previstas entre as variáveis pesquisadas.

Aspectos éticos

Este projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP - UNIVALE) e obteve aprovação através do parecer nº 042/2006.

Resultados

Os resultados referem-se aos 162 indivíduos idosos não-institucionalizados. Destes, 61,7% eram do gênero feminino e 38,3% do gênero masculino, apresentando média de idade de 69,88 anos (dp 6,35). A idade mínima estabelecida para participar do estudo foi de 60 anos e máxima foi de 84 anos. Estes dados estão demonstrados na TABELA 1 e no GRÁFICO 1.

TABELA 1 - Distribuição quanto ao gênero feminino e masculino da população estudada

Sexo	Qt. Cit.	Freq.
Masculino	62	38,3%

Feminino	100	61,7%
TOTAL CIT.	162	100%

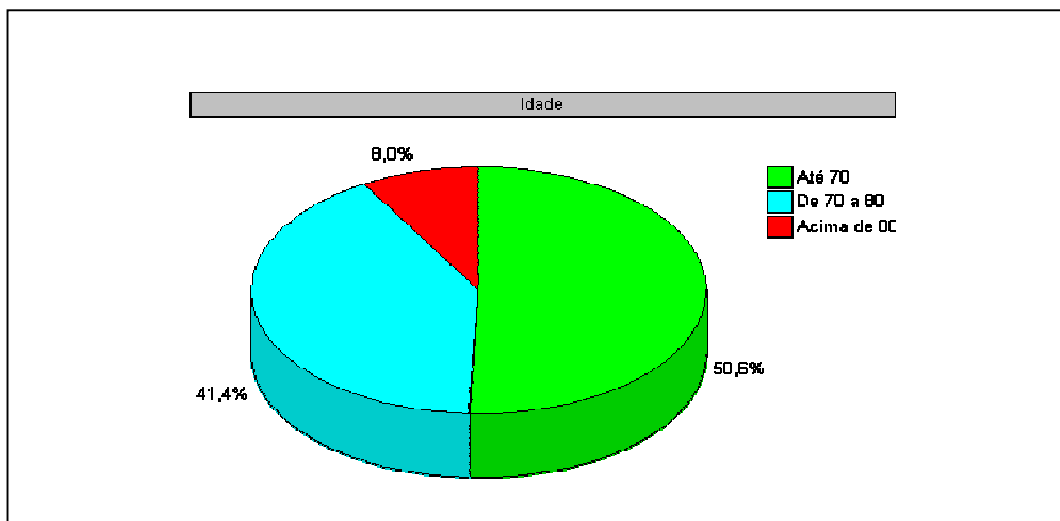


GRÁFICO 1 – Distribuição da frequência de idade dos idosos participantes da pesquisa.

Do total da amostra, 96,9% possuíam estado funcional independente. Em relação ao estado civil, 51,9% são casados, 29% viúvos, 13% amasiado e 6,1% solteiro. Estes dados estão apresentados nas TABELAS 2 e 3.

TABELA 2 - Distribuição da população estudada em relação ao estado funcional

Estado funcional	Qt. Cit	Freq.
Independente	157	96,9%
Parcialmente dependente	3	1,9%
Totalmente dependente	3	1,2%
TOTAL CIT.	162%	100%

TABELA 3 - Distribuição dos idosos participantes em relação seu estado civil

Estado civil	Qt. Cit.	Freq.
Casado	84	51,9%
Viúvo	47	29%
Amasiado	21	13%

Solteiro	10	6,1%
TOTAL	162	100%

Quanto à moradia, 52,5% relatou morar com o esposo (a), 24,7% com filhos, 14,8% sozinho e 8% com parentes. A escolaridade demonstrou que 61,1% dos idosos possuem o primeiro grau, 21,6% não possuem nenhuma instrução e apenas 4,9% concluíram o terceiro grau. Estes dados estão apresentados nos GRÁFICO 2 e 3.

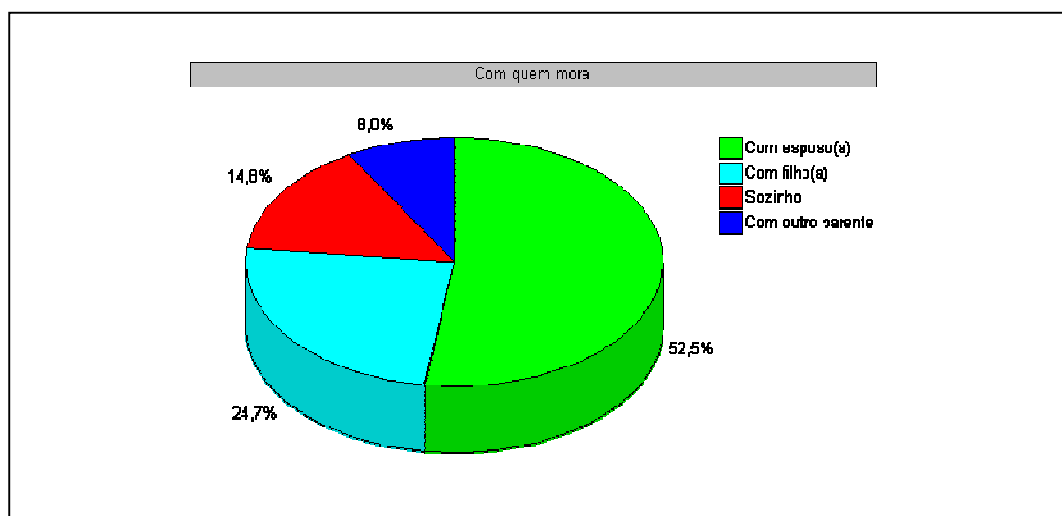


GRÁFICO 2 – Distribuição dos idosos quanto à moradia.

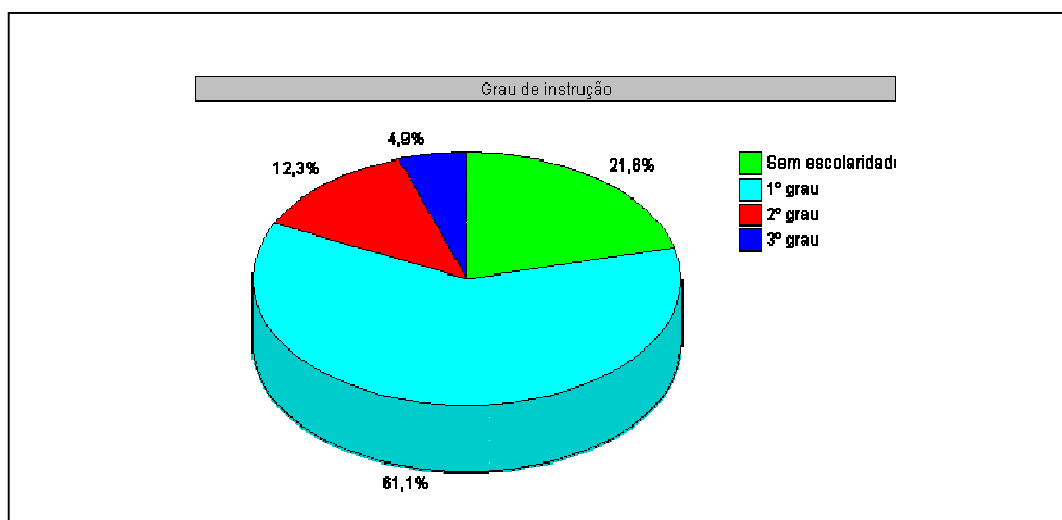


GRÁFICO 3 – Distribuição dos idosos em relação ao grau de instrução.

Em relação ao trabalho, a maioria é de aposentado (77,8%), 9,9% do lar, 8% trabalha por conta própria e 4,3% é assalariado. A renda individual mostrou que 45,1% recebem entre um a dois salários mínimos, 22,2% recebem acima de dois salários mínimos e 26,5% recebem até um salário mínimo. Estes dados estão demonstrados nas TABELAS 4 e 5.

TABELA 4 - Distribuição dos idosos participantes em relação ao trabalho

Modalidade de trabalho	Qt. Cit.	Freq.
Conta própria	13	8%
Assalariado	7	4,3%
Aposentado	126	77,8%
Do lar	16	9,9%
TOTAL cit.	162	100%

TABELA 5 - Distribuição dos idosos pesquisados em relação à renda pessoal

Renda	Qt. Cit.	Freq.
Sem renda	10	6,2%
Até 415,00	43	26,5%
415 a 830,00	73	45,1%
Acima de 830,00	36	22,2%
TOTAL cit.	162	100%

Neste estudo observou-se que, a autopercepção em saúde bucal foi classificada como boa para 43,5% dos idosos; 30,4% classificaram como regular e 26,1% como ruim. No que diz respeito à aparência de seus dentes, 40,9% a consideraram boa; 34,8% como ruim e 24,3% como regular. Estes dados estão demonstrados na TABELA 6.

TABELA 6 - Distribuição da autopercepção de saúde e aparência bucal dos idosos participantes

Classificação	Saúde bucal	Aparência bucal
Ruim	26,1%	34,8%

Regular	30,4%	24,3%
Boa	43,5%	40,9%
TOTAL CIT.	100%	100%

Para 40,6% dos entrevistados a mastigação foi considerada ruim; 38,3% a consideraram boa e 21,1% regular. Em relação a fala, 58,7% relatou ser boa; 27,8% ruim e 13,6% regular. Quanto ao relato de sentir dor nos últimos seis meses, 59,9% dos idosos não apresentam nenhuma sintomatologia dolorosa; 28,4% sentiram dor moderada e 11,7% afirmaram sentir muita dor. Estes dados estão apresentados nas TABELAS 7 e 8.

TABELA 7 - Distribuição dos idosos quanto à autopercepção da mastigação e a fala

Classificação	Mastigação	Fala
Ruim	40,6%	27,8%
Regular	21,1%	13,6%
Boa	38,3%	58,7%
TOTAL CIT.	100%	100%

TABELA 8 - Distribuição dos idosos quanto à autopercepção de dor nos últimos 6 meses.

Dor 6 meses	Qt. Cit.	Freq.
Sem dor	97	59,9%
Dor moderada	46	28,4%
Muita dor	19	11,7%
TOTAL CIT.	162	100%

Pode-se perceber que, 39,5% dos idosos participantes deste estudo consideram que a sua saúde bucal não afeta em seu relacionamento social e afetivo, 34,6% consideram que afeta muito e 25,9% que afeta pouco. Estes dados estão demonstrados abaixo.

TABELA 9 - Distribuição dos idosos participantes quanto à autopercepção da saúde bucal em relação ao impacto no relacionamento.

Impacto relacionamento	Qt. Cit.	Freq.
Não afeta	64	39,5%

Afeta pouco	42	25,9%
Afeta muito	56	34,6%
TOTAL CIT.	162	100%

Discussão

No presente estudo, o número de mulheres foi de 100 (61,7%) e de homens 62 (38,3%). Essa diferença entre homens e mulheres também foi observada em uma pesquisa desenvolvida por RAMOS et al. (1993) com 1.602 entrevistados, contando com 60% que eram do sexo masculino e 40% do sexo feminino.

Nessa pesquisa observou-se que a idade da população entrevistada variou de 60 a 84 anos, com média de 69,9 (\pm 6,35) anos. No entanto no trabalho realizado por RAMOS et al. (1993) a idade da amostra entrevistada variou de 60 a 95 anos, com média de 69 anos.

Padilha et al. (1998) lembram que a maioria dos idosos não consegue manter bons níveis de higiene bucal ou de suas próteses necessitando, em muitos casos, do auxílio do cuidador para realizá-la. No presente trabalho pode - se observar que os dados obtidos se contrapõem a referência feita acima, uma vez que a maior parte (96,9%) dos idosos pesquisados são caracterizados como independentes, ou seja, conseguem executar suas tarefas diárias normalmente, nos aspectos físico, mental e social, o que é essencial para a manutenção do bem-estar físico, psicológico e qualidade de vida, pois estas atividades exigem uma interação de recursos cognitivos e afetivos com as habilidades motoras.

Em relação ao estado civil, na presente pesquisa 51,9% dos idosos pesquisados são casados. Benedetti (2007) em seu estudo encontrou resultados semelhantes onde 61,4% dos idosos são casados.

Com resultado deste estudo foi observado, que 85,2% dos idosos vivem com cônjuge, ou outros parentes. Segundo Pasian et al. (2001), em estudo realizado com um grupo de 50 idosos de Ribeirão Preto, São Paulo, constatou-se que os mesmos moram predominantemente sozinhos, seja por seu estado civil (solteiros ou viúvos) ou, talvez, por uma tendência ao isolamento social dessa camada da população.

Benedetti (2007), em seu trabalho verificou que o nível de escolaridade primário foi o mais freqüente (32,8%), com destaque de 11,9% com nível superior, principalmente em idosos do sexo masculino (12,1%). O analfabetismo aparece ainda em 14,3%. Porém na presente pesquisa foram observados resultados contrários, sendo 61,1% com primeiro grau, 21,6 % analfabetos, 12,3% segundo grau e 4,9% com nível superior.

De acordo com o estudo 26,5% dos participantes relataram possuir renda de até um salário mínimo e 22,2% acima de dois salários. Um total de 77,8% dos entrevistados informou serem aposentados. Porém Ritter (2004) observou que 50% possuem renda de um salário mínimo o que difere do apresentado nessa pesquisa. E somente 23% aferem

renda superior a dois salários e cerca de 76% dos indivíduos entrevistados declararam-se aposentados, o que é semelhante com os resultado do presente estudo.

Neste estudo observou-se que, a autopercepção em saúde bucal foi classificada na maioria dos casos como boa para 43,5% dos idosos. Porém segundo Silva (2001) em seu trabalho a maioria dos entrevistados 42,7% relatou com regular o que é contrário ao resultado do presente trabalho.

No que diz respeito à aparência de seus dentes, 40,9% a consideraram boa; 34,8% como ruim e 24,3% como regular. No trabalho realizado por Benedetti (2007), também foi observado que a maioria dos idosos 65,2% considera seu estado dentário como bom ou ótimo; todavia, 66% deles afirmaram que lhes falta a maioria dos dentes.

Observou-se que 40,6% dos entrevistados a mastigação foi considerada ruim; 38,3% a consideraram boa e 21,1% regular. Contudo, os resultados do estudo de Unfer et al. (2006) indicam que na maioria dos idosos pesquisados a mastigação não é realizada com naturalidade e conforto, e que há necessidade de selecionar o tipo de alimento ou a forma de consumi-lo, por meio de estratégias que facilitem a ingestão. Em relação à fala o presente trabalho observou que 58,7% dos idosos classificam sua fala como boa. Unfer et al. (2006) apresentaram resultados com maior discrepância onde 86,95% dos idosos entrevistados relataram que sua fala é boa.

Quanto ao relato de sentir dor ou desconforto nos últimos seis meses, nesta pesquisa 59,9% dos idosos não apresentam nenhuma sintomatologia dolorosa. Henriques et al. (2007) em seu estudo encontraram resultados semelhantes 95,1%, porém com uma discrepância maior. Em relação à saúde bucal interferir no relacionamento social no presente estudo 39,5% dos idosos afirma não afetar. Henriques et al. (2007) encontraram resultados em seu trabalho com uma discrepância acentuada em relação a presente pesquisa 91,8% dos idosos afirmam que a condição de saúde bucal não afeta no relacionamento social.

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu concluir que os idosos entrevistados, na sua maioria, consideram que sua saúde bucal como boa. Apesar disso, existe uma parcela que percebe sua condição de saúde bucal ruim. Contudo, o fato dos idosos perceberem sua saúde bucal como boa, não quer dizer necessariamente que ela esteja, de fato, como eles a percebem. Por este motivo, uma atenção especial deve ser voltada para os cuidados em saúde bucal frente ao fenômeno do envelhecimento populacional no Brasil, visto que as mudanças no perfil epidemiológico devem afetar diretamente a maneira como a saúde vem sendo concebida através das políticas de prevenção e tratamento de doenças que podem gerar despesas elevadas pelo alto consumo de recursos da saúde.

Nesse sentido, a odontologia atual associada a outras áreas do conhecimento, tais como a psicologia e a educação, deve direcionar sua área de atuação para promoção de saúde

bucal, com o intuito de promover conhecimentos e práticas de autocuidado que proporcionarão uma boa saúde bucal aos idosos.

O estudo da autopercepção é muito importante para os profissionais de saúde, visto que possibilita direcionar a atuação do cirurgião dentista para melhor atender as necessidades sentidas pelos idosos.

Referências

BENEDETTI, T. R. B.; MELLO, A. L. S. F. de; GONCALVES, L. H. T. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.6, p.1683-1690, nov./dez. 2007.

BIAZEVIC, M. G. **Indicadores subjetivos em saúde bucal: uma revisão sistemática**. 2001. Dissertação (Mestrado em Deontologia e Odontologia Legal). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. **LEI Nº 8842, DE 04/01/1994 E DECRETO Nº1948, DE 03/06/1996. POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO**. 2. ED. BRASÍLIA, 1998. 32P.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF**, Brasília, 2000. 65p.

BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatria: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 481p.

CANÇADO, F. A .X. Epidemiologia do envelhecimento. In: _ **Noções práticas de geriatria**, Belo Horizonte: COOPMED, 1994. p.15-43.

HENRIQUES, C. et al. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara – SP. **Cienc odontol Bras**, v.10, n.3, p.67-73, jul./set. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2000 – Resultados do universo. 2000. Disponível < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>> Acesso 27 abr. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções preliminares de população. 1980 – 2020**. Departamento de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro,1995. 22p.

KALACHE, A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor da saúde. **Revista Secretários Saúde**, v. 3, n. 26, p. 12-17, 1987.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990. 231 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL – BRASIL, ZONA URBANA, 1986. BRASÍLIA, 1988.**

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Problemas dos idosos e velhos no mundo. New York, 1980.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos, Genebra, 1984. Informe.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Grupo científico sobre la Epidemiologia del Envejecimiento, Genebra, 1983. Informe.

PADILHA, D. M .P. et al. Alterações da mucosa bucal em dois grupos de idosos do Brasil e Inglaterra. **Revista Odonto Ciências**, n. 25, p.175-201, 1998.

PASIAN, S. R. et al. A vivência afetiva em idosos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.21, n.1, p.68-83, 2001.

RAMOS, L. R. Explosão demográfica da Terceira Idade no Brasil: Uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 3-8, mar. 1993.

RAMOS, L.R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v.27, n.2, p.87-94, 1993.

RITTER, F.; FONTANIVE, P.; CRISTIANE, M. W. Condição de Vida e Acesso aos Serviços de Saúde Bucal de Idosos da Periferia de Porto Alegre. **Boletim da Saúde**, v. 18, n 1, p. 79-85, jan/jun. 2004.

SILVA, D. D. da; SOUSA, M. da L. R. de; WADA, R. S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1251-1259. July/Aug. 2005.

SILVA, S. R. C. da; CASTELLANOS F. R. A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.4, p.349-355, Ago. 2001.

SILVA, S.R.C. **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais.**1999. Tese (Doutorado em Odontologia)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVESTRE, J. et al. Population ageing in Brazil and the health care sector. **J. of the International Institute of Ageing**, n.4, p.4-12, 1998.

TERRA, N.L. **ENVELHECENDO COM QUALIDADE DE VIDA. PROGRAMA GERON.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001, P.203.

UNFER, B. et al. Autopercepção da perda de dentes em idosos. **Interface (Botucatu)**, v.10, n.19, p.217-226. jan./jun. 2006.

VERAS, R. P. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002, p.11-31.

WATANABE, M.C.G. *et al.* Considerações Periodontais em idosos usuários no centro de saúde Geraldo Paula de Souza. São Paulo. Brasil. **Revista Faculdade Odontologia de Lins**, v. 9, n. 1, p. 20-25, jan./jun. 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Active ageing: a policy framework. Ageing and life course. Geneva, 2002, p.5-58.

ANEXOS

ANEXO A – PRONTUÁRIO DE ESTUDO**I – IDENTIFICAÇÃO**

1. **Número de identificação:** _____
Data da entrevista: ____/____/_____
 2. **Data de Nascimento** ____/____/_____
 3. **Idade:** _____anos
 4. **Sexo:** 1 Masculino 2 Feminino

II – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA

5. **COM QUEM MORA**
 1 **SOZINHO** 3 **COM FILHO(A)** 5 **COM AMIGOS**
 2 **COM ESPOSO (A)** 4 **COM OUTRO PARENTE**
 6 **NA INSTITUIÇÃO**

6. **HÁ QUANTO TEMPO:** _____ **ANOS**

7. **NOME DA INSTITUIÇÃO (SE FOR O CASO):**

8. **NÚMERO DE PESSOAS COM QUEM CONVIVE:** _____

9. **ESTADO CIVIL:**
 1 **SOLTEIRO** 3 **AMASIADO** 5
OUTRO: _____
 2 **CASADO** 4 **VIÚVO**

10. **ESTADO FUNCIONAL:**
 1 **INDEPENDENTE** 2 **PARCIALMENTE DEPENDENTE**
 3 **TOTALMENTE DEPENDENTE**

11. **GRAU DE INSTRUÇÃO**
 1 **SEM ESCOLARIDADE** 4 **2º GRAU COMPLETO**
 7 **3º GRAU COMPLETO**
 2 **1º GRAU INCOMPLETO** 5 **2º GRAU INCOMPLETO**
 3 **1º GRAU COMPLETO** 6 **3º GRAU INCOMPLETO**

12. **Em relação ao trabalho**
 1 **Trabalha por conta própria** 3 **Aposentado**
 2 **Trabalha com salário** 4 **Outro:** _____

13. **Renda pessoal (em reais):** R\$ _____

14. **Posse de veículo automotor:** 1 **Motocicleta** 2 **Automóvel**

III – AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL

15. Como classificaria sua saúde bucal?

1 Não sabe 2 Péssima 3 Ruim 4 Regular 5 Boa 6 Ótima

16. Como classificaria a aparência de seus dentes e gengivas?

1 Não sabe 2 Péssima 3 Ruim 4 Regular 5 Boa 6 Ótima

17. Como classificaria sua mastigação?

1 Não sabe 2 Péssima 3 Ruim 4 Regular 5 Boa 6 Ótima

18. Como classificaria a sua fala devido aos seus dentes e gengivas?

1 Não sabe 2 Péssima 3 Ruim 4 Regular 5 Boa 6 Ótima

19. De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas?

1 Não sabe muito 3. Afeta pouco 5 Afeta muito
2 Não afeta 4. Afeta mais ou menos

20. O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses?

1 Nenhuma Dor 2 Pouca Dor 3 Média Dor
4 Muita Dor

Prontuário de Estudo elaborado com base no *Formulário de avaliação sócio-econômica, de acesso a serviços e de autopercepção em saúde bucal*, do Projeto SB2000

**ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

Informações ao participante:

1. Estamos estudando como está a condição de saúde bucal de pessoas da sua idade. Gostaríamos de convidar você para participar dessa pesquisa.
2. Primeiro você irá responder para nós, algumas perguntas sobre como é o seu dia-a-dia, modo de vida e o que sente em relação à saúde de sua boca.
3. Seu nome não vai aparecer em lugar nenhum para garantir o segredo de que foi você quem deu as respostas.
4. Todas as respostas dadas por você serão apresentados em eventos de caráter científico e ou escrito na forma de artigo em revistas especializadas na área de odontologia.
5. Apesar da importância da sua contribuição, você pode em qualquer momento desse estudo, sem prejuízo, deixar de participar.
6. Qualquer dúvida quanto ao compromisso ético dessa pesquisa, você poderá procurar:
Comitê de Ética em Pesquisa da Univale – CEP
Rua Israel Pinheiro, 2000
Campus Universitário – Tel.: 3279-5178

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Governador Valadares, ____ de _____ de 2008.

Participante: _____

Pesquisador responsável: _____