Investigação Científica

Autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde bucal de idosos em Fortaleza, Ceará

Self-perceived quality of life related to the oral health of the elderly in Fortaleza, Ceará

> Gemakson Mikael Mendes* Jéssica Soares de Sousa** Raul Anderson Domingues Alves da Silva** Walda Viana Brigido de Moura**** Rômulo Rocha Regis***** Ana Karine Macedo Teixeira******

Resumo

Objetivo: avaliar a autopercepção da qualidade de vida e sua associação com as condições de saúde bucal de idosos institucionalizados e não institucionalizados. Método: estudo epidemiológico, transversal, tendo como público-alvo idosos com mais de 60 anos de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (Ilpi) (n=23) e de um grupo de convivência de idosos (n=22), ambos localizados em Fortaleza, CE. Para a análise da autopercepção em saúde bucal, foi utilizado o índice Geriatric Oral Health Index (GOHAI). Para avaliar o nível de dependência, foi aplicado o Índice de Barthel, já para analisar o estado cognitivo, utilizou-se o teste de Pfeiffer. Resultados: a pontuação média dos valores do índice GOHAI foi de 32,6; entretanto, foi percebido um alto número de edêntulos, já que apenas 17,7% da amostra possuía 20 dentes ou mais na boca. Percebeu-se que os idosos analfabetos e aqueles que utilizavam prótese total inferior estavam mais satisfeitos com a sua saúde bucal, enquanto que outros fatores socioambientais não apresentaram valores estatisticamente significantes. Conclusão: a autopercepção é um conceito variável e subjetivo, que nem sempre representa as reais necessidades clínicas do indivíduo.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Idosos. Saúde bucal. Autoimagem.

http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v25i1.10151

Graduado em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. Graduada em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Mestre em Odontologia. Professor do Curso de Odontologia da Faculdade Paulo Picanço, Fortaleza, Ceará, Brasil. Professor do Curso de Odontologia, Quixadá,

Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

[&]quot;"Doutor em Reabilitação Oral. Professor do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

[&]quot;""Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Introdução

A saúde bucal é parte integrante da saúde geral e, como tal, está diretamente associada à qualidade de vida e ao bem-estar. Por isso, muitos pesquisadores preferem relacionar a definição de saúde à qualidade de vida, ampliando o conceito tradicional da Organização Mundial de Saúde, que define a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças e enfermidades¹.

Já a qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação existencial e se relaciona com fatores culturais dos elementos que determinada sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, passando a ser relativa e passível de modificação de acordo com o contexto social^{2,3}.

Além disso, a mudança de paradigma do modelo biomédico para o socioambiental permitiu que o entendimento de saúde fosse ampliado, passando a abranger aspectos importantes da vida dos indivíduos. Passou, então, a ser definido como a "experiência subjetiva de uma pessoa em relação ao seu bem-estar funcional, social e psicológico"⁴, ou seja, a experiência individual e suas consequências no dia a dia desempenhariam um papel fundamental na autopercepção dos indivíduos acerca da sua saúde.

Contudo, a forma de avaliar a saúde bucal de determinada população é tradicionalmente realizada por meio de pesquisas clínicas quantitativas voltadas ao diagnóstico das condições de saúde de determinada população. Tais pesquisas utilizam-se de indicadores clínicos como presença de lesões de cárie, ausência de dentes, etc., entretanto, tais informações, quando tratadas isoladamente, não documentam todo o impacto das desordens bucais em pacientes e populações. Ao se restringir as informações aos indicadores clínicos, por exemplo, perdem-se aspectos sobre o funcionamento da cavidade bucal ou sobre as suas repercussões sociais²⁻⁶.

Os indicadores epidemiológicos são, portanto, limitados, no que dizem respeito à avaliação do impacto das doenças na vida dos indivíduos e o quanto elas afetam a sua capacidade de desempenhar suas atividades. Porém, parâmetros que analisam a autopercepção expressam melhor como a rotina do indivíduo e da população em geral está sendo afetada⁶.

As informações sobre a autopercepção do indivíduo acerca dos impactos das condições bucais na sua vida são coletadas por meio de questionários que podem ser utilizados em estudos populacionais ou como complemento de medidas clínicas habituais. Há vários exemplos desses questionários validados na literatura, e a sua escolha deve se basear em informações do público-alvo e nos objetivos da pesquisa. Uma dessas medidas é o The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), um índice criado para avaliar as limitações bucais e a satisfação com a saúde bucal do público idoso^{7,8}.

O crescimento do número de idosos no Brasil e no mundo passou a ser uma realidade que desafia as políticas de saúde e aponta a necessidade de investimentos que assegurem o bem-estar e a qualidade de vida da população idosa⁹⁻¹¹. Além disso, embora ocorra o crescimento desse grupo, os dados epidemiológicos revelam a condição de saúde bucal precária encontrada nessas pessoas¹⁰. Por isso, torna-se importante a realização de avaliações que vão além das condições de saúde dessa população e entendam outros fatores que se envolvem no seu processo de saúde e doença.

Assim, faz-se necessário avaliar os níveis de autopercepção desse público acerca da sua saúde bucal, para que sejam adotadas medidas de educação e promoção de saúde eficazes^{4,12,13}. Portanto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a autopercepção da qualidade de vida e sua associação com as condições de saúde bucal de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Metodologia

Realizou-se um estudo epidemiológico, transversal, com um público-alvo composto por idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (Ilpi) e idosos que participavam de um grupo de convivência para idosos da comunidade, localizados em Fortaleza, Ceará. A amostra foi selecionada por conveniência e composta por 23 idosos institucionalizados e 22 idosos que vivem na comunidade.

Foram incluídos na pesquisa os idosos (com 60 anos ou mais) que estavam presentes na Ilpi ou no encontro do grupo de convivência na ocasião da aplicação dos questionários e das avaliações clínicas e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os idosos em processo de cuidados paliativos e/ou considerados desorientados e agressivos no momento da realização da pesquisa. Além disso, foram retirados da pesquisa os idosos que não possuíam um grau satisfatório de cognição para responder o GOHAI.

A coleta dos dados foi realizada por três duplas de examinadores/entrevistadores e anotadores que foram submetidos a um processo de treinamento e calibração para assegurar padrões uniformes na pesquisa, garantindo a esta maior confiabilidade e rigor científico. O valor do Coeficiente de Kappa variou de 0.66 a 1 entre os examinadores, o que é considerada boa calibração.

Foram coletadas informações sobre aspectos sociodemográficos, como: sexo, idade, escolaridade, renda e atendimento odontológico. Além disso, os idosos foram avaliados quanto ao seu estado de saúde (nível de dependência, grau de cognição e número de doenças sistêmicas diagnosticadas). Em caso de impossibilidade de responder essas questões, os cuidadores ou responsáveis pelo abrigo eram consultados, assim como os registros e prontuários oficiais dos idosos na instituição.

O exame bucal foi realizado com espelhos bucais e sondas periodontais tipo OMS, previamente esterilizados, gaze e equipamento de proteção individual (EPI). Os participantes foram examinados sentados em um ambiente claro, e os examinadores utilizaram uma lanterna de cabeça do mesmo modelo para todos. Os idosos que não conseguiam se sentar foram examinados deitados, visando ao conforto destes.

A condição de saúde bucal e os critérios de avaliação tiveram como base o modelo do Projeto SB Brasil 2010^{14,15}, que incluiu a aferição da cárie dentária por meio do índice CPO-D (indicando o número de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados).

Para análise do estado cognitivo, foi utilizado o teste Pfeiffer, composto por 10 questões, recebendo pontuação de 0 a 10, de acordo como o número de erros. Quanto maior o número de

acertos, maior a pontuação, o que representa uma cognição mais preservada. Esse teste permite classificar dentre os idosos aqueles com cognição intacta (0-2 erros), aqueles com declínio leve (3-4 erros), moderado (5-7 erros) e severo (8-10 erros)¹⁶. Para fins estatísticos, os declínios leves e moderados foram unidos em uma mesma categoria nesta pesquisa.

O Índice de Barthel foi utilizado para avaliar a dependência do idoso para realizar 10 atividades básicas da vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, banho, vestimenta, controle de esfíncter, deambulação, passagem da cadeira para a cama, subir e descer escadas¹⁷. Para o presente estudo, foi utilizado o Índice de Barthel modificado¹⁸, que possui pontuação total variando entre 0-100 pontos, em que 100 pontos representam um indivíduo totalmente independente; 99-76 pontos, dependência leve; 50-26 pontos, dependência severa; e 25 pontos ou menos, dependência total. Na análise estatística deste estudo, as dependências leve e moderada permaneceram na mesma categoria.

Por fim, a autopercepção relacionada à saúde bucal foi avaliada pelo índice GOHAI¹¹. O instrumento foi criado para avaliar o impacto das doenças bucais em populações idosas e apresenta 12 perguntas de múltipla escolha, que avaliam nos últimos 3 meses os aspectos funcionais, dolorosos e psicossociais de acordo com as respostas: nunca; algumas vezes; sempre/quase sempre. Optou-se por simplificá-las em sempre, às vezes e nunca – recebendo pontuações 1, 2 e 3, respectivamente. Para as questões positivas, a pontuação é contada de maneira inversa. A soma total dos valores pode variar de 12 a 36 pontos. Quanto maior o valor, melhor é considerada a qualidade de vida do indivíduo relacionada à sua saúde bucal¹¹².

Os dados foram analisados estatisticamente por meio do *software* Statistical Package for Social Science (versão 22.0). Realizou-se análise descritiva para determinar a distribuição das variáveis, enquanto a estatística analítica serviu para comparar as duas populações, sendo estabelecido o nível de significância de 5%. A análise comparativa do índice GOHAI entre os grupos foi feita empregando o teste T de amostras independentes do GOHAI e desvio padrão.

O protocolo da pesquisa cumpriu os preceitos éticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, em investigação com seres humanos, conforme consta na Resolução nº 466/2012 do CNS, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob protocolo nº 02019718.4.0000.5054.

Resultados

O estudo foi realizado com 22 idosos não institucionalizados e 23 idosos institucionalizados, totalizando 45 idosos entre 60 e 95 anos, com uma média de idade de 74 anos, sendo que 30% destes tinham mais de 80 anos. Percebeu-se um número expressivo de idosos do sexo feminino (77,7%). A respeito da renda, 51,1% dos idosos relataram possuir renda menor ou igual a 1 salário mínimo.

Quanto à saúde geral, 68,9% dos idosos possuíam 1 ou mais doenças sistêmicas. Sobre o uso de medicamentos, 24,4% da amostra não fazia uso de nenhum medicamento, enquanto 8,9% faziam uso de polifarmácia, ou seja, utilizavam 5 ou mais medicamentos. Em relação ao grau de dependência, 40% dos avaliados possuíam dependência moderada ou leve, sendo os outros 60% independentes, de acordo com o Índice de Barthel. Já a respeito da cognição, foi visto que 68,8% possuíam cognição intacta, e o restante apresentava algum declínio, de acordo com o teste de Pfeiffer.

Analisando a saúde bucal, percebeu-se que 33,3% da amostra era desdentada total e a média de dentes na boca era de 9,2 dentes. O índice CPO-D apresentou uma média de 26,33. Verificou-se,

ainda, que somente 17,7% da amostra possuía 20 ou mais dentes na boca, o que representa um índice elevado de perda dentária nessa população.

A pontuação média dos valores do índice GOHAI foi de 32,6 (DP=2,6). A Tabela 1 mostra os valores totais por perguntas desse índice na pesquisa e a variação de média delas. Percebeu--se que a questão 7 obteve uma maior variação de média (DP= 0,830) em relação às outras questões. Ainda assim, ao avaliar as questões relacionadas à dimensão de impacto funcional, observou-se que 91,1% da amostra relatou, nos últimos 3 meses, nunca ter diminuído ou mudado o tipo de alimento por causa dos dentes (questão 1). Já 17,8% dos idosos afirmaram que algumas vezes tiveram problemas para mastigar os alimentos nos últimos 3 meses (questão 2), enquanto 6,7% relataram ter sempre tido que mudar o jeito de falar por conta de problemas nos dentes (questão 4). Quanto às respostas relacionadas à dimensão de impacto de dor/ desconforto, 93,3% dos entrevistados afirmaram que nunca precisaram tomar remédios para dor ou desconforto na boca nos últimos 3 meses (questão 8), enquanto 22,2% afirmaram ter sentido algumas vezes um desconforto ao comer algum alimento (questão 5). Já quanto à dimensão de impacto psicossocial, 95,6% dos idosos afirmaram que, nos últimos 3 meses, nunca deixaram de se encontrar com alguém por conta de algum problema na boca (questão 6), assim como nunca evitaram de comer com alguém pelos mesmos motivos (questão 11). Além disso, 57,8% da amostra afirmou que sempre esteve satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca nos últimos 3 meses (questão 7).

Tabela 1 – Distribuição dos valores totais do índice GOHAI e de seus domínios nos grupos da pesquisa, Fortaleza, CE, 2019

Questão	Dimensão de impacto	Sempre/ Quase sempre		Algumas vezes		Nunca		X	DP
		n	%	n	%	n	%	Α	Dr
1	Funcional	2	4,4	2	4,4	41	91,1	2,87	0,457
2	Funcional	4	8,9	8	1 <i>7,</i> 8	33	73,3	2,64	0,645
3	Dor/Desconforto	1	2,2	7	15,6	37	82,2	2,80	0,457
4	Funcional	3	6,7	5	11,1	37	82,2	2,76	0,570
5	Dor/ Desconforto	2	4,4	10	22,2	33	73,3	2,69	0,557
6	Psicossocial	0	0	2	4,4	43	95,6	2,96	0,208
7	Psicossocial	26	57,8	9	20,0	10	22,2	2,36	0,830
8	Dor/ Desconforto	0	0	3	6,7	42	93,3	2,93	0,252
9	Psicossocial	3	6,7	5	11,1	37	82,2	2,76	0,570
10	Psicossocial	2	4,4	3	6,7	40	88,9	2,84	0,485
11	Psicossocial	0	0	2	4,4	43	95,6	2,96	0,208
12	Dor/ Desconforto	2	4,4	4	8,9	39	86,7	2,82	0,490

Fonte: elaboração dos autores.

A Tabela 2 apresenta a média do índice GOHAI segundo as variáveis sociodemográficas, saúde geral, institucionalização e uso de serviço odontológico. Foi observada uma melhor autopercepção da qualidade de vida nos idosos analfabetos em relação àqueles que possuíam ensino fundamental (p=0,003) e os que terminaram ensino médio ou superior (p=0,007). Não se observou diferença na média do GOHAI entre as outras variáveis, inclusive entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Tabela 2 – Média do índice GOHAI segundo as variáveis sociodemográficas, saúde geral, institucionalização e local do uso de serviço odontológico, Fortaleza, CE, 2019

	n	Média GOHAI	DP	р
Sexo				
Masculino	35	33,6	2,68	
Feminino	10	32,3	3,80	0,19
Renda				
Até 1 salário	23	33,3	3,25	
> 1 salário	13	33,3	3,20	0,97
Idade				
Até 69	17	33,1	3,30	
_70 ou +	28	33,5	2,82	0,72
Escolaridade				
Analfabeto	8	35,38	0,74	-
Fundamental	21	33,29	2,72	0,003
Médio/ Superior	16	32,50	3,59	0,007
Institucionalizados				
Sim	23	33,4	3,05	
Não	22	33,3	2,96	0,89
Dependência				
Moderada/ Leve	18	32,7	3,20	
Independente	27	33,7	2,80	0,27
Cognição				
Intacto	31	22,9	3,20	
Declínio	14	34,3	2,20	0,14
Condição sistêmica				
Sem doença	14	32,5	3,79	-
Até 1 doença	15	33,6	2,89	0,38
+ de 1 doença	16	33,8	2,19	0,29
Local de serviço odontológico				
Particular	21	32,9	3,19	-
Público	15	33,8	33,8	0,35
Ilpi	3	30,6	30,6	0,27

Fonte: elaboração dos autores.

No que diz respeito à prótese, na Tabela 3, percebe-se que 73,3% dos idosos faziam uso de algum tipo de prótese superior, sendo que, desses, 48,8% utilizavam prótese total. Já em relação ao uso de prótese inferior, 53% utilizavam alguma prótese e, desses, apenas 22,2% eram usuários

de prótese total. Em relação à necessidade de prótese, de todos os idosos, 51,1% necessitavam de reabilitação oral superior e 77,7%, de reabilitação inferior. Destaca-se, ainda na Tabela 3, que os idosos que possuem prótese inferior total (p=0,02) apresentaram média maior do índice GOHAI, quando comparados com aqueles que não possuíam prótese na arcada inferior. Não foi observada diferença na autopercepção entre os demais aspectos.

Tabela 3 – Média do índice GOHAI segundo o uso e a necessidade de próteses superior e inferior, Fortaleza, 2019

	n	%	Média GOHAI	DP	р	
Uso de prótese superior						
Não usa	12	26,6	32,5	4,05	-	
Prótese fixa / PPR	11	24,4	32,4	3,41	0,93	
Prótese total	22	48,8	34,2	1,66	0,19	
Uso de prótese inferior						
Não usa	21	45	32,7	3,25	-	
Prótese fixa / PPR	14	31,1	33,2	3,06	0,68	
Prótese total	10	22,2	34,9	1,66	0,02	
Necessidade de prótese superior						
Sem necessidade	12	26,6	33,3	3,22	-	
Reabilitação parcial	13	28,8	32,6	3,75	0,71	
Reabilitação total	20	44,4	33,9	2,22	0,59	
Necessidade de prótese inferior						
Sem necessidade	10	22,2	34,3	2,66	-	
Reabilitação parcial	25	55,5	32,8	3,11	0,20	
Reabilitação total	10	22,2	33,8	2,89	0,67	

Fonte: elaboração dos autores.

Discussão

Com o aumento da expectativa de vida vivenciado no Brasil e no mundo, aumentou a parcela da população idosa, em especial aqueles denominados idosos longevos. Tratam-se de indivíduos com mais de 80 anos. Conhecidos como octogenários, idosos mais velhos, ou idosos longevos, os indivíduos dessa parcela da população têm crescido e trazido consigo novos desafios à gerontologia 10,20.

Sob essa perspectiva, o presente estudo evidenciou uma parcela expressiva de idosos longevos. Do total de participantes do estudo, 30% das pessoas possuíam mais de 80 anos. Estimase que, em 2050, as pessoas longevas serão responsáveis por um quinto das pessoas idosas no mundo. No Brasil, esse grupo chegou a 1,7% da

população em 2011, o que corresponde a mais de 3 milhões de idosos²¹.

O aumento da longevidade traz consigo necessidades de atenção a essa população que chega à idade mais avançada muitas vezes acometida por diversas complicações de saúde e vulnerabilidade social. Ainda assim, é preciso que o aumento da longevidade da população seja acompanhado da garantia de uma boa qualidade de vida para esses idosos, entretanto, diante da realidade brasileira, que enfrenta um rápido processo de transição demográfica e epidemiológica, isso representa um desafio adicional ao cuidado adequado às pessoas idosas9-11,20. A mudança do perfil sociodemográfico brasileiro exige atenção e cuidado às novas demandas que o público idoso necessita, como a institucionalização destes no caso de ausência da família ou falta de condições desta para cuidar integralmente do familiar idoso²².

A média GOHAI encontrada neste estudo foi de 32,6, um valor considerado moderado. Da mesma forma, outro estudo obteve índices similares, no qual os pesquisadores perceberam, em sua amostra de 128 idosos, uma média de 33,1 scores²³. Assim como outro estudo, que, por sua vez, obteve uma média de 30 em uma amostra de 43 idosos atendidos em uma universidade do estado do Goiás²⁴. Em outro estudo, observou-se que 226 dos idosos avaliados (53,1%) apresentaram alta percepção da saúde bucal (somatório dos escores ≥ 32) e 199 idosos (46,8%), baixa percepção (somatório dos escores < 32)²⁵. Em contrapartida, em um estudo que avaliou 136 idosos participantes de um centro de convivência, a média global obtida foi de 28,88, classificada como uma percepção de saúde bucal "ruim"26, enquanto outra pesquisa avaliou 613 idosos, obtendo uma média de 33,90²⁷.

Ainda assim, quando observadas separadamente, foi possível perceber que não houve uma variação muito grande na média do GOHAI entre as questões, com exceção da questão 7, que se apresentou com um maior desvio padrão, além da menor expressão no quesito "nunca" e maior no quesito "sempre" entre todas as questões. Esses achados se assemelham com os encontrados em um estudo desenvolvido no município de Contagem, no estado de Minas Gerais²⁸. Entretanto,

é preciso levar em consideração que são atribuídos valores inversos para as respostas na referida questão em seu momento de análise, devido à forma como ela é feita para o idoso. Por isso, a maior expressão da resposta "sempre" nessa questão demonstra uma maior satisfação do idoso com a aparência de sua boca, com uma consequente melhor autopercepção.

No presente estudo, a escolaridade foi o único fator sociodemográfico com valores estatisticamente significantes quando associados à autopercepção de saúde bucal dos idosos, mesma relação encontrada em outros estudos^{27,29}. Os idosos sem escolaridade (analfabetos) apresentaram maior satisfação com a saúde bucal do que os idosos com nível fundamental e médio/superior. Isso sugere a importância desse aspecto para a manutenção da saúde bucal e, no caso deste estudo, para a autopercepção e a qualidade de vida.

A escolaridade possui associação direta com a percepção da necessidade de cuidados bucais e a busca por tratamento odontológico, assim, quanto maior a escolaridade, maior o nível de consciência quanto à necessidade de tratamentos preventivos. Um estudo realizado na China mostrou que idosos com maior nível de escolaridade buscavam mais o tratamento odontológico²⁸. Os achados desta pesquisa também corroboram outro estudo que observou que uma maior qualificação positiva em relação à autopercepção em saúde bucal esteve associada a uma menor escolaridade³⁰.

De acordo com os dados da pesquisa SB-Brasil (2010), o índice médio do CPO-D nacional para a faixa etária de 65-74 anos foi de 27,53. Valores parecidos foram encontrados na amostra desta pesquisa, em que a média CPO-D achada foi de 26,33. Um valor semelhante foi encontrado em outros dois estudos^{27,31}, que obtiveram índices de 24,3 e 29,2, respectivamente. Apesar dos altos índices de CPO-D encontrados nos estudos mencionados, em todos eles os idosos demonstraram-se satisfeitos com a sua saúde bucal.

Em outro estudo, para 75,7% dos idosos sua autopercepção em saúde bucal foi considerada ótima ou boa, embora 95,7% desses entrevistados tenham afirmado ter pouco ou nenhum dente³⁰. Tal discordância deve-se ao fato de que muitos idosos possuem uma aceitação passiva da dete-

rioração da condição bucal, ao passo em que naturalizam o edentulismo nessa fase da vida^{12,30-32}. Ainda assim, os sintomas dolorosos, por interferirem mais nas atividades diárias dos indivíduos, eram mais facilmente reconhecidos e associados a uma má percepção de saúde bucal, e o fato de não possuir mais dentes significa a ausência de dorl³³. Além disso, os idosos percebem a sua saúde bucal diante de sintomas como dor ou de problemas que afetam a mastigação ou a estética⁴. Adicionalmente, os indivíduos desdentados totais apresentam menor percepção da necessidade de tratamento odontológico³⁰.

Já em relação ao número de dentes, neste estudo, a média dos dentes presentes na boca era de 9,2, enquanto que apenas 17,7% da amostra possuía 20 dentes ou mais, um número inferior àquele preconizado pela OMS e pela Federação Dentária Internacional, que reforçam a importância da manutenção de no mínimo 20 dentes na boca como condição de dentição funcional. A presença de dentes na boca é um fator importante para a determinação da percepção subjetiva da saúde bucal¹⁰.

Com um número pequeno de dentes, a população pesquisada necessitava de algum tipo de reabilitação protética. Logo, com relação ao uso e à necessidade de próteses, aqueles que utilizavam prótese total inferior apresentaram maior índice GOHAI, enquanto que aqueles que não utilizavam próteses totais inferiores relataram menores índices. Isso corrobora um estudo em que a necessidade de prótese inferior foi identificada como um fator associado à baixa percepção de saúde bucal²⁵.

Um estudo constatou que o uso de prótese total removível nos dois arcos associou-se a maiores índices GOHAI, especialmente para as dimensões dor/desconforto e psicossocial³⁴. Outra pesquisa apontou os piores indicadores do índice GOHAI para os idosos com necessidade de prótese³⁵. Ainda, um estudo verificou que houve uma melhoria na autopercepção de idosos que obtiveram reabilitação protética³⁶. Entretanto, em alguns estudos, apesar do alto índice de edentulismo, os idosos não relataram dificuldade para exercer as funções mastigatórias. Acredita-se que essa falta de percepção, provavelmente, deva-se

à adaptação da alimentação e à utilização de próteses³⁴⁻³⁷.

Os idosos entendem a perda dos dentes bem como o adoecimento destes como parte do processo normal do envelhecimento^{30,37}. Já a ausência de dentes não é vista como problema de saúde bucal pelos idosos³⁷.

A qualidade de vida relaciona-se à satisfação em vários contextos, como na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Esse termo abrange muitos significados que refletem aspectos e valores individuais e coletivos. No que concerne à saúde, as noções de qualidade de vida se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece²⁻⁵. A qualidade de vida é um conceito subjetivo que se relaciona ao bem--estar pessoal e à autoestima, abarcando diversos aspectos, tais como: a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive^{3-5,30,38}.

Por isso, devido ao seu aspecto subjetivo, frequentemente, muitos indivíduos estão satisfeitos com a sua saúde bucal, ainda que os aspectos clínicos apontem uma saúde bucal precária, com presença de necessidades de tratamento odontológico urgente e reabilitações. Assim como percebido no presente estudo, em diversos outros trabalhos^{6,10,12,22,37} houve uma discrepância entre as condições de saúde bucal avaliadas por profissionais e a satisfação dos idosos com a sua própria saúde.

Outro aspecto importante a ser considerado na autopercepção de idosos acerca da sua saúde bucal é a falta de priorização das necessidades orais. Os indivíduos que se encontram em situações socioeconômicas desfavorecidas, que talvez não possuam as suas necessidades básicas satisfeitas em diversas áreas da vida, podem não incluir a saúde bucal como uma de suas prioridades 6,34-36,38. Muitos idosos são resignados com a sua situação bucal precária. O conformismo percebido nesse público, aliado à falta de esperança de melhora pelo difícil acesso ao atendimento

odontológico, faz com que esse público acabe percebendo sua saúde de maneira positiva^{37,38}.

Vale ressaltar que o presente estudo teve algumas limitações, como a reduzida quantidade de idosos participantes da amostra. Além disso, a população institucionalizada residia em uma Ilpi feminina de caráter particular, o que permitiu haver mais indivíduos com uma renda que possibilitasse o acesso ao tratamento odontológico e, consequentemente, à manutenção de dentes e à reabilitação protética em muitos casos, o que pode justificar a semelhança com o grupo de idosos não institucionalizados.

Conclusão

O estudo revelou uma moderada satisfação dos idosos com a sua saúde bucal, sendo percebido um alto índice de edentulismo. Os idosos analfabetos pareceram estar mais satisfeitos com a sua condição bucal, em relação àqueles com alguma escolaridade. Além disso, o uso de prótese inferior também se relacionou positivamente a uma melhor autopercepção em saúde. Observou-se que a autopercepção e a qualidade de vida são conceitos subjetivos e que podem variar de acordo com a idade e com os valores coletivos e individuais. Os achados deste estudo sugerem que melhores estratégias de promoção de saúde bucal devem ser desenvolvidas, a fim de proporcionar a valorização do autocuidado e melhorar a percepção das pessoas sobre a sua saúde e a consequente melhoria da qualidade de vida.

Abstract

Objective: evaluate the self-perception of oral health-related quality of life of institutionalized and non-institutionalized elderly. Method: A cross-sectional epidemiological study was carried out, targeting elderly people over 60 years old from a long-term care institution - LSIE (n = 23) and from an elderly living group (n = 22), both located in Fortaleza - CE. For the analysis of self-perception in oral health, the GOHAI (Geriatric Oral Health Index) index was used. To assess the level of dependence, the Barthel test was applied, while the Pfeiffer test was used to analyze cognitive status. Results: The average score of the GOHAI index values was 32.6; however, a high number of eden-

tulous was observed, as only 17.7% of the sample had 21 or more teeth in the mouth. It was noticed that illiterate elderly and those who used lower total prosthesis were more satisfied with their oral health while other socioenvironmental factors did not present statistically significant values. Conclusion: that self-perception is a variable and subjective concept that does not always represent the real clinical needs of the individual.

Keywords: Quality of life. Aged. Oral health. Self concept.

Referências

- Díaz-Cárdenas S, Tirado-Amador L, Tamayo-Cabeza G. Impacto de la sonrisa sobre calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral 2018; 11(2):78-83.
- Gutiérrez Quiceno B, Calzada Gutiérrez M T, Fandiño-Losada, A. Cultural adaptation and validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index-GOHAI-Colombian version. Colombia Médica 2019; 50(2):102-14.
- Luz DCRP, Sampaio JRF, Barros ÉLD, de Santana WJ. Qualidade de vida: um desafio para as ciências. Revista e-ciência 2016; 4(1):3-5.
- Fracasso LM, Maia CF, Nunes LS. A autopercepção de saúde bucal de idosos brasileiros condiz com suas condições clínicas orais? Health Sci Inst 2018; 36(1):71-06.
- Petry J, Lopes AC, Cassol K. Autopercepção das condições alimentares de idosos usuários de prótese dentária. CoDAS 2019; 31(3):e20180080.
- Costa MJF, Lins CADA, Macedo LPVD, Sousa VPSD, Duque JA, Souza MCD. Clinical and self-perceived oral health assessment of elderly residents in urban, rural, and institutionalized communities. Clinics 2019; 74:e972.
- Osman SM, Khalifa N, Alhajj MN. Validation and comparison of the Arabic versions of GOHAI and OHIP-14 in patients with and without denture experience. BMC Oral Health 2018; 18(1):157.
- Aguirre-Bustamante J, Barón-López FJ, Carmona-González FJ, Pérez-Farinós N, Wärnberg J. Validation of a modified version of the Spanish Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-SP) for adults and elder people. BMC Oral Health 2020; 20(1):1-11.
- Oliveira ATRD. Envelhecimento populacional e políticas públicas: desafios para o Brasil no século XXI. Espaço Econ 2016; 4(8):2-21.
- Milagres CS, Tôrres LHDN, Neri AL, Sousa MDLR. Condição de saúde bucal autopercebida, capacidade mastigatória e longevidade em idosos. Ciência & Saúde Coletiva 2018; 23:1495-1506.
- Veras R. É possível, no Brasil, envelhecer com saúde e qualidade de vida? Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2016; 19(3):381-2.
- 12. Rosendo RA, Sousa JNL, Abrantes JGS, Cavalcante ABP, Ferreira AKTF. Autopercepção de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. Revista Saúde & Ciência Online 2017; 6(1):89-102.
- 13. Pinheiro Bezerra IM, Esposito Sorpreso IC. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano 2016; 26(1):1-10.

- 14. Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais/Ministério da Saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2012.
- Brasil. Projeto SB 2010: Condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2010. Manual do Coordenador Municipal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. Journal of the American Geriatrics Society 1975; 23(10):433-41.
- 17. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965; 14:61-5.
- Cincura C, Pontes-Neto OM, Neville IS, Mendes HF, Menezes DF, Mariano DC, et al. Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: the role of cultural adaptation and structured interviewing. Cerebrovascular Diseases 2009; 27(2):119-22.
- 19. Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. J Dent Educ 1990; 54(11):680-6.
- Longevidade: bônus ou ônus? [editorial]. Ciênc saúde colet 2019; 24(1):4.
- 21. Fernandes DDS, Gonçalves LHT, Ferreira AMR, Santos MIP-DO. Avaliação da capacidade funcional de idosos longevos amazônidas. Revista Brasileira de Enfermagem 2019; 72:49-55.
- Melo LAD, Sousa MDM, Medeiros AKBD, Carreiro ADFP, Lima KCD. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde bucal em idosos institucionalizados. Ciência & Saúde Coletiva 2016; 21:3339-46.
- Mendes MSS, Chester LN, Fernandes dos Santos JF, Chen X, Caplan DJ, Marchini L. Self-perceived oral health among institutionalized older adults in Taubate, Brazil. Spec Care Dentist 2020; 40:49-54.
- 24. Rodrigues FBP, da Hora PVB, dos Santos RRL, de Oliveira Ribeiro RM, dos Reis LBM, Pina GDMS. Avaliação da Autopercepção da Saúde Bucal na Qualidade de Vida dos Idosos da UniATI. Sci Invest Dent 2018; 23:7-11.
- Vale MJLC, Flório FM, Zanin L, Ambrosano GMB, Santos RB. Autopercepção de idosos de Teresina-PI sobre saúde bucal e fatores associados. Arquivos em Odontologia 2016; 52(1):46-56
- Kreve S, D'Ávila GC, Santos LO, dos Reis AC. Autopercepção da saúde bucal de idosos. Clin Lab Res Den 2020; 1(1):1-9.
- Rebelo MAB, Cardoso EM, Robinson PG, Vettore MV. Demographics, social position, dental status and oral health-related quality of life in community-dwelling older adults. Quality of Life Research 2016; 25(7):1735-42.
- 28. Shao R, Hu T, Zhong YS, Li X, Gao YB, Wang YF, et al. Socio-demographic factors, dental status and health-related behaviors associated with geriatric oral health-related quality of life in Southwestern China. Health and quality of life outcomes 2018; 16(1):98-107.
- Fonseca PHA, Almeida AM, Silva AM. Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada. RGO 2011; 59(2):193-200.
- Nogueira CMR, Falcão LMN, Nuto SDAS, de Lima Saintrain MV, Vieira-Meyer APGF. Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2017; 20(1):7-19.
- Lasta R, Devilla A, Simoni V, Foralosso JC, Kellermann MG, Marcon S, et al. Perfil de saúde bucal dos participantes de um programa de convivência de idosos em Santa Catarina, Brasil. Revista de Odontologia da UNESP 2019; 48(1):e20190061.

- 32. Rosa RW, Samot J, Helmer C, Pourtau G, Dupuis V, Fricain JC, et al. Important oral care needs of older French people: A cross-sectional study. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2020; 68(2):83-90.
- Saliba TA, Ortega MM, Goya KK, Moimaz SAS, Garbin CAS. Influence of oral health on the quality of life of institutionalized and noninstitutionalized elderly people. Dental Research Journal 2018; 15(4):256.
- 34. Yen YY, Lee HE, Wu YM, et al. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. BMC Oral Health 2015; 15(1):1.
- Rekhi A, Marya CM, Nagpal R, Oberoi SS. Assessment of oral health related quality of life among the institutionalized elderly in Delhi, India. Oral Health Prev Dent 2018; 16:59-66.
- 36. Bonnet G, Batisse C, Segyo JW, Veyrune JL, Nicolas E, Bessadet M. Influence of the renewal of removable dentures on oral health related quality of life. Springerplus 2016; 5(1):1-8.
- Souza LFFD, Silva LED, Scelza Neto P. Protocolo de avaliação da mastigação do idoso. Rev Bras Geriatr Gerontol 2019; 22(5):e190045.
- Amaral RM do, Araujo TLC de, Amaral RC do. Percepção dos idosos não institucionalizados em relação à saúde bucal. J Health Sci Inst 2019; 37(2):119-22.

Endereço para correspondência:

Raul Anderson Domingues Alves da Silva Rua Monsenhor Furtado, 1273, Rodolfo Teófilo CEP 60430-355 – Fortaleza, CE Telefone: (85) 33668232 / (88) 999465378 E-mail: raulanderson_alves@hotmail.com

 $Recebido: 02/11/19.\ Aceito: 22/05/20.$