

Auto-percepção de saúde bucal em idosos: uma perspectiva para promoção de saúde

Lorrayne Gomes de Araújo*
 Carlos Alberto Dias**
 Mauro Augusto dos Santos***
 Suely Maria Rodrigues****

*Bolsista de Iniciação Científica do grupo de pesquisa, Saúde Indivíduo e Sociedade/SAIS/UNIVALE/CNPq. Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce.

** Doutor em Psicologia/ Université de Picardie Jules Verne. Professor adjunto do curso de Turismo e do Mestrado Ensino em Saúde- UFVJM.

*** Doutor em Demografia/UFMG. Professor adjunto do programa de mestrado Gestão Integrada do Território/GIT/UNIVALE, e pesquisador do grupo de pesquisa, Saúde Indivíduo e Sociedade/SAIS/ UNIVALE/CNPq.

****Doutora em Saúde Coletiva/UFMG. Professora adjunta do curso de Odontologia e do programa de mestrado Gestão Integrada do Território/GIT/ UNIVALE. Pesquisadora do grupo de pesquisa, Saúde Indivíduo e Sociedade/SAIS/ UNIVALE/CNPq.

Resumo

Autopercepção em saúde bucal é a interpretação que o indivíduo faz de suas experiências. Esse julgamento se baseia, em geral, nas informações e nos conhecimentos adquiridos ao longo da vida, influenciado pelas normas sociais e culturais. O objetivo deste estudo foi identificar a percepção da condição de saúde bucal em idosos não-institucionalizados, residentes no município de Governador Valadares - MG. Participaram do estudo 162 indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, funcionalmente independentes ou parcialmente dependentes, que frequentavam algum grupo de terceira idade. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada baseada no protocolo do SB-2000. Os resultados revelam que 61,7% dos idosos eram do gênero feminino e 38,3% masculino. Em relação à aparência de seus dentes, 40,9% a consideraram boa; 34,8% como ruim e 24,3% como regular. Quanto ao relato de 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. A autopercepção em saúde bucal foi classificada como boa para 43,5% dos idosos; regular para 30,4% e ruim para 26,1%. Pode-se concluir que os idosos na sua maioria percebem e consideram sua saúde bucal como boa.

Palavras-chave: Autopercepção; Saúde Bucal; Idoso.

Abstract

SELF-PERCEPTION OF ORAL HEALTH IN ELDERLY: A perspective for health promotion

Self-perception in oral health is the individual's interpretation of their experiences. This judgment is generally based on information and knowledge acquired throughout life, influenced by social and cultural norms. The objective of the present study was to identify the perception of oral health status in non-institutionalized elderly people living in the municipality of Governador Valadares - MG. Participating in the study were 162 individuals, 60 years of age or older, of both sexes, func-

tionally independent or partially dependent, users of the FACS / UNIVALE Odontogeriatric clinic or who attended a senior group. Data were collected through a semi-structured interview based on the SB-2000 protocol. The results show that 61.7% of the elderly were female and 38.3% male. Regarding the appearance of their teeth, 40.9% considered it good; 34.8% as bad and 24.3% as regular. Regarding the reported pain in the last six months, 59.9% of the elderly do not present any painful symptoms; 28.4% felt moderate pain and 11.7% reported feeling great pain. Self-perception in oral health was classified as good for 43.5% of the elderly; to 30.4% and poor to 26.1%. It can be concluded that, the elderly mostly consider their oral health as good.

Keywords: Self-perception; Oral Health; Old man.

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 da média de vida.

O 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 desse 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 psicossociais 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 tal 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, sendo vinculados à idade avançada ou uma fatalidade do destino, favorecendo 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).

Estudos apontados pelo Ministério da Saúde entre o ano de 1988 e os de Watanabe em 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. Isso, 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 envelhecimento da população torna-se necessário a determinar padrões aceitáveis de saúde bucal para contribuir para um melhor estado geral de saúde e bem-estar (MARIÑO et al., 2013). Portanto, dados epidemiológicos são imprescindíveis para o planejamento, organização e monitorização dos serviços de saúde bucal prestado (SILVA et al., 2011). O objetivo do presente estudo é identificar a auto-percepção da condição da saúde bucal em idosos, não institucionalizados, residentes no município de Governador Valadares – MG.

Revisão da 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 to-

dos os países. Deve-se salientar que esse 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 pré-matura; ao 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).

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 (Ramos et al, 1993).

Projeções demográficas indicaram que de 1980 até o final do século XX cerca de três quartos do aumento da população idosa ocorreram 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 (TERRA, 2001). O IBGE no ano de 2016 publicou que o brasileiro ao nascer espera viver 75,8 anos, mostrando que a expectativa de vida aumentou mais de 30 anos de 1940 a 2016.

A população com 65 anos ou mais, em 1991 era de 4,8%, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010). Dados do censo 2010 (IBGE,

2010) revelam que atualmente o número de indivíduos com 65 anos ou mais é de 14.081.480 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, provoca alteração no perfil da morbidade e causas de mortes desta população, também chamada de transição epidemiológica. Basicamente temos a substituição das doenças infectocontagiosas pelas doenças crônicas degenerativas, as quais não são transmissíveis, mas configuram a 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), a exemplo temos a crise da previdência social no ano de 2015.

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), hipertensão arterial e diabetes mellitus, as quais são as mais frequentes neste grupo.

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 infec-

ciosas 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). Um dos fatores dessa mudança se dá pelo novo estilo de vida adotado.

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 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 de 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 socioeconômico 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, econômicos, pela idade, sexo e renda 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 quadro 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 autoavaliação 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 profissionais de saúde (BIAZEVIC, 2001).

A preocupação da odontologia atualmente, na área da educação em saúde, tem dado ênfase à articulação entre os saberes técnico e leigos, 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, em que 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).

Metodologia

Abordagem e modelo do estudo

Foi adotada nesta investigação uma abordagem quantitativa. Os estudos quantitativos são métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos, reprodutíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000).

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das

populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e interrelação em um determinado momento (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006).

Universo do estudo

Governador Valadares possui 263.689 habitantes (IBGE, 2010), sendo 30,779 idosos, representando 8,6% da população. Há neste município 29 Grupos de terceira idade, de acordo com o Centro de Atenção ao Idoso (CAAI).

Amostra

Foi constituída por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, funcionalmente independentes, participantes de Grupos de terceira idade e residentes no município de Governador Valadares – MG.

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 número 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 foi utilizada na pesquisa.

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

Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de uma entrevista semiestruturada, baseada no protocolo do SB-2000 (BRASIL, 2000). As variáveis incluídas na entrevista tiveram por objetivo conhecer o perfil socioeconômico e a autopercepção em saúde bucal de indivíduos idosos não-institucionalizados, residentes no município de Governador Valadares, Minas gerais. 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 fosse possível alcançar um aceitável grau de veracidade nas respostas. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

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 e Discussão

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 ($dp \pm 6,35$). A idade mínima estabelecida para participar do estudo foi de 60 anos e máxima foi de 84 anos. Quanto à escolaridade 61,1% dos idosos possuem o primeiro grau. Estes dados estão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição das características sócio-demográficas dos idosos estudados (n=162).

Características		Frequência n (%)
Sexo	Feminino	100 (38,3%)
	Masculino	62 (61,7%)
Condição econômica individual	Conta própria	13 (8%)
	Assalariado	7 (4,3%)
	Aposentado	126 (77,8%)
	Do lar	16 (9,9%)
Renda familiar*	Sem renda	10 (6,2%)
	Até 1 SM*	43 (26,5%)
	Até 2 SM*	73 (45,1%)
	Acima de 2 SM*	36 (22,2%)
Situação conjugal	Solteiro	10 (6,1%)
	Casado	84 (51,9%)
	Viúvo	47 (29%)
	Amasiado	21 (13%)
Com quem mora	Esposo (a)	85 (52,5%)
	Filhos	40 (24,7%)
	Sozinho	24 (14,8%)
	Parente	13 (8%)
Situação de trabalho	Aposentado	126 (77,8%)
	Do lar	16 (9,9%)
	Conta própria	13 (8%)
	Assalariado	7 (4,3%)

*SM= 380,00 reais

A atenção para as questões de saúde no processo do envelhecimento tem crescido nas últimas décadas em virtude da crescente população idosa mundial. O aumento da expectativa de vida é considerado uma valiosa conquista humana e social. Um olhar sobre o envelhecimento e a saúde do idoso é um ponto inicial a partir do qual se busca refletir sobre a promoção do envelhecimento saudável e sobre as diretrizes para as políticas de atenção ao idoso.

A maior participação de mulheres encontrada neste estudo provavelmente está relacionada à maior atenção e cuidado dado ao aparecimento de problemas de saúde, com conseqüente aumento pela procura e utilização de atendimento médico/odontológico. Apesar dos homens apresentarem maiores necessidades de cuidado, os mesmos demonstram acomodação e

aceitação diante do processo de envelhecimento e dos problemas de saúde. Já as mulheres apresentam maior flexibilidade e dinamismo em relação ao envelhecimento, buscando sempre que possível sanar as demandas cotidianas de saúde (BULGARELLI; MANÇO, 2008). A maior presença do sexo feminino neste estudo também pode estar associada ao fenômeno da “feminização da velhice”, ou seja, as mulheres representam a maioria da população idosa mundial, com diferença na expectativa de vida entre os gêneros. Em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens (IBGE, 2005).

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

A maior parte da renda dos idosos pesquisados provém da aposentadoria, verificando-se uma baixa proporção de idosos sem rendimento (6,2%). O dado em questão pode ser resultado da ampliação da cobertura da previdência e da legislação da assistência social estabelecida pela Constituição de 1988, que garante aos idosos carentes maiores de 65 anos um salário mínimo mensal (BRASIL, 1997). Uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida. Problemas financeiros podem reduzir o bem-estar em idosos, atuando como fator de risco à saúde. Quanto menor o poder aquisitivo, menor é o acesso aos serviços de saúde bucal e à informação (FREEMAN, 2002). Uma renda maior pode refletir diretamente no envelhecimento ativo, pois permite uma autonomia financeira frente às necessidades de saúde, sociais e alimentares.

A condição de residir com alguém foi observada na maioria dos idosos. Este fato pode significar que ter o outro que escuta, ampara, troca experiência, cuida durante os problemas do dia a dia pode auxiliar o idoso a ser realmente um indivíduo que vive dignamente seu processo de envelhecimento dentro de um contexto social considerado essencialmente importante para uma boa qualidade de vida. Uma vez que em determinado momento, a idade avançada pode trazer algum prejuízo para a vida desses indivíduos. Esses dados refletem os padrões de solidariedade sócio-cultural, além de ser uma condição de sobrevivência econômica das famílias nos dias atuais. De acordo com Jorge et al. (2001) no Brasil, a maioria dos idosos vivem em domicílio multigeracionais e são cuidados por suas famílias, sendo centrado nas mulheres.

As condições de autopercepção em saúde bucal estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2- Distribuição da autopercepção em saúde bucal dos idosos estudados (n=162).

Características		Frequência n (%)
Saúde Bucal	Ruim	34 (21,1%)
	Regular	49 (30,4%)
	Boa	70 (43,5%)
Aparência bucal	Ruim	65 (40,6%)
	Regular	34 (21,1%)
	Boa	62 (38,3%)
Mastigação	Ruim	56 (34,8%)
	Regular	39 (24,3%)
	Boa	66 (40,9%)
Fala	Ruim	45 (27,8 %)
	Regular	22 (13,6 %)
	Boa	95 (58,7 %)
Dor nos últimos 6 meses	Sem dor	97 (59,9%)
	Dor moderada	46 (28,4%)
	Muita dor	19 (11,7%)

Neste estudo observou-se que, a autopercepção em saúde bucal foi classificada como boa para 43,5% dos idosos, ou seja, esse dado evidencia uma visão positiva da saúde entre os idosos. A autopercepção em saúde abrange a compreensão que o indivíduo possui sobre o seu estado de saúde, englobando elementos subjetivos relacionados ao seu bem-estar.

Segundo Batista et al. (2012). refere-se à maneira pela qual o sujeito compreende suas próprias atitudes e crenças com base em seu comportamento em determinadas situações, mediadas pelos diversos aspectos de sua saúde física, cognição e capacidade funcional. Esse discernimento baseia-se no conhecimento dessa pessoa sobre o processo saúde-doença, que se encontra interligado às suas experiências anteriores e pelo contexto social, cultural e histórico em que está inserido. A concepção dos pacientes sobre esses componentes físicos e emocionais vão afetar diretamente seu comportamento em relação aos cuidados com a saúde. Afirmam que a razão para muitos não procurarem os serviços odontológicos está relacionado à percepção de que não necessitam de tratamento.

Uma explicação para uma autopercepção boa e uma condição clínica insatisfatória, seria pelo fato de que nos idosos a percepção também pode ser afetada por valores pessoais, como a crença, visto que algumas

dores e incapacidades são inevitáveis nessa idade, o que pode levar a pessoa a superestimar sua condição bucal (COSTA et al., 2010).

No que diz respeito à aparência dos elementos dentais, 40,9% a consideraram boa. Para 40,6% dos entrevistados, a mastigação foi considerada ruim. Estes resultados demonstram que apesar do direcionamento de políticas públicas de saúde para a população idosa atualmente, ainda não é capaz de solucionar a demanda reprimida existente reflexo de décadas de uma odontologia centrada em procedimentos curativos e não conservadores. 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.

Quanto ao relato de sentir dor nos últimos seis meses, 59,9% dos idosos não apresentam nenhuma sintomatologia dolorosa. Segundo Haikal et al. (2011), acredita-se que os idosos se tornam mais tolerantes com os problemas da cavidade bucal que surgem ao longo da velhice, passando a ter valores sociais diferentes, não parecendo se abater ou mesmo se indignar com precárias condições bucais e nem mesmo com as limitações consequentes destas condições. O que realmente os incomoda e é impactante é a relação de dependência inclusive para ir ao dentista, a solidão e a proximidade com a morte, minimizando quaisquer outros problemas. A dor nesta fase é vista como algo natural que é decorrente da idade.

Em relação à fala no presente trabalho, observou que 58,7% dos idosos a classificaram como boa. Para Unfer (2006), as perdas dentárias podem comprometer a mastigação, fonação, a estética e, muitas vezes, a fala.

A exclusão social e a ausência de cuidados em saúde bucal que atinge de forma histórica e contínua aos idosos apontam para a necessidade da reversão de modelos assistenciais, buscando contemplar as reais necessidades da população, o que implica a disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão.

Conclusões

Os idosos na sua maioria consideram que sua saúde bucal é boa, ou seja, possuem uma visão positiva de autopercepção mesmo apresentando edentulismo. Devido à mudança do perfil populacional, a odontologia deve direcionar sua atenção para promoção de saúde

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

O estudo da autopercepção é importante para os profissionais de saúde, visto que possibilita direcionar a atuação do cirurgião dentista para melhor atender as necessidades sentidas pelos idosos, além de ser um importante meio para avaliar o que o indivíduo preconiza.

O conhecimento sobre autopercepção da saúde da população, no campo da Odontologia, é importante para entender o comportamento das pessoas e como estas avaliam suas necessidades, de forma a ajudá-las na adesão a comportamentos saudáveis. Por sua vez, em relação aos idosos, esse conhecimento ainda é mais importante, levando em conta 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 questões econômicas.

Referências

BATISTA, M. J. et al. Treatment needs and self-perception of oral health among adolescents. **RGO – Rev. Gaúch. Odontol.** 2012; 60(3):289-296.

BENEDETTI, T. R. B.; MELLO, A. L. S. F. de; GONCALVES, L. H. T. Idosos de Florianópolis: auto percepção 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. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo: **Revista dos Tribunais**; 1997.

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. **Odontogeriatría: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 481p.

BULGARELLI, A.F.; MANÇO, A.R.X. Idoso vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva** 2008;13:1165-74.

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

COSTA, E. H. M.; SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA, A.P.G.F. Autopercepção da condição de saúde bucal e m idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 6, p.2925-2930, 2010.

FREEMAN, R. (2002). Social exclusion, barriers and accessing dental care: thoughts on planning responsive dental services. **Braz. J. Oral Sci.**, 1 (1), 34-39.

HAIKAL, D.S. et al. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3317-3329, 2011.

HENRIQUES, C. et al. Auto percepção 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). Projeções preliminares de população. 1980 – 2020. **Departamento de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro, 1995. 22p.**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2000 – **Resultados do universo. 2000**. Disponível < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo_2000.> Acesso em 10/05/02.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais 2004**. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010 – <http://www.brasil.gov.br/governo/2010/11/ibge-divulgados-preliminares-do-censo-2010> > Acesso em 26/04/2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções Governador Valadares. 2016**

- 2017 <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama>> Acesso em 26/04/2018

JORGE, M.H.P.M. et al. **A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999**. OPAS/OMS, 2001

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.

MARIÑO, R. et al. Self-assessed oral-health status and quality of life of older Chilean. **Arch Gerontol Geriatr**. 2013;56(3):513-7.

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.

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

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.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**, 3 ed, São Paulo: Editora Mc Graw

– Hill, 2006.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

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.

SILVA, S. R. C. da and; 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, D. D. da; SOUSA, M. da L. R. de and; 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 DD, Held RB, TORRES SVS, SOUSA MLR, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saude Publica*. 2011;45(6):1145-53.

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, 2000.