

## AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE BUCAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

*Rosendo, RA<sup>1</sup>; Sousa, JNL<sup>1</sup>; Abrantes, JGS<sup>2\*</sup>; Cavalcante, ABP<sup>2</sup>; Ferreira, AKTF<sup>2</sup>*

1. Docentes do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). \*Correspondência: Rua do Prado, N°369, APT. 606, Centro, CEP. 58700-100 Patos PB. *E-mail*: joannasarmentoa@gmail.com.

2. Discentes do Curso de Odontologia da UFCG.

### RESUMO

A expectativa de vida da população vem se tornando cada vez mais elevada de forma que, vários estudos têm sido desenvolvidos de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida na terceira idade. O presente estudo teve como objetivo conhecer a autopercepção de saúde bucal de idosos e verificar a influência que a mesma exerce no cotidiano desses indivíduos. Foi realizada uma revisão de literatura, tendo sido consultadas publicações nacionais e internacionais disponíveis nas bases de dados Bireme, Lilacs, Google acadêmico, Pubmed e no Scielo, nos últimos 20 anos. Foram incluídos os estudos que avaliaram a autopercepção da saúde bucal através do Índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index – Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica) composto de doze perguntas divididas em três dimensões: funcional, psicossocial e dor. No presente trabalho, foram observadas diferenças estatísticas significantes do GOHAI, considerando o gênero, o estado civil e a necessidade de prótese como fatores que influenciam a percepção da saúde bucal. Os resultados mostraram a importância da autopercepção da saúde bucal pelos idosos, reforçando a necessidade de políticas de promoção de saúde voltadas para a terceira idade, no intuito de disseminar informações sobre saúde bucal, bem como ações reabilitadoras visando uma maior autonomia e uma melhor qualidade de vida.

**Palavras-chaves:** Autopercepção. Qualidade de vida. Saúde bucal.

## SELF-PERCEPTION OF THE ORAL HEALTH AND ITS IMPACT IN ELDERLY PEOPLE'S LIFE QUALITY: A LITERATURE REVIEW

### ABSTRACT

The life expectancy of the population is increasingly higher, so that several studies have been developed in order to contribute to the improvement of the quality of life of the elderly. The present study had as its objective to understand the self-perception of oral health of the elderly and verify its influence on the daily life of these individuals. A review of the literature was carried out in national and international publications available in the Bireme, Lilacs, Academic Google, Pubmed and Scielo databases from the last 20 years. We included the studies that evaluated the self-perception of oral health through the GOHAI Index (Geriatric Oral Health Assessment Index) composed of twelve questions divided into three dimensions: functional, psychosocial and pain. In the present study, significant statistical differences from GOHAI were observed, considering gender, marital status and the need for prosthesis as factors that influence the perception of oral health. The results show the importance of self-perception of oral health by the elderly, reinforcing the need for health promotion policies aimed at the elderly, in order to disseminate information about oral health, as well as rehabilitation actions aiming at greater autonomy and better quality of life.

**Keywords:** Self-perception. Quality of life. Oral health.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenômeno ocorreu, inicialmente, em países desenvolvidos e tem ocorrido de forma mais acentuada, recentemente, nos países em desenvolvimento. No Brasil, o número de idosos acima de 60 anos de idade passou de três milhões em 1960 para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, representando um aumento de 500% em quarenta anos. Estima-se que esse número alcançará 32 milhões em 2020 <sup>(1)</sup>.

Santos et al. <sup>(2)</sup> afirmam que o envelhecimento é característica inexorável da humanidade, entretanto, envelhecer bem é a meta cotidiana a ser promovida pelos profissionais de saúde nos diferentes campos de atuação, independente do gênero, idade, raça ou posição social.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) não tem adequada estrutura, nem é suficiente para absorver a demanda por atenção em saúde bucal da população de

faixas etárias mais avançadas. Esse é um dos motivos pelos quais dentes que poderiam ser recuperados são extraídos, uma vez que tal alternativa é considerada a mais prática e também, a mais econômica. A maior parte das pessoas que perdem os dentes vê-se impossibilitada de recompor as perdas por meio de próteses, principalmente devido à falta de recursos financeiros <sup>(3)</sup>.

Sendo assim, para que as transformações na terceira idade no contexto da saúde bucal sejam satisfatórias, faz-se necessário o estabelecimento de um plano de ação baseado na condição de saúde bucal e nas necessidades de tratamento da população idosa. Esse plano de ação deve conter um rol de serviços de saúde voltados para esta faixa etária, incluindo atividades educacionais permanentes, procedimentos preventivos, restauradores e de reabilitação. Para que se obtenha maior eficácia nas ações de saúde bucal para o idoso, é imprescindível o conhecimento da autopercepção dos idosos em relação aos impactos das condições de saúde bucal na qualidade de vida <sup>(4)</sup>.

O índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index – Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica) é um instrumento mundialmente utilizado que foi validado e traduzido para o português por Carvalho et al. <sup>(5)</sup>. A avaliação da qualidade de vida através do GOHAI permite perceber a aptidão de funcionamento de um indivíduo, em toda a sua rotina, e a forma como ele próprio compreende todo o seu bem-estar melhorando, deste modo, a decisão clínica e providenciando melhores cuidados de saúde bucal.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Este estudo reporta uma revisão de literatura que teve como objetivo conhecer a autopercepção de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida de idosos através do índice de GOHAI. As buscas foram realizadas em artigos publicados no período entre 1993 e 2013 nas bases eletrônicas de dados: Bireme, Lilacs, Google acadêmico, Pubmed e no Scielo. As publicações foram em língua portuguesa e inglesa, empregando as seguintes palavras-chave: autopercepção, qualidade de vida, saúde bucal dos idosos e GOHAI.

Os critérios de inclusão foram artigos que abordaram a saúde bucal do idoso, qualidade de vida e autopercepção de saúde bucal em idosos com 60 anos ou mais de idade através do índice de GOHAI. Como critérios de exclusão foram rejeitados artigos que abordaram a autopercepção em idade inferior a 60 anos, que utilizaram outros

índices para a avaliação da autopercepção e artigos que não atendiam aos objetivos desta revisão.

## REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Souza et al. <sup>(6)</sup>, entre todas as definições existentes, a que melhor satisfaz é aquela que conceitua o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam levando à morte.

Chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora resumida dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma justa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos. O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas <sup>(7)</sup>.

A expectativa de vida a partir dos 60 anos aumentou, no período de 1999 a 2003, em todas as faixas de idade, tanto para homens quanto para mulheres. Entretanto, a expectativa de vida das mulheres excede a dos homens e este fato explica, em parte, devido à maior proporção de mulheres idosas em relação aos homens. Em 2006, no país como um todo, a expectativa de vida das pessoas de 60 anos era de 19,3 anos para os homens e de 22,4 anos para as mulheres. Entre os idosos de 80 anos ou mais, a expectativa de vida das mulheres excede, também, a dos homens: 9,8 anos e 8,9 anos, respectivamente <sup>(8)</sup>.

O fato da expectativa de vida no Brasil ter aumentado significa que a população está envelhecendo. Isto ocorre, dentre outros motivos, pela melhoria nas condições básicas de vida e pelo avanço técnico-científico. O aumento de idosos na população brasileira requer uma atenção diferenciada de diversos setores da sociedade, especialmente dos profissionais da saúde <sup>(9)</sup>.

O tratamento do paciente idoso se diferencia do tratamento da população em geral, devido às mudanças fisiológicas durante o processo de envelhecimento natural, da presença de doenças sistêmicas crônicas e da alta incidência de deficiências físicas e mentais nesse segmento da população <sup>(10)</sup>.

Durante o processo de envelhecimento humano constata-se grandes alterações fisiológicas e metabólicas em órgãos, paredes e tecidos, ocorrendo com isso processos clínicos muitas vezes irreversíveis <sup>(11)</sup>.

A cavidade bucal apresenta mudanças decorrentes do envelhecimento relacionado ao funcionamento normal e/ou patológico de suas estruturas. A maior parte das alterações é observada em consequência das manifestações de doenças sistêmicas, deficiências nutricionais, efeitos colaterais pelo uso dos fármacos, repercutindo no funcionamento dos tecidos periodontais, na dentição, nas glândulas salivares e mucosas orais <sup>(12)</sup>.

Silva et al. <sup>(13)</sup> e Pucca Jr. et al. <sup>(14)</sup> encontraram alterações bucais em idosos como a cárie dentária, as doenças periodontais, as abrasões, a presença de lesões, o câncer bucal e a perda de grande número de dentes.

Dos problemas bucais existentes no paciente idoso, o edentulismo é um dos mais frequentes. A perda da dentição permanente exerce influência sobre a mastigação e, conseqüentemente, na digestão, bem como na pronúncia e na estética, provocando uma alteração na escolha e preparação da dieta, o que leva o indivíduo a se alimentar mais de alimentos de fácil mastigação, de consistência pastosa e rica em carboidratos. Isso ocasiona um aumento na massa corpórea e, por conseguinte, o surgimento de doenças sistêmicas associadas à obesidade, como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, depressão e outras <sup>(15-17)</sup>.

Além de influenciar na mastigação, alguns problemas psicológicos têm sido relatados devido à saúde bucal precária, tais como depressão por ausência de elementos dentais (reflexos na auto-imagem e na auto-estima), sintomas de desadaptação, com prejuízos nos relacionamentos social, familiar, amoroso e profissional <sup>(18)</sup>.

Com isso, se faz necessário conhecer as alterações fisiológicas e patológicas que acometem o organismo do paciente idoso, bem como os aspectos psicossociais de interesse para este indivíduo. O papel da odontologia em relação a essa faixa populacional é de manter os pacientes em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal nem repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico do indivíduo <sup>(15)</sup>.

As ações produzidas pelo setor saúde, ainda centradas em práticas assistenciais clínico-individuais, de resposta à demanda espontânea, não se mostram suficientes para dar conta das amplas necessidades da população idosa. A Organização Mundial da Saúde (OMS) <sup>(19)</sup>, enfatizando a alta prevalência e gravidade das morbidades

buciais, apontou as principais barreiras que impedem ou dificultam uma atenção à saúde bucal equitativa, ao alcance de todas as populações: a falta de apoio a políticas e legislação; os custos crescentes da assistência; a conscientização limitada da população sobre a importância da saúde bucal; o acesso desigual a serviços, principalmente para grupos vulneráveis; barreiras culturais, de gênero e outras barreiras sociais e a qualidade precária da atenção à saúde bucal.

Pucca Jr. et al. <sup>(20)</sup> afirmam que a prevalência do edentulismo na terceira idade desnuda a ineficiência e a ineficácia das formas de planejamento e de programas voltados para os idosos. Ressalta ainda que o quadro de edentulismo na terceira idade no Brasil não se explica pelo aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, parecendo ser mais consequência do quadro socioeconômico dos idosos. Frente a esse quadro, há que se definir prioridades que orientem uma reestruturação do sistema e uma mudança de atitude frente aos problemas de saúde bucal que, em última instância, resultem nestas precárias condições de saúde bucal dos idosos.

Na rotina diária das pessoas, as alterações produzidas pela perda total dos dentes deveriam se constituir em objeto de preocupação da classe odontológica <sup>(21)</sup>. No entanto, a abordagem dos profissionais, na maioria das vezes, apenas considera as perspectivas biológicas e restauradoras, ou seja, a recomposição dos dentes deve ser realizada dentro dos melhores princípios da técnica, negligenciando-se as repercussões da perda dental na qualidade de vida dos pacientes <sup>(18,22)</sup>.

A perda de dentes é uma via comum para muitas condições e doenças dentárias <sup>(23)</sup>, podendo deixar impactos substanciais na qualidade de vida dos indivíduos <sup>(24)</sup>. Após a extração dos dentes, o osso alveolar residual perde estímulo funcional resultando em um progressivo e irreversível processo de reabsorção óssea <sup>(25)</sup>. Naturalmente, num esforço para prevenir ou melhorar alguns desses decréscimos, na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, dentistas recomendam frequentemente a utilização de aparelhos de prótese removível ou prótese fixa no tratamento reabilitador à perda do dente <sup>(23)</sup>.

O termo “Qualidade de Vida” tem sido abordado na literatura geriátrica internacional. A saúde bucal como um dos pilares desta qualidade de vida desejada no envelhecimento é a base conceitual da odontologia, voltada para pacientes idosos <sup>(26)</sup>.

De acordo com Werner et al. <sup>(27)</sup>, quanto mais longa a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, e a saúde bucal tem um papel relevante na qualidade de vida do idoso, uma vez que a saúde bucal

comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem estar físico e mental, diminuindo o prazer de uma vida social ativa.

Silva, Castellanos-Fernandes et al. <sup>(28)</sup>, enfatizam que é essencial entender como a pessoa percebe sua condição bucal, pois seu comportamento é condicionado pela importância dada a ela. A autopercepção de saúde mensura, de uma maneira muito mais global, o estado de saúde do indivíduo, incorporando aspectos da saúde cognitiva e emocional, como também da saúde física <sup>(29)</sup>.

Estudos sobre a autopercepção da saúde bucal mostram estar ela relacionada a alguns fatores clínicos, como número de dentes cariados, perdidos ou restaurados, e com fatores subjetivos, como sintomas das doenças e capacidade de a pessoa sorrir, falar ou mastigar sem problemas, além de ser também influenciada por fatores como classe social, idade, renda e sexo <sup>(30-31)</sup>.

De acordo com Silva et al. <sup>(13)</sup>, a percepção da condição bucal é um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva, respostas subjetivas, os valores e as expectativas culturais dos indivíduos. Nos países mais desenvolvidos, onde os idosos têm acesso a algum tipo de tratamento odontológico, os estudos sobre percepção são realizados também com o objetivo de detectar as pessoas que necessitam de encaminhamento aos serviços, bem como avaliar os tratamentos recebidos.

Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI); Oral Health Impact Profile (OHIP); Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) e Oral Health-Related Quality of Life (OHRQOL) são exemplos de instrumentos que, aplicados como questionários, permitem avaliar a autopercepção da saúde bucal. Destes, o GOHAI foi desenvolvido especificamente para a população idosa <sup>(32-33)</sup>. Desde o seu desenvolvimento que o GOHAI tem sido traduzido e validado em muitos países ocidentais como a Alemanha, Espanha e França, que a exemplo de Portugal têm uma sociedade envelhecida <sup>(34-35)</sup>.

A versão original do índice GOHAI foi desenvolvida na língua inglesa dos Estados Unidos da América (Atchison e Dolan). Posteriormente, foi utilizada em outros países de língua inglesa como o Canadá. Em ambos os países, o GOHAI mostrou excelentes propriedades psicométricas, evidenciando a sua validade intercultural. Posteriormente, foi traduzido e validado para a língua espanhola <sup>(36)</sup>, portuguesa <sup>(13)</sup>, chinesa <sup>(37)</sup>, francesa <sup>(38)</sup>, entre outras.

O GOHAI (Geriatric Oral Assessment Index) ou Índice de Determinação da Saúde Bucal Gerátrica desenvolvido por Atchison e Dolan <sup>(32)</sup>, é composto por 12 questões fechadas abrangendo 3 subdomínios, que consistem em limitações

físicas/funcionais, dor/desconforto, psicossocial/psicológicas dos indivíduos. O formato da resposta é do tipo escala de Lickert e cada pergunta apresenta três respostas possíveis: “sempre”, “algumas vezes” e “nunca”, que recebem valores de 1, 2 e 3, respectivamente, sendo os itens 3, 5 e 7 cotados de forma inversa aos demais. No final, soma-se o valor de cada questão, para determinar o índice. O valor de cada indivíduo pode variar de 12 a 36, e quanto mais alto o seu valor, melhor será a QVRSO, classificado como alto (36 a 34), moderada (33 a 31) e baixa (igual ou inferior a 30). Os indivíduos respondem tendo em conta os três meses anteriores ao do questionário <sup>(39)</sup> (Quadro 1).

**Quadro 1** - Rol de perguntas do índice GOHAI - (*Geriatric Oral Health Assessment Index* – Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica) <sup>(40)</sup>.

<b>ÍNDICE GOHAI</b>	
(Geriatric Oral Health Assessment Index – Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica)	
1- Limitou o tipo e quantidade de alimentos que come devido a problemas com seus dentes ou próteses?	( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
2- Teve problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?	( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
3- Foi capaz de engolir confortavelmente?	( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
4- Seus dentes ou próteses o impediram de falar da maneira como queria?	( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
5- Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?	( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca.
6- Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?	( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
7- Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?	( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
8- Usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativo à boca?	( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
9- Preocupou-se com seu sorriso ou teve cuidados com seus dentes, gengivas ou próteses?	( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
10- Sentiu-se incomodado/ nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?	( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
11- Sentiu desconforto ao alimentar-se frente a outras pessoas devido a problemas com seus dentes ou próteses?	( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
12- Teve sensibilidade nos dentes ou gengiva ao contato com calor, frio ou doces?	( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação da qualidade de vida através do GOHAI permite perceber a aptidão de funcionamento de um indivíduo, em toda a sua rotina e a forma como ele próprio compreende todo o seu bem-estar melhorando, deste modo, a decisão clínica e providenciando melhores cuidados de saúde bucal <sup>(33, 41-43)</sup>.

O primeiro teste do índice por Atchison e Dolan <sup>(32)</sup> foi em uma amostra de 87 idosos, num estudo piloto, em um centro de saúde em Los Angeles, nos EUA. Os participantes tinham média de idade de 76 anos, sendo 67% do sexo feminino, onde 93% eram brancos e 60% sentiam necessidade de tratamento bucal. Na primeira parte do formulário foram preenchidos os dados pessoais do entrevistado, sendo analisadas as seguintes variáveis: gênero, idade, escolaridade, estado civil e renda. Na segunda parte, foram respondidas as questões referentes à percepção de saúde bucal (índice GOHAI). Na Tabela 1, encontram-se os resultados das variáveis sócio-demográficas associadas ao GOHAI, de acordo com diferentes estudos.

**Tabela 1.** Variáveis sócio-demográficas associadas ao GOHAI.

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>Fatores sócio-demográficos</b>	<b>Autopercepção de saúde bucal</b>
<b>Kressin et al.</b>	1997	Idosos mais jovens	Alta
<b>Kressin et al.</b>	1997	Solteiro, baixa escolaridade e renda	Baixa
<b>Miranda et al.</b>	2001	Sexo feminino e casado	Alta
<b>Miranda et al.</b>	2001	Sexo masculino e solteiro	Baixa
<b>Rodrigues et al.</b>	2005	Solteiro e analfabetos	Baixa

Em relação às variáveis clínicas de saúde bucal associadas ao GOHAI (Tabela 2), através do estudo realizado por Vasconcelos et al. <sup>(44)</sup>, na análise dos dados subjetivos, verificou-se que a média GOHAI obtida foi classificada como moderada, de acordo com os critérios desse índice. Contudo, considerou-se que a autopercepção foi positiva sobre a condição de saúde bucal excelente ou boa, independente do grande número de edentulismo, de alteração em tecido mole e da necessidade de próteses.

No estudo de Benedetti et al. <sup>(45)</sup>, os autores verificaram que a falta de dentes não é percebida pela maioria dos idosos como fator prejudicial à capacidade de mastigação, pois apenas 19,8% responderam ter comprometimento da mastigação por problemas bucais. Os autores acreditam que essa não percepção, provavelmente,

deve-se à adaptação da alimentação, má utilização de próteses, mesmo essa condição não permitindo uma mastigação satisfatória.

**Tabela 2-** Variáveis clínicas de saúde bucal, associadas ao GOHAI.

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>Condição Bucal</b>	<b>Autopercepção de Saúde bucal</b>
<b>Vasconcelos et al.</b>	2002	Edentulismo	Moderada
<b>Benedetti et al.</b>	2007	Edentulismo	Moderada
<b>Santos et al.</b>	2007	Necessidade de prótese	Baixa
<b>Nunes e Abegg et al.</b>	2008	Necessidade de prótese e dor de dente	Baixa

Santos et al. <sup>(2)</sup> encontraram associação significativa entre o GOHAI e a necessidade de prótese. A maior parte dos idosos que necessitava de prótese apresentou uma baixa autopercepção das condições bucais, não tendo sido encontrada associação entre o índice e a reabilitação por prótese dentária.

Já Nunes e Abegg et al. <sup>(46)</sup> encontraram, em seus estudos, que a dor de dente e a necessidade de próteses dentárias foram os principais fatores que afetaram a autopercepção da saúde bucal de idosos do sul do Brasil.

Além disso, a percepção da saúde bucal é influenciada por crenças e pelo valor atribuído à saúde perdida pelo indivíduo afetado. Hiramatsu et al. <sup>(47)</sup> acreditam que, de modo especial, os idosos têm sua percepção afetada pela crença de que algumas dores e incapacidades são naturais do envelhecimento.

Assim como a saúde geral, a condição clínica da cavidade bucal pode ter efeitos na autopercepção dos indivíduos. O estado de saúde bucal pode influenciar na qualidade de vida das pessoas, e esta por sua vez está relacionada com a capacidade das pessoas de desenvolver importantes e corriqueiras funções na vida <sup>(48)</sup>.

A precária condição de saúde bucal não é percebida pelo idoso, pois muitas doenças detectadas pelo dentista não apresentam sintomatologia dolorosa e a grande quantidade de dentes extraídos é aceita como uma perda natural do envelhecimento. Para Nunes e Abegg et al. <sup>(47)</sup>, os idosos percebem a sua saúde bucal fazendo uso, por exemplo, de sinais e sintomas tais como dor, ou de problemas que afetam a mastigação e interferem na aparência, diferentemente da avaliação realizada pelos profissionais.

A associação entre autopercepção da saúde bucal e a manutenção dos dentes corrobora com os estudos realizados em países desenvolvidos. Steele et al. <sup>(30)</sup> afirmaram que o número de dentes presentes é importante determinante da percepção

subjetiva da saúde bucal. Ekanayke e Perera <sup>(49)</sup> relataram que a avaliação e saúde bucal foi mais favorável nos idosos com mais de 20 dentes. No contexto brasileiro, Hugo et al. <sup>(50)</sup> apontaram avaliação negativa da capacidade de mastigação nos idosos que apresentavam menos de 20 dentes.

Biazevic et al. <sup>(51)</sup> estudaram idosos em uma cidade do sul do Brasil e enfatizaram a importância da manutenção dos dentes naturais e da reabilitação oral por tratamento protético para a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Nunes e Abegg et al. <sup>(47)</sup> concluíram que os idosos que necessitavam de prótese total atribuíam maior impacto negativo na autopercepção da saúde bucal, em particular no que diz respeito à função mastigatória.

## CONCLUSÃO

De acordo a revisão desenvolvida nesse trabalho observou-se a importância de conhecer o estado de saúde do indivíduo como um todo e não apenas clinicamente, conhecendo o seu bem-estar físico e psicossocial e melhorando, deste modo, a decisão clínica e a escolha de melhores cuidados ao paciente idoso, possibilitando aos mesmos uma boa qualidade de vida.

Os estudos mostraram que os fatores sócio-demográficos como o gênero e o estado civil influenciam a percepção da saúde bucal mais do que a escolaridade e a idade. Em relação ao questionário de GOHAI, verificou-se que na autopercepção das três dimensões: funcional, psicológica e de dor, o pior indicador para a qualidade de vida em relação à saúde bucal apresentado foi em relação à necessidade da utilização de prótese, em particular no que diz respeito ao comprometimento da função mastigatória.

Portanto, conhecer a percepção dos idosos sobre sua condição bucal deve ser o primeiro passo na elaboração de uma programação, haja vista que eles necessitam de uma atenção integral, daí a importância de se trabalhar com educação em saúde, promoção, prevenção e reabilitação da cavidade bucal. Sendo assim, as medidas reabilitadoras devem ser empregadas a fim de melhorar não só clinicamente a vida desses indivíduos, mas de proporcionar uma melhor autonomia, com melhor qualidade de vida aos idosos.

## REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa M F, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2003;19 (3), jun.
2. Santos F B. Autopercepção em saúde bucal de idosos em unidades de saúde da família do Distrito Sanitário III de João Pessoa- PB. In: *Arquivos em Odontologia*. Belo Horizonte 2007; 43 (2):23-7.
3. Braga SRS, Telarori JRR, Braga AS, Catirse ABEB. Avaliação das condições e satisfação com as próteses em idosos na região Central do Estado de São Paulo (Brasil). *Rev Odontol UNESP* 2002; 31 (1):39-8.
4. Fonseca P H A. Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada. *Rev. Gaúcha Odontol*, Porto Alegre 2001; 2 (59):193-7.
5. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev Port Saúde Pública* 2013; 31 (2):166-72.
6. Souza DPS. Prevenção e abordagem da fisioterapia na osteoporose. Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia da Universidade Veiga de Almeida – Cabo Frio 2007.
7. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 (3):548-54.
8. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais 2010. Rio de Janeiro. [cited 2015 Ago 20]; Available from: <http://www.ibge.gov.br> .
9. Fazito LT, Perim JV, Di Ninno CQMS. Comparação das queixas alimentares de idosos com ou sem prótese dentária. *Rev. CEFAC*. 2015 [cited 2015 Ago 18]; 6:2; Available from: <http://www.cefac.br/revista/revista62/Artigo%204.pdf>.
10. Fajardo RS, Grecco P. O que o cirurgião-dentista precisa saber para compreender seu paciente geriátrico. Parte 2-Aspectos fisio-funcionais. *JOPE-J Bras Odontol Pacientes Espec* 2003; 1 (5):432-8.
11. Veloso KMM, Costa LJ. Avaliação clínica e orientação terapêutica as manifestações fisiológicas e patológicas da cavidade bucal de pacientes idosos de São Luís do Maranhão. 2002. 97 f. (Dissertação). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.
12. Pereira AC. et al. Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. In: Rodrigues SM, Vargas AMD, Moreira NA. Saúde bucal e qualidade de vida no idoso. *Revista Científica da faculdade de ciência e saúde (FACS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)* 2004;1 (12).
13. Silva SRC. Autopercepção das Condições Bucais em Pessoas com 60 anos e mais de Idade. São Paulo, 1999 (Tese). Faculdade de Saúde Pública da USP.
14. Pucca JRGA. A Saúde bucal do idoso-Aspectos demográficos e epidemiológicos. [cited 2015 Ago 20]; Available from: [www.odontologia.com.br/artigos/geriatria](http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria).
15. Rosa LB. Odontogeriatría - A saúde bucal na terceira idade. *RFO Maio-Ago* 2008;13 (2):82-6.
16. Shinkai RSA, Cury AADB. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral do idoso. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro Out-Dez., 2000; 16 (4):1099-109.
17. Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatría :prepare-se para o no milênio. In: Feller, C; Gorac, R. Atualização na clínica odontológica. São Paulo: Artes médicas 2000; 1 (15):471-87.
18. Wolf SMR. O significado da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1998; 52 (4):307-15.
19. Organização Mundial da Saúde. 138a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO. Projeto de plano decenal regional de sobre saúde bucodental. Washington, D.C., EUA, 19-23 de junho de 2006. Tema 4.6 da agenda provisória CE138/14 (Port.) 31 de Maio de 2006.

20. Pucca JRGA. Perfil do Edentulismo e do Uso de Prótese Dentária em Idosos Residentes no Município de São Paulo. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1998.
21. Chianca TK, Deus MR, Dourado AS, Leão AT, Vianna RBC. El impacto de la salud bucal en calidad de vida. *Rev Fola/oral* 1999; 16:96-6.
22. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Boa Vista, em Belo Horizonte. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):1015-24.
23. Dolan TA. Risk indicators of edentulism, partial tooth loss and prosthetic status among black and with middle-aged and older adults. *Community Dent Oral Epidemiol*, Denmark 2001, 29:329-40.
24. Duncan et al. Multi-dimensionality of oral health in dentate adults. *Med Care* 1998, 36: 988-1001.
25. Sverzut CE. Rehabilitation of severely resorbed edentulous mandible using the modified visor osteotomy technique. *Braz Dent J*, Ribeirão Preto. 2009; 20 (5):419-23.
26. Darnton-hill I. Healthy, Aging and Quality of life World Healthy. *Forum* 1995; 16:335-72.
27. Werner CW. Odontologia Geriátrica. *Revista da Faculdade de Lins*. Jan/Jun., 1998; 11 (1):62-8.
28. Silva SRC, Castellanos-Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35:349-55.
29. Ofstedal MB. Self-assessed health expectancy among older Asians: a comparison of Sullivan and multistate life table methods. *Ann Arbor: Population Studies Center*, 2002.
30. Steele JG. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:143-49.
31. Slad GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. *Austr Dent J* 1994; 39:358-64.
32. Atchison KA; Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ* 1990; 54:680-91.
33. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol* 2007, 35 (4):401-52.
34. Pinzón-Pulido SA, Gil-Montoya JA. Validación del índice de valoración de salud oral en geriatría en una población geriátrica institucionalizada de Granada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 34 (12):273-82.
35. Hassel AJ, Rolko C, Koke U, Leisen J, Rammelsberg P. A German version of the GOHAI. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36:34-42.
36. Atchison KA, Der-Martirosian C, Gift HC. Components of self-reported oral health and general health in racial and ethnic groups. *J Public Health Dent* 1998; 58:301-8.
37. Wong MC, Lo EC, Mcmillan AS. Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30 (6):423-30.
38. Tubert-Jeannin, S. Validation of an oral quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:275-84.
39. Silva SRC, Castellanos-Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Jul/Ago., 2005; 21 (4).
40. Henriques C. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara-SP. In: *Ciência Odontológica Brasileira*. São José dos Campos. 2007; 10(3):67-73.
41. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcome* 2003, 1:40-3.

42. Petersen P E. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Program me. Geneva: World Health Organization, 2003.
43. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century: implications to oral health research of World Health Assembly 2007. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37(7):1-8.
44. Vasconcelos LCA. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos de um município de médio porte do nordeste brasileiro. In: *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro 2012, 6 (28).
45. Benedetti TRB, Mello ALSF, Gonçalves LHT. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:1683-90.
46. Nunes CIP, Abegg C. Factors associated with oral health perceptions in older Brazilians. *Gerodontology* 2008; 25:42-8.
47. Hiramatsu D.A, Franco L.J, Tomita N.E. Influência da aculturação na autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal em uma população de origem japonesa. *Cad Saúde Pública*. 2006. 22(11): 2441-8.
48. Sheiam A. The relationship among dental status nutrient intake and nutritional status in older people. *J. Dent. Res* 2001; 80(2):408-13.
49. Ekanayake L, Perera I. Factors associated with perceived oral health status in older individuals. *Int Dent J*. 2005; 55(1):31-7.
50. Hugo FN, Hilgert JB, Sousa MLR, Silva DD, Pucca JRGA. Correlates of partial tooth loss and edentulismo in Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(3):224-32.
51. Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res* 2004; 18(1):85-91.

**Recebido:** fevereiro / 2016

**Aceito:** maio / 2017