



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EPIDEMIOLOGIA**

**SAÚDE BUCAL DE ADULTOS E IDOSOS.
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ESTUDO DA
ASSOCIAÇÃO COM A PERCEPÇÃO SOBRE A
QUALIDADE DE VIDA**

Claudia Cerqueira Graça

Salvador – Bahia
2009



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EPIDEMIOLOGIA**

SAÚDE BUCAL DE ADULTOS E IDOSOS. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO COM A PERCEPÇÃO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

Claudia Cerqueira Graça

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como parte dos requisitos para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Doutor Eduardo Luiz Andrade Mota

Salvador – Bahia
2009
Claudia Cerqueira Graça

SAÚDE BUCAL DE ADULTOS E IDOSOS.
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO
COM A PERCEPÇÃO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

Defesa: 03 de fevereiro de 2009

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Inês Dourado

Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna

Faculdade de Odontologia – Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Viviane Maria Barreto de Oliveira

Faculdade de Odontologia – Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Renata Cimões Jovino Silveira

Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota
Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia

A meu pais, Domingos e Joselita, que com luta,
mas principalmente com muita dedicação e amor,
me deram a educação sem a qual eu não teria chegado a lugar algum.

Vocês dois são o meu grande orgulho e eu quero que tudo
o que eu faça em toda a minha vida sejam provas de
tudo o que vocês fizeram por mim. Vocês me deram simplesmente
tudo e vão estar eternamente em tudo o que eu fizer.

A vocês todo o meu amor e o meu carinho para sempre.

Em que espelho ficou perdida a minha face?

*Eu não tinha este rosto de hoje,
assim calmo, assim triste, assim magro,
nem estes olhos tão vazios,
nem o lábio amargo.*

*Eu não tinha estas mãos sem força,
tão paradas e frias e mortas;
eu não tinha este coração
que nem se mostra.*

*Eu não dei por esta mudança,
tão simples, tão certa, tão fácil:
- Em que espelho ficou perdida a minha face?*

Cecília Meireles

Agradecimentos

Foram tantas as pessoas que me auxiliaram nesta caminhada, que com receio de esquecer alguém, agradeço a todos, que com sua presença e disponibilidade me auxiliaram.

Em especial, meu reconhecimento:

Ao professor Eduardo Luiz Andrade Mota, que esteve ao meu lado todos estes anos, e que com sabedoria, seriedade, dedicação acompanhou cada momento dessa minha jornada, como um verdadeiro mestre e amigo;

A todos os professores e funcionários do Instituto de Saúde Coletiva pelo exemplo de compromisso, dedicação e competência com o trabalho que desempenham;

Aos colegas de pós-graduação do ISC pelo companheirismo e solidariedade neste período de estudo, e em especial à Albanita amiga de todas as horas, e Guillermo, pelas conversas, conselhos, risadas, paciência para me escutar e estudar comigo. A amizade de vocês será sempre especial para mim;

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas que me abriram as portas do município, condição fundamental para que meu trabalho pudesse ser realizado;

Aos Agentes Comunitários de Saúde e cirurgiões-dentistas que me auxiliaram na realização da coleta de dados, auxílio indispensável para que eu cumprisse esta missão;

Aos amigos da Universidade Estadual de Feira de Santana, pela solidariedade e compreensão quando do meu afastamento para cursar o doutorado, em especial à Ana Luiza, pela sua presença e amizade, e por assumir minhas atividades durante este período;

À Claudia Maria Lustosa Meireles sempre presente, com bom humor e me dando as mãos em tantos momentos dessa jornada. Sua amizade para mim é preciosa;

Às pessoas que concordaram em participar desse estudo, anuência sem a qual não conseguiria realizar minha pesquisa;

À minha família Carla, Karine, Victor Eduardo, Delmiro e Franco, pela compreensão e amizade neste período de afastamento do seu convívio. Vocês sempre entenderam meus motivos, e sempre me apoiaram. Se não soubesse que podia contar com vocês sempre, acho que esta jornada seria muito mais árdua;

À Ana Cardoso e Camila, obrigada pela disponibilidade, atenção e carinho que vocês sempre me dispensaram;

Enfim a todos que direta ou indiretamente participaram dessa minha conquista, meu muito obrigada.

SUMÁRIO

	Página
Apresentação	09
Revisão de Literatura	11
Referências Bibliográficas	16
Artigo 1:	
Situação de saúde bucal de adultos e idosos da zona urbana, em uma cidade do nordeste	17
Resumo	18
Abstract	19
Introdução	20
Metodologia	22
Resultados	26
Discussão	29
Referências Bibliográficas	37
Tabela 1 – Distribuição do número e percentual de indivíduos por faixas de número de dentes naturais presentes por grupo de idade e sexo, Alagoinhas, 2007.	40
Gráfico 1 – Distribuição percentual de indivíduos por faixas de número de dentes naturais presentes por grupo de idade e sexo, Alagoinhas, 2007.	40
Tabela 2 – Distribuição do número e percentual (%) de indivíduos de acordo com os indicadores odontológicos por grupo de idade e sexo, Alagoinhas, 2007.	41
Tabela 3 - Distribuição do número e percentual de indivíduos por características pessoais, sócio-econômicas e hábitos de vida, e prevalência de edentulismo por grupo de idade e sexo Alagoinhas, 2007.	42
Tabela 4 – Distribuição percentual de indivíduos de acordo com cuidados referentes à saúde bucal por grupo de idade e sexo, Alagoinhas, 2007.	43
Tabela 5 – Associações não ajustadas entre número de dentes naturais presentes (< 20 dentes) e indicadores odontológicos, características pessoais, sócio-econômicas e de cuidados com a saúde bucal, seus respectivos intervalos de confiança a 95% e o valor p.	44
Artigo 2:	
Estudo dos fatores de risco da perda dentária em adultos e idosos	45
Resumo	46
Abstract	47
Introdução	48
Metodologia	49
Resultados	51
Discussão	53
Referências Bibliográficas	60
Tabela 1 - Estimativas de OR, intervalo de confiança (95%) e valor p da associação entre perda dentária e fatores de exposição selecionados por grupo de idade e sexo, Alagoinhas, 2007.	62
Tabela 2 - Estimativas de OR ajustadas em modelo de Regressão logística não condicional para fatores de exposição da ocorrência de edentulismo comparado com indivíduos com perda de até 31 dentes, total e por grupo de idade, Alagoinhas, 2007.	63
Tabela 3 - Estimativas de OR ajustadas em modelo de Regressão logística não condicional para fatores de exposição da ocorrência de edentulismo comparado com	64

indivíduos com pouca perda dentária*, total e por grupo de idade, Alagoinhas, 2007.

Artigo 3:

Estudo dos fatores de promoção da qualidade de vida em indivíduos adultos e idosos	65
Resumo	66
Abstract	67
Introdução	68
Metodologia	70
Resultados	72
Discussão	75
Referências Bibliográficas	83
Tabela 1 – Distribuição do número e percentual de indivíduos que referiram ter boa qualidade de vida segundo condições de saúde bucal selecionadas por grupos de idade e sexo, Alagoinhas, 2007.	85
Tabela 2 – Distribuição do número e percentual de indivíduos que referiram ter boa qualidade de vida segundo características sócio-econômicas selecionadas por grupos de idade e sexo, Alagoinhas, 2007.	86
Tabela 3 - Estimativas de OR, intervalo de confiança a 95% e valor p da associação entre escore alto de qualidade de vida em saúde bucal e fatores de exposição selecionados por grupo de idade e sexo, Alagoinhas, 2007.	87
Tabela 4 - Estimativas de OR ajustadas em modelo de Regressão Logística não condicional para fatores de exposição de escore alto de qualidade de vida em saúde bucal no grupo total de indivíduos, Alagoinhas, 2007.	88
Tabela 5 - Estimativas de OR ajustadas em modelo de Regressão Logística não condicional para fatores de exposição de escore alto de qualidade de vida em saúde bucal e seus componentes, no grupo de indivíduos adultos, Alagoinhas, 2007.	89
Tabela 6 - Estimativas de OR ajustadas em modelo de Regressão Logística não condicional para fatores de exposição de escore alto de qualidade de vida em saúde bucal e seus componentes, no grupo de indivíduos idosos, Alagoinhas, 2007.	90
Considerações Finais	91

APRESENTAÇÃO

Esta Tese de Doutorado tem como principal objetivo contribuir para ampliar a conhecimento acerca da situação e dos fatores de exposição que conformam o perfil epidemiológico de saúde bucal de adultos e idosos. A pesquisa, um estudo de corte transversal, foi desenvolvida na área urbana do município de Alagoinhas-Bahia, e seus resultados estão

apresentados da seguinte forma: uma revisão de literatura que busca retratar os problemas de saúde bucal enfrentados pelos indivíduos da faixa etária estudada, assim como abordar os referenciais teóricos utilizados para contextualizar a temática deste trabalho, além de três outros artigos que contemplam o assunto, utilizando distintas abordagens analíticas e que serão explicitados a seguir.

O primeiro artigo, de caráter descritivo, que possui o título “Situação de saúde bucal de adultos e idosos da zona urbana em uma cidade do nordeste”, aborda a magnitude do problema de saúde bucal enfrentado pelos indivíduos adultos e idosos, expressa através da alta prevalência de perda dentária e edentulismo. Neste destacam-se também aspectos como: o uso e a necessidade de prótese, o número de dentes cariados e restaurados, os problemas periodontais, hábitos de higiene oral, acesso e utilização do serviço odontológico, além dos aspectos sócio-econômicos, distribuídos de acordo com cada faixa etária e sexo, caracterizando as condições de vida e saúde dessa população.

O segundo artigo, intitulado “Estudo dos fatores de risco da perda dentária em adultos e idosos” tem um caráter exploratório, e busca entender o fenômeno edentulismo através do estudo de seus determinantes e fatores de risco. Para a análise multivariada de regressão logística realizada neste artigo optou-se por dois grupos: um composto por indivíduos com perda dentária de 1 a 31 dentes (ou seja indivíduos que apresentavam perda dentária extensa), e outro composto por indivíduos com perda dentária de 1 a 12 dentes (indivíduos que apresentavam pouca perda dentária), sendo feita uma comparação dos fatores de risco para os distintos grupos.

O terceiro artigo, também de caráter exploratório, busca entender como é percebida a qualidade de vida em saúde bucal por indivíduos adultos e idosos, frente ao grande problema de edentulismo enfrentado pelos mesmos, às dificuldades de acesso ao serviço e a ausência de uma política que privilegie sua assistência. Neste artigo, através do pressuposto da epidemiologia da saúde, busca-se identificar os fatores que promovem a qualidade de vida em saúde bucal, avaliando quais as repercussões da perda dentária na percepção da qualidade de vida desses indivíduos. É importante ressaltar que a opção por um segundo estudo exploratório se deu devido a não existência de um conhecimento suficientemente esclarecido que fundamentasse uma associação principal entre um fator de exposição e a qualidade de vida em saúde bucal aqui abordada.

São poucos os estudos de base populacional no Brasil, e principalmente na região nordeste, envolvendo indivíduos dessa faixa etária, que abordam esta temática, e o entendimento das relações que existem entre as condições de saúde bucal e a percepção da qualidade de vida da população adulta poderá contribuir na formulação de políticas e programas de atenção às demandas específicas, tão urgentes para esses grupos populacionais.

REVISÃO DE LITERATURA

Um país é considerado “velho” quando sua parcela populacional que está acima dos 60 anos de idade alcança um percentual igual ou maior que 7,0%. No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹, 9,7% da população já se encontra nessa faixa etária, e considerando os investimentos insuficientes que são aplicados para atenção dessas

pessoas, no que diz respeito tanto ao setor saúde como o previdenciário, é possível afirmar que já se enfrenta uma situação de alta complexidade para atender às demandas de uma grande parcela dos idosos brasileiros².

No âmbito das condições de saúde bucal apresentadas por esse grupo populacional, a situação não é diferente. As necessidades odontológicas que os idosos apresentam são amplas, complexas, e a maior prevalência encontrada que se refere ao grande número de dentes perdidos, corrobora com o aumento das necessidades desses indivíduos. A perda dentária, além de ocasionar mudanças físicas e fisiológicas, também pode trazer problemas sociais e psicológicos para o indivíduo, interferindo na sua qualidade de vida.

Apesar do crescente interesse sobre condições de saúde bucal de idosos, a maior parte das investigações sobre este grupo populacional refere-se ainda a populações institucionalizadas. O estudo de base populacional mais recente realizado em âmbito nacional, que envolveu várias faixas etárias, inclusive adultos e idosos, foi o projeto Saúde Bucal Brasil. Segundo resultados desse levantamento epidemiológico realizado em 2003, no que se refere a adultos, o CPO-D (índice de dentes cariados, perdidos e obturados) médio foi de 20,1 na faixa etária de 35 a 44 anos e de 27,8 na de 65 a 74. Destaca-se o fato do componente perdido do CPO-D ser responsável por mais de 60,0% do índice nas faixas etárias de adultos e idosos. Apesar disso, apenas 18,7% dos indivíduos idosos não apreciava a aparência de seus dentes e gengivas, e somente 11,7%, acreditava que sua saúde bucal afetava seu relacionamento com outras pessoas.

O acesso limitado e a precariedade de ofertas de serviços odontológicos para a população adulta e idosa, os quais omitiram historicamente essa parcela da população e/ ou realizaram uma

prática eminentemente mutiladora, são apresentados como fatores responsáveis pela grande perda dentária apresentada por esses indivíduos, principalmente em países subdesenvolvidos, além das questões sociais e econômicas envolvidas neste contexto³. Curiosamente, cabe o destaque para o fato de que nos países que mantêm programas de Saúde Bucal dirigidos a idosos, a principal razão para esse grupo não procurar o serviço odontológico é a não percepção da sua necessidade.

A medida da mutilação dentária apresentada pela população adulta brasileira, muitas vezes não corresponde a uma auto-percepção negativa das condições bucais. Essa discussão é de certo modo contraditória, pois na medida em que alguns estudos mostram que a perda dentária é a expressão máxima da mutilação, em outros, essa expressão não é tão forte⁴. Um estudo etnográfico realizado na periferia de Fortaleza (CE), concluiu que sem os dentes, as interações e atividades eram restringidas, contribuindo para o isolamento social e a perda do bem-estar em mulheres, porém, em outro estudo realizado com idosos em Natal (RN), o fato de não mais sentir dor, foi expressado como um aspecto positivo da perda dentária, associada ao uso de próteses⁵.

Que relações existem então entre as condições de Saúde Bucal e a percepção da qualidade de vida de uma população adulta e idosa? Acredita-se que as condições de saúde bucal e a percepção da qualidade de vida dos indivíduos influenciam-se mutuamente, a depender das características clínicas bucais, das possibilidades terapêuticas, do tempo de evolução dos problemas bucais e da inserção social de cada pessoa.

Nesse contexto, entender o conceito de saúde bucal e como esse é traduzido pela comunidade se faz necessário pois a medida objetiva e subjetiva dessa avaliação podem estar

totalmente em dissonância. Segundo Testa⁶, a dificuldade de operacionalização do conceito de Saúde Bucal está intimamente ligada com os conceitos de Significados e Sentidos atribuídos a esta. De acordo com este autor, a objetividade das condições de Saúde Bucal, diz respeito ao significado atribuído pelos profissionais cirurgiões-dentistas, que observam as pessoas e caracterizam as condições clínicas como boas ou ruins, a depender dos problemas encontrados na cavidade bucal. Já o sentido, o sentimento, a importância à saúde bucal é construída pelo indivíduo, pela sua subjetividade, pela sua constituição de sujeito, que depende de sua visão de mundo, e que determina suas necessidades. Desse modo, não é incomum que idosos que sofreram a perda de um ou mais dentes não se percebam como mutilados dentários. Qual o sentido atribuído a essa perda?

A auto-percepção da saúde bucal é tida pois como um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva, as respostas subjetivas, os valores e as expectativas culturais⁷. Indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas. Portanto, os valores, sentidos e significados contidos na sociedade são refletidos sob a forma de auto-percepção do sujeito coletivo, que não devem ser desconsiderados quando se pensa em promover saúde. A busca pelos sentidos e significados na saúde bucal é constante, visto a sua transformação nos diversos grupos, dentro deste e no decorrer do tempo o que torna o tema novo e cada dia mais estimulante.

Porém, o que normalmente se observa é que na avaliação das necessidades populacionais se ignoram os aspectos sócio-comportamentais e culturais dos indivíduos, sendo pois os planejamentos dos serviços de saúde bucal realizados, considerando apenas necessidades normativas, enquadrado no modelo biomédico, que é baseado na identificação de doenças, sem

levar em consideração a percepção subjetiva do paciente⁸. Enquanto o cirurgião-dentista avalia a condição com base na ausência ou presença de doença, o paciente dá mais importância aos sintomas e problemas funcionais e sociais que são ocasionados pela presença ou ausência dessas.

O impacto das condições de saúde bucal sobre a percepção da qualidade de vida é uma área que tem crescido rápido atualmente nas pesquisas e no desenvolvimento conceitual, sendo apontada como um caminho viável para avaliação da saúde bucal dos indivíduos. Na última década, investigadores estiveram concentrados em desenvolver diversos instrumentos de pesquisas para observar o impacto dos problemas dentários sobre a qualidade de vida das pessoas, onde se observa a dificuldade das pessoas em falar, comer, se relacionar, entre outras atividades. Estes instrumentos buscam estudar a percepção do impacto da saúde bucal sobre a qualidade da vida do indivíduo, através de aspectos positivos e negativos da saúde bucal.

Estes indicadores normalmente envolvem três dimensões que são: *aspectos físicos* referentes à capacidade de mastigar e engolir os alimentos sem dificuldade, bem como falar e pronunciar as palavras corretamente, *aspectos psicológicos* referentes à aparência e auto-estima, e *aspectos sociais* refletindo interação social e comunicação. Dessa maneira, permitem a abordagem do conceito qualidade de vida como um *construto* dinâmico, influenciado pelas “modificações” que ocorrem na vida das pessoas, pelos fatores culturais e econômicos que interferem no cuidado com a saúde bucal, pela idade, número de dentes, enfim, variáveis importantes no efeito da saúde bucal relacionada à qualidade de vida⁹.

E por que definir qualidade de vida? Porque implica levar em conta critérios sócio-culturais, médicos e psicológicos, numa perspectiva de continuidade ao longo do curso de vida do

indivíduo e da unidade sócio-cultural a que pertence. Quanto mais longa a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, pois promover a saúde significa aumentar essa qualidade, ou seja conferir ao mesmo a sensação de ausência de dor, bem-estar bio-psico-social e auto-estima positiva.

A tradição em epidemiologia bucal no Brasil tem sido a de utilizar indicadores clínicos normativos para identificar fatores de risco, avaliar prognósticos, definir tipos de tratamento mais eficazes, identificar prevalência e incidência de doenças, e avaliar políticas em saúde bucal, sem, no entanto, avaliar o impacto que essas doenças podem causar na qualidade de vida das pessoas¹⁰, principalmente envolvendo inquéritos populacionais. Esse é um caminho que começa a ser percorrido em busca de soluções para o perfil epidemiológico bucal apresentado pelos adultos e idosos brasileiros.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. IBGE – **ESTATÍSTICA POPULACIONAL**, contagem 2000. Brasil. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 10 de outubro 2004.
2. REIS, S. C.G.B. e MARCELO, V.C. Saúde Bucal na Velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2006; 11 (1): 191 – 199.
3. PETERSEN, P.E. The World Oral Health Report, 2003: continuous improvement of oral in 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol**, 2003; 31 (Suppl 1): 3 – 24.
4. OLIVEIRA, A.G.R. da C. Edentulismo. In: ANTUNES, J.L.F. e PERES, M.A. **Fundamentos de Odontologia. Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 205 – 218.

5. PIUVAZAM,G., FERREIRA, A.A.A., ALVES, M.S.C.F. **Vivenciando as perdas dentárias na terceira idade: um estudo de representações sociais**. Campina Grande: EDUEPB, 2004, p. 209 – 221.
6. TESTA, M. **Saber en Salud. La Construcción del Conocimiento**. Cap. 1. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A., 1997, p. 23 – 45.
7. SILVA, S.R.C. da, FERNANDES, R.A.C. Auto percepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, 2001; v.35, n. 4, p. 349 –55.
8. LEÃO, A., SHEIHAM, A. Relation between clinical dental status and subjectives impacts on daily living. **J Dent Res**. 1997; (74) 7: 1408 – 1413.
9. OKUNSERI, C., CHATTOPADHYAY, A., LUGO, R. I., MCGRATH, C. Pilot survey of oral health-related quality of life: a cross-sectional study of adults in Benin City, Edo State, Nigeria. **BMC Oral Health**, 2005; 5:7, p. 1 – 8.
10. MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal “Oral Health Impact Profile”. **Rev. Odontol. UFES**, 2001; v.3, n.1, p.32-38.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EPIDEMIOLOGIA**

Artigo 1

SITUAÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE ADULTOS E IDOSOS DA ZONA URBANA EM UMA CIDADE DO NORDESTE

Claudia Cerqueira Graça

Salvador – Bahia
2009

RESUMO:

A saúde bucal de adultos e idosos se apresenta como um grave problema de saúde pública no Brasil. Com o objetivo de descrever as características das condições de saúde bucal, sócio-econômicas e demográficas, de acesso e utilização dos serviços odontológicos, de um grupo populacional com idade maior ou igual a 45 anos, realizou-se um estudo de corte transversal, no município de Alagoinhas-Bahia, envolvendo 902 indivíduos, residentes na zona urbana. Os participantes foram visitados em seus domicílios, e um exame clínico bucal e um questionário foram realizados. Os resultados mostram uma alta prevalência de edentulismo e o elevado índice de CPO-D médio evidenciando as precárias condições de saúde bucal da população adulta e idosa analisada. Foi observado que as mulheres e os idosos apresentaram maior proporção de edentulismo, que há uma necessidade de prótese em torno de 98,3% na arcada superior e 97% na

arcada inferior, e que a presença de cálculo dentário foi a condição periodontal mais evidente. Foi observado também que as mulheres idosas com cor de pele auto-referida branca, com escolaridade baixa e renda pessoal \leq 1 salário mínimo apresentaram maior prevalência de edentulismo, e que o fato de não ter recebido orientação sobre higiene oral aumentou a prevalência do mesmo, mostrando maior frequência principalmente entre idosos de ambos os sexos. Sabe-se que a prevalência de doença bucal é muito grande, principalmente entre indivíduos idosos e que o serviço público brasileiro ainda não está capacitado para absorver esta demanda. Necessário se faz definir prioridades que orientem uma reestruturação de atenção odontológica e uma mudança de atitude frente aos problemas de saúde bucal apresentados por esta parcela da população.

Palavras – chave: saúde bucal, saúde do idoso, epidemiologia.

ABSTRACT:

The adults and elderly's oral health presents as a serious public health problem in Brazil. In order to describe the characteristics of oral health, socio-economic and demographic conditions, access and use of dental services, of a population group aged greater than or equal to 45 years, a cross-sectional study was carried in Alagoinhas-Bahia, involving 902 individuals, that lived in the urban area. The participants were visited at their homes, and an oral clinical examination and a questionnaire were applied. The results show a high prevalence of edentulism and high rate of CPO-D showing the precarious conditions of adults and elderly's oral health analyzed. It was observed that women and the elderly showed greater proportion of edentulism, that there is a need of prosthesis around 98.3% in the upper arch and 97% in the lower arch, and the presence of

dental stone was the most periodontal condition evident. It was also observed that elderly women with white skin, low schooling and personal income ≤ 1 minimum wage showed greater prevalence of edentulism, and the absence hygiene oral guidance increased the prevalence of edentulism too, showing more frequent especially among the elderly of both sexes. It is known that the prevalence of oral disease is very high, especially among the elderly and that the Brazilian public service is not yet able to absorb this demand. It's necessary to define priorities to guide a restructuring of dental care and a change of attitude face to oral health problems presented by this portion of the population.

Key words: oral health, elderly health, epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

A saúde bucal de adultos e idosos se apresenta no Brasil em situação precária. Indicam isto alguns dados recentes do Projeto Saúde Bucal Brasil¹, onde 10,2% da população na faixa etária 65 a 74 anos e 53,0% entre 35 e 44 anos apresentavam 20 ou mais dentes em condições funcionais, portanto em níveis inferiores à meta que a Organização Mundial de Saúde² preconizava para o ano 2000 em que ao menos 50% e 75% dessas pessoas, respectivamente,

atenderiam a este critério. Dessa maneira pode se considerar esta situação um grave problema de saúde pública.

Nesse contexto, é importante destacar o aumento da expectativa de vida que ocorre no Brasil, tanto quanto nos países mais desenvolvidos, como resultado da aplicação de tecnologia médica e dos avanços dos estudos e práticas no campo da saúde, entre outros fatores³. Atualmente, projeções demonstram que em 2025 haverá cerca de 1,2 bilhão de pessoas acima dos 60 anos no mundo e, em 2050, estas serão por volta de 2 bilhões, sendo que 80% delas viverão em países em desenvolvimento. Assim é indispensável que haja uma atenção especial para esse grupo populacional.

A título de delimitação do problema, quando se observa o processo de envelhecimento populacional sob a ótica da saúde bucal da população adulta, a situação mais prevalente é a perda de unidades dentárias e o edentulismo, como resultantes de uma prática odontológica mutiladora, que acarreta diversas alterações desde a redução do tônus da musculatura facial, até o comprometimento das funções de deglutição, mastigação, da fonação, e que podem influenciar a ocorrência de problemas para a saúde geral^{3,4}. Isto se agrava ainda mais, em vista dos determinantes sócio-econômico-culturais próprios do contexto da vida dos idosos, o que aprofunda adicionalmente as desigualdades em saúde.

As necessidades odontológicas que os idosos apresentam são amplas, complexas, e a maior prevalência encontrada que se refere ao grande número de dentes perdidos, corrobora com o aumento das necessidades desses indivíduos. Porém, este é um quadro que não é estático e imediato, ao contrário, se estabelece ao longo da vida das pessoas adultas e idosas, resultando em

efeitos cumulativos negativos, que podem ser devastadores para sua saúde⁵. A perda dentária além de ocasionar mudanças físicas e fisiológicas, também pode trazer problemas sociais e psicológicos para o indivíduo, no que tange aos relacionamentos pessoais e influência na sua auto-estima. Esta que se traduz no edentulismo de grande parte da população adulta e idosa brasileira, segundo Almeida e Souza⁶, é uma produção histórica que na cultura brasileira é tida como “natural” ou própria do processo de envelhecimento.

Os baixos níveis de escolaridade e renda, o acesso limitado e a precariedade de ofertas de serviços odontológicos para adultos e idosos, entre outros, são alguns dos fatores tidos como responsáveis pela grande perda dentária apresentada por esses indivíduos, principalmente em países subdesenvolvidos. No Brasil, o edentulismo se constitui, em uma marca da desigualdade social, uma vez que ser morador da zona rural em municípios com menos de 10 mil habitantes, ter uma renda mensal inferior a R\$ 400 reais e baixa escolaridade (menos de sete anos de estudo) proporciona maior chance de ser edêntulo parcial ou total^{1,7}.

Apesar do crescente interesse sobre condições de saúde bucal de idosos, a maior parte das investigações sobre este grupo populacional refere-se a populações institucionalizadas. São ainda poucos no Brasil os estudos epidemiológicos de base populacional, voltados às condições de saúde bucal da população adulta. Nesse sentido, o estudo mais recente foi o projeto Saúde Bucal Brasil, realizado em 2003. Segundo este, destaca-se o fato que o componente perda dentária do CPO-D responde por cerca de 66% do valor do índice no grupo de 35 a 44 anos e a quase 93% no grupo de 65 a 74 anos.

Nessa perspectiva, descrever as características das condições de saúde bucal, sócio-econômicas e demográficas, de acesso e utilização dos serviços odontológicos, de um grupo populacional com idade maior ou igual a 45 anos é o que se propõe neste estudo.

2. METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo epidemiológico, de corte transversal, que foi escolhido por permitir uma descrição inicial da população estudada, através do detalhamento e da comparação dos perfis epidemiológicos de adultos e idosos, sendo este rápido e de fácil execução.

Alagoinhas, local onde o estudo foi realizado, é um município pertencente ao estado da Bahia, situado na mesoregião nordeste. Ele é o sexto município baiano em área territorial, possuindo uma extensão de 736,8 km², e uma densidade demográfica de 190,4 hab./km². A população total é de 139.853 habitantes e a grande maioria (86,43%) reside na zona urbana, havendo uma ligeira predominância do sexo feminino (52%) e uma maior concentração populacional na faixa etária de 20 a 29 anos (19,3%)⁸. Ele está ligado a Salvador, capital baiana, através da BR 101 e BA 116, numa distância de 107 Km⁹. Nesse município, o fenômeno de envelhecimento populacional já se demonstra presente, estando 8,7% dos habitantes acima dos 60 anos de idade, num total de 12.162 pessoas. Este é o padrão etário observado na população brasileira, que apresenta 9,7% de pessoas com mais de 60 anos, critério de idade adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁸ para definir a população idosa.

Para a amostragem, adotou-se um cálculo a partir da população finita de indivíduos acima de 45 anos no município de Alagoinhas, residentes na zona urbana, num total de 22.222 pessoas⁸.

Adotou-se também um intervalo de confiança de 95%, uma prevalência do efeito de 40% entre os expostos, e o pior resultado esperado de 35%. Dessa maneira calculou-se o tamanho da amostra em 363 indivíduos, para cada faixa etária: adultos (45 a menor de 60 anos) e idosos (60 anos e mais). A esse resultado amostral, foi acrescido 20% ao número de indivíduos definidos para cada faixa etária, como uma precaução para as perdas estimadas, obtendo-se ao final do cálculo um total de 871 (arredondado para 900) indivíduos a serem sorteados.

Foram incluídos na amostra indivíduos residentes na zona urbana do município, dentro do grupo de idade definido, e excluído aquele, cujo grau de dependência, quer seja por deficiência mental ou física, o tornou incapaz de compreender e responder as questões propostas. Esta amostra foi realizada através de procedimento sistemático, que segundo Medronho¹⁰, é geralmente usada quando é possível um ordenamento na população de estudo, sendo de fácil execução e menos sujeita a erros. A identificação da população de estudo em questão, inicialmente foi realizada através das fichas cadastrais das famílias, realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Alagoinhas possui 74,7% de cobertura municipal pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde. Os ACS, pertencentes aos programas, acompanham as famílias e atualizam as fichas cadastrais mensalmente. Essas, além de outras informações, relacionam os nomes e as idades de todos os integrantes de cada família, sendo possível localizá-las através das micro-áreas de abrangência de cada ACS. As recusas foram substituídas através de sorteio entre os indivíduos residentes na mesma micro-área dos ACS.

As variáveis e indicadores adotados neste estudo foram: condições de saúde bucal (perda dentária, condição periodontal - medida através do Índice Periodontal Comunitário (IPC), uso, condições e necessidade de prótese dentária, lesões na mucosa oral, cárie dentária - medida

através do Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), observando-se a média encontrada para cada componente deste indicador), informações sócio-demográficas (idade, sexo, cor da pele auto-referida, grau de escolaridade – definida como até primeiro grau incompleto e primeiro grau completo e mais, renda mensal individual – expressa em salários mínimos, trabalho – definida se o indivíduo está trabalhando, ou fora da população economicamente ativa (PEA), que tanto pode expressar a condição de desempregado, aposentado ou pensionista, tipo de família – definida como nuclear, quando composta por pais e filhos, extensa, quando composta por indivíduos com outros laços de parentesco ou sem os mesmos, e morando sozinho), estilo de vida (hábito de fumar), hábitos de higiene oral (frequência e recursos utilizados), ter recebido ou não orientação sobre higiene oral (que inclui técnicas de escovação, uso do fio dental), acesso e utilização dos serviços odontológicos (frequência de procura e motivo).

A coleta dos dados populacionais foi feita através do preenchimento de um questionário e do exame bucal clínico. Os dados foram coletados pela pesquisadora e registrados pelos Agentes Comunitários de Saúde do município, na área descoberta pelo Programa de Saúde da Família (PSF), e por 10 cirurgiões-dentistas, que compõem o quadro dos profissionais do PSF de Alagoinhas, também com o auxílio dos ACS e auxiliares de consultório odontológico que fazem parte dessas equipes.

O exame bucal clínico realizado para avaliar a perda dentária, condições de saúde periodontal, uso, condições e necessidade de próteses, presença de lesões de mucosa e cárie dentária, seguiu os critérios do levantamento epidemiológico nacional, Saúde Bucal Brasil¹. Foi utilizado espelho bucal e sonda periodontal, instrumentos padronizados pela Organização

Mundial da Saúde, para a realização dos exames bucais, devidamente esterilizados conforme as normas de biossegurança do Ministério da Saúde.

Os sujeitos da pesquisa sorteados foram examinados na residência, e após receberem todas as informações necessárias e autorizarem o exame, foram orientados para sentar-se em uma cadeira comum diante de uma janela, ou na varanda da casa. O examinador devidamente paramentado com avental, máscara e luvas descartáveis se aproximou do sujeito solicitando a abertura da cavidade bucal, e com o auxílio dos instrumentos e sob a ação da luz natural, observou a condição dos dentes e dos tecidos moles. A técnica de exame é rápida, indolor, e dispensa a aplicação de qualquer substância antes, durante ou depois de sua execução. O anotador se posicionou ao lado do cirurgião-dentista para em condições ótimas de comunicação registrar na ficha específica os códigos previamente padronizados que foram transmitidos pelo examinador. Todos os profissionais envolvidos na coleta de dados, participaram do processo de calibração, obtendo-se os seguintes resultados de concordância inter-examinadores: perda dentária (99%), alteração periodontal (94%), uso de prótese dentária (100%), necessidade de prótese dentária (92%), alteração de tecido mole (90%).

Os problemas bucais observados pelo cirurgião-dentista foram comunicados ao sujeito da pesquisa, que recebeu um relatório resumido das suas condições bucais, contendo também a indicação da unidade de saúde mais próxima para a realização da assistência odontológica necessária. Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, e a coleta de dados foi realizada nos meses de julho a setembro de 2007. Por se tratar de um estudo que envolveu pessoas, a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos

participantes foi o primeiro passo, em cada etapa da realização da pesquisa. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade no uso das informações obtidas na coleta de dados, excluindo os nomes dos participantes das bases de dados, como também de qualquer publicação posterior dos resultados.

Procedeu-se a análise descritiva dos dados por grupos de idade e sexo comparando-se a prevalência de edentulismo e demais variáveis para definir o perfil epidemiológico de saúde bucal dos indivíduos estudados. Os programas estatísticos utilizados foram SPSS (versão 9.0)¹¹ e o Stata¹².

3. RESULTADOS

O grupo de estudo foi constituído por 902 indivíduos, sendo 48,5% (437) adultos e 51,5% (465) idosos. De acordo com o sexo, obteve-se a seguinte distribuição: 28,5% homens e 71,5% mulheres. Em comparação à população do município de Alagoinhas neste grupo existe uma maior predominância do sexo feminino (56,6%) em relação ao masculino (43,4%), e da população adulta (55,8%) em relação à idosa (44,2%).

A prevalência total de edentulismo encontrada no grupo estudado foi de 27,7%. Na Tabela 1 é possível verificar que no grupo de homens adultos, 9,2% encontrava-se totalmente sem dentes naturais, ocorrendo um aumento dessa prevalência de edentulismo de acordo com a faixa etária e sexo. No Gráfico 1 é possível verificar uma proporção maior de mulheres edêntulas em comparação aos homens tanto na faixa etária adulta quanto idosa, porém, observa-se que a

situação se inverte quando o critério é a presença de 1 a 19 dentes naturais na cavidade bucal, mostrando uma maior prevalência entre os homens adultos (65,8%), havendo um decréscimo em relação aos outros grupos estudados.

No que se refere aos indicadores odontológicos apresentados na Tabela 2, a necessidade de próteses total e parciais na população examinada, não apresentou grandes divergências, havendo uma necessidade média em torno de 98,3% na arcada superior e 97% na arcada inferior. A maior necessidade de prótese total foi apresentada pelas mulheres idosas (75% para a arcada superior e 55,1% para a inferior), porém foi entre homens e mulheres adultos que se observou uma diferença mais acentuada na necessidade de prótese total superior, condição esta apresentada em pior estado pelas mulheres adultas (51,5%). Em contraste são os homens, tanto adultos como idosos, que necessitam e não usam qualquer tipo de prótese (56,4% adultos e 73,0% idosos na arcada superior e, 85,0% adultos e 85,3% idosos na arcada inferior). Na Tabela 2, pode-se verificar também o Índice Periodontal Comunitário, cuja maior prevalência observada referiu-se à presença de cálculo dentário em todos os grupos estudados, sendo a melhor situação apresentada pelas mulheres adultas (58,4%), porém este foi o grupo que apresentou maior prevalência de lesões na mucosa oral (11,7%). O CPO-D médio encontrado foi de 25,0, sendo o grupo de mulheres idosas o que apresentou menor proporção de dentes hígidos. O componente cariado deste indicador foi mais prevalente entre homens adultos (47,5%) e o restaurado entre mulheres adultas (15,8%).

Uma maior proporção do grupo estudado apresentou cor da pele preta ou parda (81,2% dos adultos e 81,9% dos idosos), porém a maior prevalência de edentulismo foi observada entre mulheres idosas com cor de pele auto-referida branca (55,8%). As mulheres idosas com

escolaridade baixa e renda pessoal \leq 1 salário mínimo também foram as que apresentaram maior prevalência de edentulismo (45,3% e 44,7% respectivamente). Chama atenção que o grupo de mulheres adultas morando sozinhas (35,7%) e fora da PEA (população economicamente ativa) (18,5%) apresentaram maior prevalência de edentulismo em comparação ao grupo de homens nessa mesma faixa etária. Dos grupos estudados, o fato de não ter recebido orientação sobre higiene oral aumentou a prevalência de edentulismo, mostrando maior frequência entre idosos de ambos os sexos. Porém no grupo de mulheres adultas, a prevalência de edentulismo aparece quase três vezes maior entre aquelas que receberam (9,6%) e não receberam (23,1%) orientação sobre higiene oral. Indivíduos fumantes apresentaram maior prevalência de edentulismo. Resultado diferente foi apresentado apenas pelo grupo de mulheres idosas que relataram nunca terem fumado mas, que apresentaram maior proporção de edentulismo (48,0%) (Tabela 3).

Quanto aos cuidados referentes à saúde bucal, mais de 87,0% dos homens e mulheres estudados declararam escovar os dentes até três vezes ao dia, a grande maioria, mais de 90,0%, faz uso do creme dental como auxiliar dessa prática, porém o uso do fio dental ainda não faz parte da rotina da maioria dos entrevistados. Predominou acima de três anos o período relatado como da última visita ao dentista, sendo que a maioria dos entrevistados ainda declarou a extração dentária como principal motivo da mesma (Tabela 4).

4. DISCUSSÃO

A alta prevalência de edentulismo e o elevado índice de CPO-D médio observados nesse estudo evidenciam as precárias condições de saúde bucal da população adulta e idosa analisada.

Esta situação é semelhante à encontrada em outros estudos envolvendo indivíduos adultos e idosos^{13,14,15,16,17,18,19}, onde o número médio dentes cariados, perdidos e obturados variou de 20,4 a 31,0, e a prevalência de edentulismo variou entre 9,0% a 72,0%.

Chama atenção como a perda dentária se acelera após a quinta década de vida em ambos os sexos, sendo mais acentuada entre os homens onde os idosos são três vezes mais edêntulos em comparação aos adultos. Porém, a despeito dessa situação, o grupo feminino é o que apresenta uma maior proporção de edentulismo em ambas as faixas etárias, sendo precoce a maneira como esta condição se conforma. A variável idade tem sido mais comumente associada ao problema da perda dentária, como demonstram alguns estudos realizados no Rio Grande do Sul e em São Paulo, que mostraram que os idosos apresentavam em média, apenas nove e dois dentes presentes na cavidade bucal, respectivamente. É coerente com a explicação desse quadro, o tipo de assistência odontológica “mutiladora” e emergencial a que esta parcela da população esteve relegada por muitas décadas, o que resultou num problema considerado de saúde pública²⁰.

Com relação ao sexo, as mulheres apresentam maior chance de se tornarem edêntulas em comparação aos homens. Segundo Sheiham²¹ esse é um padrão que se repete em muitos países, e apesar das mulheres normalmente apresentarem níveis mais baixos de cárie e de doença periodontal, estas estão mais susceptíveis às perdas dentárias mais precocemente. O que se atribui como causa a esse problema, não diz respeito à maior ou menor susceptibilidade feminina aos problemas bucais, mas sim, a um padrão de comportamento específico das mulheres em relação ao cuidado bucal, que vão mais ao dentista que os homens. Dados encontrados na literatura discutem o fato de nunca ter ido ao dentista como um fator de proteção para o edentulismo, pois a chance da perda dentária é duas vezes maior em pessoas que foram ao dentista pelo menos uma

vez na vida em comparação aos que nunca o fizeram²², dado o modelo de atenção odontológica prevalente, com menor ênfase na prevenção do que no tratamento mutilador.

O percentual de dentes perdidos encontrado foi o componente que mais contribuiu na composição do CPO-D. Foi observado ainda, que o grupo de homens adultos apresentou maior percentual de dentes cariados, enquanto as mulheres adultas apresentaram o maior percentual de dentes restaurados. Observou-se também, que a presença de cálculo dentário foi a condição prevalente em todos os grupos estudados, a partir do Índice Periodontal Comunitário. Nesta condição as mulheres adultas foram as que apresentaram melhor situação. Os homens adultos e idosos foram os que apresentaram maior prevalência de bolsas periodontais de 4-5 mm e 6 mm, respectivamente. No estudo de Meneguim & Saliba²³, em Piracicaba, com faixa etária para população adulta similar à definida nesse estudo, o componente perdido representou 71,4% do índice CPO-D, passando para 92,5% nos indivíduos com setenta anos ou mais. Mesas, Andrade e Cabrera²⁴ identificaram em Londrina, que as mulheres tinham mais dentes perdidos e os homens mais dentes cariados, porém, esta realidade não reflete, necessariamente, uma condição de saúde bucal melhor dos homens, pois, apesar do maior número de dentes, eles têm maior frequência de dentes cariados e de bolsas periodontais^{25,26}.

A alta frequência de necessidade de prótese observada nesse estudo pode ser explicada, em parte, pela baixa condição financeira da população de adultos e idosos e ao custo elevado dos tratamentos reabilitadores, inexistente no setor público, restando a extração como principal alternativa para muitos casos^{16,27}. Chama atenção o fato das mulheres apresentarem maior necessidade devido ao mal estado de conservação das próteses, ratificando o percentual de lesões de mucosa oral encontrado nesse grupo, muito provavelmente ocasionadas pela má adaptação das

peças protéticas, e os homens, por não utilizarem qualquer tipo de prótese. Foi observado também, que as mulheres idosas foram as que apresentaram maior necessidade de prótese total, principalmente na arcada superior. Esses resultados mostraram-se condizentes aos observados no levantamento epidemiológico realizado na região Nordeste em 2003, onde a necessidade de próteses apresentada pelas pessoas na faixa etária de 65 a 74 anos variou de 46,4% para a arcada superior e 66,6%, na inferior. Esta região foi a que apresentou um maior percentual de pessoas de 65 a 74 anos com necessidade de próteses totais (48,05%)¹.

Os indivíduos com menor escolaridade, menor renda individual e que se encontravam fora da população economicamente ativa foram os que apresentaram maior prevalência de edentulismo, demonstrando a influência dos fatores socioeconômicos na determinação do perfil de saúde bucal dos grupos estudados. A maior parte dos trabalhos aponta para uma forte associação entre o nível socioeconômico – composto pelos fatores: renda, nível educacional e tipo de ocupação, e a condição de saúde bucal das comunidades^{28,29,30,31}. De acordo com os resultados apresentados pelo Saúde Bucal Brasil, em 2003, as regiões Norte e Nordeste são as que possuem médias mais altas de dentes cariados e perdidos, e maior necessidade de prótese quando comparadas às demais regiões brasileiras, demonstrando o retrato das desigualdades sociais observadas no país. Esta situação se assemelha à encontrada na Finlândia³², onde adultos de 35 a 64 anos apresentaram uma expressiva diferença no contingente perdido do CPO-D entre pacientes com alta e baixa renda, com melhores indicadores para o primeiro grupo, e um pior nível de saúde bucal entre os indivíduos com pior nível de escolaridade.

No presente estudo, as mulheres adultas e idosas com cor de pele branca apresentaram maior prevalência de edentulismo, em comparação ao grupo de homens nessas faixas de idade,

que auto-referiram a cor da pele preta ou parda. Alguns trabalhos têm demonstrado que diferenças entre grupos étnicos em uma mesma sociedade são evidentes, principalmente quando as questões socioeconômicas estão envolvidas^{30,33}. Porém, num estudo realizado por Harris³⁴ no qual houve o controle dessas variáveis, a população negra apresentou indicadores de saúde bucal tão bons ou melhores quando comparada socialmente à branca.

Observou-se que idosos de ambos os sexos que pertenciam a uma família nuclear, foram os que apresentaram maior prevalência de edentulismo, porém chama atenção o grupo composto por mulheres adultas que moram sozinhas por possuírem quase o dobro de edentulismo em comparação àquelas que moram em famílias nucleares ou extensas. No Brasil, as mulheres estão em maior número a partir dos 20 anos, e o fato destas ficarem sozinhas tende a aumentar com o aumento da idade por diversos motivos, como por exemplo a viuvez, devido à maior mortalidade entre indivíduos do sexo masculino³⁵. Para Drake, Hunt e Koch³⁶ e Araújo et al³⁷ existe uma associação entre perda dentária e eventos negativos de vida (como a viuvez), baixos níveis de prestígio ocupacional, menos ajuda de familiares e amigos, e presença de sintomas depressivos. Segundo estes autores, diante das questões econômico-sociais e de saúde, as pessoas nessa situação tornam-se sujeitas à vulnerabilidade social, sendo importante o apoio social para melhoria da sua saúde e do seu bem-estar, atuando em algumas situações, até mesmo como um fator de proteção.

A escovação realizada até três vezes ao dia, associada ao uso do creme dental foi relatada por todos os grupos estudados como principal método de cuidado com a saúde bucal. O fio dental, ao contrário, ainda não é utilizado rotineiramente por estes indivíduos e o fato da ausência de orientação sobre higiene oral aumentou a prevalência de edentulismo em todas as faixas

etárias pesquisadas, agravando-se entre adultos de ambos os sexos. Autores apontam que muitos problemas odontológicos são, na realidade, complicações de processos patológicos acumulados durante toda a vida do indivíduo, devido à higiene bucal deficiente, iatrogenia, falta de orientação e de interesse em saúde bucal e ao não-acesso aos serviços de assistência odontológica²⁰.

No presente estudo, preponderou um intervalo de tempo acima de três anos decorridos desde a última visita ao dentista, sendo que a extração dentária foi o principal motivo para esta procura. Dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde mostram que, no serviço público, as extrações dentárias correspondem a 14,0% de todos os procedimentos básicos ofertados, sendo que essa proporção varia de 22,0% no Nordeste a 8,0% no Sudeste, e em alguns municípios, a proporção chega a 100%³⁸.

A população de Alagoinhas segue a tendência nacional ao exibir maior frequência de pessoas do sexo feminino. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a distribuição por gênero na população brasileira nos anos 2002/2003 correspondia a aproximadamente 51% de mulheres e 49% de homens, neste estudo contudo, a proporção apresentou-se maior, correspondendo a 71,5% de mulheres e 28,5% de homens. Uma das possibilidades para o desequilíbrio entre os gêneros deveu-se provavelmente ao horário da coleta de dados, visto que durante o horário comercial aumenta a possibilidade de se encontrar mais mulheres que homens nas residências. Inúmeros estudos envolvendo a população idosa também, mostraram a predominância do sexo feminino, havendo um aumento gradativo com o aumento da idade. Explicações a este evento chama atenção para a feminização da velhice, principalmente devido ao fato das menores taxas de mortalidade entre mulheres em todas as faixas de idade^{39,40,41}.

A maior longevidade das mulheres no Brasil mostra que o número de idosos do sexo feminino supera em três pontos percentuais a do sexo masculino⁴².

Como limitações pode-se apontar para o fato desse estudo ter adotado a faixa etária de adultos (45 – 59 anos) acima da utilizada para esta população (35 – 44 anos) na maioria dos estudos epidemiológicos em saúde bucal. Isso dificultou a discussão de alguns aspectos abordados na caracterização do perfil de saúde bucal dos adultos, principalmente devido à ausência de parâmetros. Pode-se apontar também que este é um estudo transversal, com objetivo eminentemente descritivo, suscitando a necessidade de aprofundamento das questões aqui levantadas, a fim de identificar os fatores de risco potenciais que podem se associar à perda dentária da população estudada. A maior proporção de mulheres nesta amostra pode ter levado à superestimação da prevalência para perdas dentárias, apesar dos resultados aqui apontados serem semelhantes à unanimidade dos estudos referenciados acima.

Este estudo, ao abordar a magnitude do problema perda dentária entre indivíduos adultos e idosos residentes no município de Alagoinhas- BA, apresentou um quadro epidemiológico grave, evidenciado pela alta prevalência de edentulismo presente na população estudada. Sabe-se que a carga de doença bucal é muito grande, principalmente entre indivíduos idosos e que o serviço público brasileiro ainda não está capacitado para absorver esta demanda, resultando na maioria das vezes num serviço onde a extração dentária ainda aparece como única alternativa para muitos casos. Necessário se faz definir prioridades que orientem uma reestruturação de atenção odontológica e uma mudança de atitude frente aos problemas de saúde bucal de pessoas adultas e idosas, a fim de que haja melhoria na condição de saúde bucal e conseqüentemente na qualidade de vida dessas pessoas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do Examinador – Projeto Saúde bucal Brasil**. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 02/09/2003.
2. FDI (Fédération Dentaire Internationale), Global goals for oral health in the year 2000. **International Dental Journal**, 1982; 32:74-77.
3. COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde do idoso no Brasil. **Caderno de Saúde pública**, Rio de Janeiro, 2002; 18 (5): 1313 - 1320.
4. PUCCA JÚNIOR, G. A; Saúde Bucal do Idoso: Aspectos Sociais e preventivos. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**, cap. 1, São Paulo: Atheneu, 1996.
5. SALIBA, C. A. et al. Auto-avaliação de Saúde na 3ª idade. **RGO**, 1999; 47 (3): 127 – 130.
6. ALMEIDA, M.E.L. e SOUZA, E.H.A . Envelhecimento e Saúde Bucal: Alguns Aspectos da Bucalidade nas Transformações do Corpo do Idoso. In: DIAS, AA e cols. **Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas**, São Paulo: Santos Editora, 2006.
7. PETERSEN, P.E. The World Oral Health Report, 2003: continuous improvement of oral in 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol**, 2003; 31 (Suppl 1): 3 – 24.
8. IBGE – **ESTATÍSTICA POPULACIONAL**, contagem 2000. Brasil. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 10 de outubro 2006.
9. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**. Prefeitura Municipal de Alagoinhas. Relatório de Gestão 2001.
10. MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003, 493p.
11. SPSS ® v. 9 (Statistical Package for the Social Sciences). User's Guide. Copyright ©, **SPSS INC**. 1999.
12. **STATA STATISTICAL SOFTWARE** (Computer Program), Version 8.0. College Station (TX): Stata Corporation, 2003.
13. SILVA SRC, VALSECKI JÚNIOR A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Rev. Panam Salud Pública**, 2000; 8: 268-71.

14. MARTINS NETO, M., PADILHA D.M.P. Avaliação clínica da saúde bucal e do uso do fumo de três grupos de idosos. **Rev Odonto Ciênc.** 2000; 31:53-70.
15. SILVA DD, SOUZA MLR, TOLEDO R, LISBOA CM. Condições de saúde bucal em idosos na cidade de Piracicaba. **Rev Assoc Paul Cir Dent**; 2002; 56:183-7.
16. COLUSSI, C. F., FREITAS S. F. T., CALVO M. C. M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Rev. bras. epidemiol.** 2004; v.7 n.1.
17. CALDAS JUNIOR, A. F., CIMÕES, R., MARCENES, W.S. Impact of restorative treatment on tooth loss prevention. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, 2003; v.17, n.12, p. 166-170.
18. CIMÕES, R., CALDAS JUNIOR, A.F., SOUZA, E. H. A. Razões das pedas dentárias nas cidades de Maceió e Recife. **Arquivos do Centro de Estudos de Odontologia**, Belo Horizonte, 2004; v. 40, p. 229-236.
19. CIMÕES, R., CALDAS JUNIOR, A.F., SOUZA, E. H. A., GUSMÃO, E. S. Primary reason for tooth extraction in an adult population. **Oral Health and Preventive Dentistry**, Great Britain 2005; v. 3, n. 3, p.151-157.
20. SHINKAI, R.S.A., DEL BEL CURY, A.A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2000; 16(4):1099-1109.
21. SHEIHAM, A. Impact of dental treatment on the incidence of dental caries in children and adults. **Comm Dent Oral Epidemiol**, 1997; 25: 104 – 112.
22. OLIVEIRA, A.G.R. da C. Edentulismo. In: ANTUNES, J.L.F. e PERES, M.A. **Fundamentos de Odontologia. Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 205 – 218.
23. MENEGHIM, M. C., SALIBA, N.A. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba – SP: 1998. **RPG Rev Pós Grad.**, São Paulo, 2000; v.7, n.1, p. 7 – 13.
24. MESAS, A.E., ANDRADE, S.M., CABRERA, M.A.S. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. **Rev Bras Epidemiol**; 2006; 9(4): 471-80.
25. MATOS, D.L., GIATTI, L., LIMA-COSTA, M.F. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. **Cad. Saúde Pública**, 2004; n.20, p. 1290 – 7.
26. BIAZEVIC M.G.H., MICHEL-CROSATO E., IAGHER, F., POOTER, C.E., CORREA, S.L.C., GRASEL, C.E. Impact of oral health on quality of life among the elderly

- population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. **Braz. oral res.** v.18, n.1, São Paulo Jan./Mar. 2004.
27. FLORIANO, F.R., COSTA, M.C.N., MOTA, E. Condições de saúde bucal de idosos em Salinas das Margaridas- Ba, 2002. **Rev. Fac. Odontolo. Univ. Fed. Bahia**, 2004; 29: 5-10.
 28. SILVA, P. S. B. **Saúde bucal e qualidade de vida de um grupo de idosos de Araçatuba – São Paulo: utilização do Oral Health Impact Profile (OHIP – 14) e caracterização do perfil sócio-econômico dos entrevistados.** Tese (Doutorado) – Faculdade de odontologia de Araçatuba Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2000, 144p.
 29. CIMÕES, R., CALDAS JUNIOR, A.F., SOUZA, E. H. A., GUSMÃO, E. S. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007; v.12, p 1691-1696.
 30. PUCCA JUNIOR, G. A., ALFREDO, G. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu: 2002, p. 297 – 310.
 31. CABRAL, E.D., CALDAS, A. F., CABRAL, H.A.M. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 2005; v. 33, n.6 p. 461-466.
 32. FREITAS, S. F. T. de. **História Social da cárie dentária.** Bauru, SP: EDUSC, 2001, 126 p.
 33. TURUNEM et al. Perspectives on poor dental health and its determinants. **Community Dental Health**, 1991; v. 10, p. 49 – 55.
 34. HARRIS, E.E. Dental health patterns in an urban Midsouth population: race, sex and age changes. **Quintessence Int.**, 1992; v. 23, p. 45 – 52.
 35. BULGARELLI, A. F. **Saúde Bucal em idosos: queixas relatadas.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo, 2006. 144p.
 36. DRAKE, C. W.; HUNT, R. J.; KOCH, G. G. Three-year tooth loss among black and white older adults in North Carolina. **J. Dental Res.**, 1995; v. 74, n.2, p.675-80.
 37. ARAÚJO, S.S.C. et al. Social support, health and oral health promotion among the elderly population of Brazil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, 2006; v.10, n.19, p.203-16.

38. NARVAI, P.C., FRAZÃO, P., RONCALLI, A.G., ANTUNES, J.L.F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Pública**, 2006; 19:385-93.
39. CALDAS JUNIOR, A.F. et al. Prevalência de cárie e edentulismo em idosos de Recife – Pernambuco – Brasil. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, João Pessoa, 2002; v.6, n.2, p. 113 – 122.
40. LIMA-COSTA, M.F., PEIXOTO, S.V., GIATTI, L. Tendência de mortalidade entre idosos brasileiros (1980 – 2000). **Epid. Serv. Saúde**, Brasília, 2004; v.13, n. 4, p. 217 – 228.
41. TIBÉRIO, D., SANTOS, M.T.B. R., RAMOS, L. R. Estado periodontal e necessidade de tratamento em idosos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, 2005; v. 59, n. 1, p. 69 – 72.
42. IBGE – **Censo Demográfico: Brasil, 2002**. Disponível em <[http:// www. ibge. gov.br.](http://www.ibge.gov.br)> Acesso em 14 de novembro 2008.

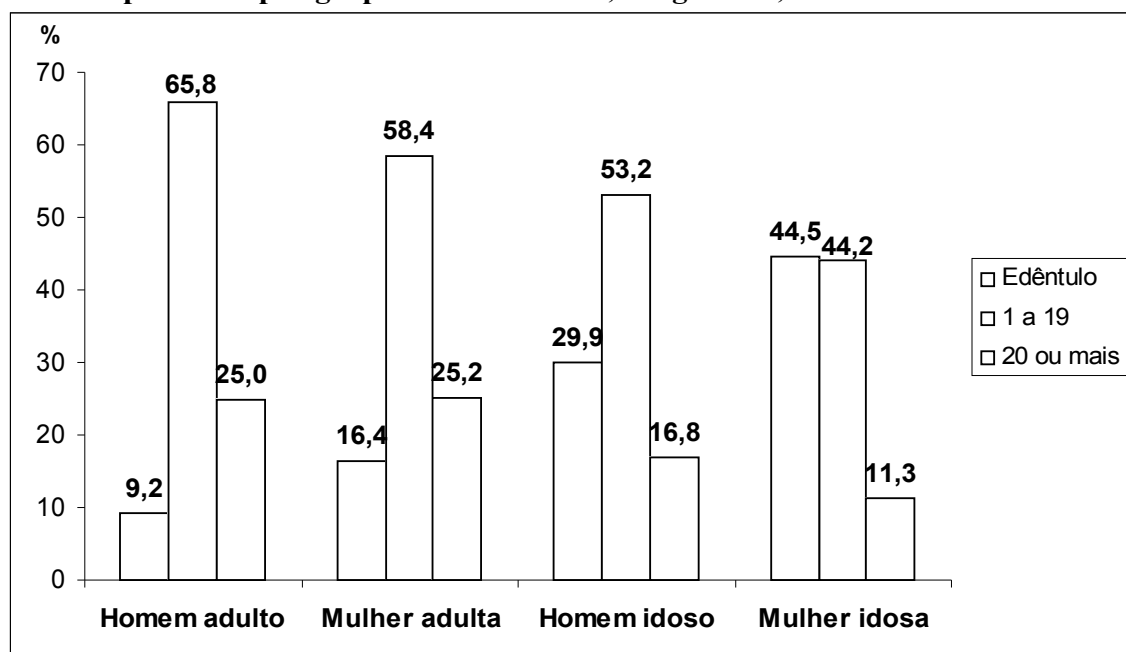
Tabela 1 – Distribuição do número e percentual de indivíduos por faixas de número de dentes naturais presentes por grupo de idade e sexo, Alagoinhas, 2007.

Dentes naturais presentes	Adultos				Idosos			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	11	9,2	52	16,4	41	29,9	146	44,5
1 – 19	79	65,8	185	58,4	73	53,2	145	44,2
20 – 25	18	15,0	60	18,9	16	11,7	23	7,0

26 ou mais	12	10,0	20	6,3	07	5,1	14	4,3
Total	120	100,0	317	100,0	137	100,0	328	100,0

*Adultos: indivíduos com idade de 45 a 59 anos; idosos: indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos

GRÁFICO 1 – Distribuição percentual de indivíduos por faixas de número de dentes naturais presentes por grupo de idade e sexo, Alagoínhas, 2007.



*Adultos: indivíduos com idade de 45 a 59 anos; idosos: indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos

Tabela 2 – Distribuição do número e percentual (%)¹ de indivíduos de acordo com os indicadores odontológicos por grupo de idade e sexo, Alagoínhas, 2007.

Indicadores	Adultos ²		Idosos ²	
	Masculino (n=120)	Feminino (n=317)	Masculino (n=137)	Feminino (n=328)
Necessidade de prótese superior				
Não	3 (2,5)	8 (2,5)	0 (-)	6 (1,8)
Sim – Total e Parciais ³	117 (97,5)	309 (97,5)	137 (100)	322 (98,1)
Sim – Prótese total	46 (39,3)	159 (51,5)	84 (61,3)	242 (75,1)
Sim – Próteses parciais	71 (60,7)	150 (48,5)	53 (38,7)	80 (24,8)
Sim – Não usa ⁴	66 (56,4)	132 (42,7)	100 (73,0)	159 (49,9)
Sim – Não usa prót. Total ⁵	11 (23,9)	33 (20,7)	50 (59,5)	89 (36,8)
Usa e necessita troca	32/51 (62,7)	113/177(63,8)	23/37 (62,2)	105/163 (64,4)
Necessidade de prótese inferior				
Não	6 (5,0)	13 (4,1)	1 (0,7)	7 (2,1)

Sim – Total e Parciais ³	114 (95,0)	304 (95,9)	136 (99,3)	321 (97,9)
Sim – Prótese total	16 (14,0)	68 (22,4)	58 (42,6)	177 (55,1)
Sim – Próteses parciais	98 (86,0)	236 (77,6)	78 (57,4)	144 (44,9)
Sim – Não usa ⁴	97 (85,0)	242 (79,6)	116 (85,3)	233 (72,9)
Sim – Não usa prót. Total ⁵	8 (50,0)	31 (45,6)	40 (69,0)	103 (58,2)
Usa e necessita troca	11/17 (64,7)	35/62 (56,4)	11/20 (55,0)	61/88 (69,3)
Índice Periodontal Comunitário⁶				
Hígido	10 (9,9)	49 (20,0)	6 (8,0)	23 (16,0)
Sangramento	9 (8,9)	26 (10,6)	8 (10,7)	11 (7,6)
Cálculo	63 (62,4)	143 (58,4)	49 (63,3)	94 (65,3)
Bolsa 4-5mm	17 (16,8)	21 (8,6)	7 (9,3)	8 (5,6)
Bolsa acima 6 mm	2 (2,0)	6 (2,4)	5 (6,7)	8 (5,6)
Lesões na mucosa oral				
Presença	9 (7,5)	37 (11,7)	9 (6,6)	37 (11,3)
CPO-D				
≥ 25	72 (60,0)	167 (52,7)	48 (35,0)	81 (24,7)
Dente hígido				
< 6	48 (40,0)	150 (47,3)	89 (65,0)	247 (75,3)
Dente cariado				
≥ 3	57 (47,5)	104 (32,8)	55 (40,2)	84 (25,6)
Dente restaurado				
≥ 1	17 (14,2)	50 (15,8)	3 (2,2)	13 (4,0)

¹ Percentuais entre parênteses

² Adultos: indivíduos com idade de 45 a 59 anos; idosos: indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos

³ Parciais incluem: prótese fixa, de um ou mais elementos, prótese parcial removível.

⁴ Percentual do total que necessita de prótese.

⁵ Percentual dos que usam prótese total.

⁶ Índice Periodontal Comunitário: calculado entre indivíduos que tiveram sextantes examinados.

Tabela 3 - Distribuição do número e percentual de indivíduos por características pessoais, sócio-econômicas e hábitos de vida, e prevalência de edentulismo¹ por grupo de idade e sexo Alagoinhas, 2007.

Variáveis	Adultos ²				Idosos ²			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	Total (n=120)	Prev. (%) edent.	Total (n=317)	Prev. (%) edent.	Total (n=137)	Prev. (%) edent.	Total (n=328)	Prev. (%) edent.
Cor da pele								
Branca	19	21,0	44	20,4	16	12,5	43	55,8
Preta	31	6,4	87	18,4	52	38,5	92	37,0
Parda	62	6,4	175	14,3	63	28,6	174	46,5
Outras	8	16,7	11	18,2	6	16,7	19	36,8
Escolaridade								
Não sabe ler/ escrever - 1º grau incompleto	81	11,1	203	18,7	117	34,5	296	45,3
1º grau completo e +	39	5,1	114	12,3	20	15,0	32	37,5
Renda (salário mínimo)								
≤ 1	85	8,2	282	17,0	106	32,0	291	44,7
> 1	35	11,4	35	11,4	31	22,6	37	43,2
Tipo de Família								
Mora sozinho(a)	11	0,0	14	35,7	15	20,0	37	37,8
Família Nuclear	76	7,9	207	15,9	70	34,3	134	47,0
Família Extensa	33	15,1	96	14,6	52	26,9	157	43,9
Trabalho								
Está Trabalhando	37	8,1	52	5,8	11	36,4	7	42,9
Fora PEA ³	83	9,6	265	18,5	126	29,4	321	44,5
Orientação Higiene Oral								
Sim	43	7,0	157	9,6	42	26,2	109	37,6
Não	77	10,4	160	23,1	95	31,6	219	47,9
Fumante⁴								
Nunca	38	7,9	158	15,2	39	25,6	154	48,0
Fuma	41	12,2	51	17,6	29	34,5	39	35,9

¹Edentulismo: Condição das pessoas sem todos os dentes naturais

²Adultos: indivíduos com idade de 45 a 59 anos; idosos: indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos

³PEA- População Economicamente Ativa (estudantes, desempregados, aposentados, pensionistas)

⁴Não foram incluídos os ex-fumantes

Tabela 4 – Distribuição percentual de indivíduos de acordo com cuidados referentes à saúde bucal por grupo de idade e sexo, Alagoinhas, 2007.

	Adultos ¹		Idosos ¹	
	Masculino (n=120)	Feminino (n=317)	Masculino (n=137)	Feminino (n=328)
Escovação²				
Até 3 vezes/ dia	92,7	87,2	93,8	91,8
Mais 3 vezes / dia	7,3	12,8	6,2	8,2
Uso creme dental²				
Sim	98,2	99,6	99,0	98,9
Uso fio dental²				
Sim	10,0	24,9	11,5	13,2
Ida ao dentista				
Menos 1 ano	25,8	28,7	16,0	18,6
1 – 3 anos	32,5	26,8	22,6	18,0
Acima 3 anos	41,7	44,5	61,3	63,4
Motivo da ida ao dentista				
Consulta de rotina	22,0	22,8	13,7	16,0
Dor	16,9	11,5	19,0	13,8
Extração dentaria	47,5	46,5	62,6	60,0
Demais motivos ³	13,6	19,2	4,6	14,1

¹Adultos: indivíduos com idade de 45 a 59 anos; idosos: indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos

²Proporções calculadas sobre o número de indivíduos não edêntulos (homem adulto: n=109, mulher adulta: n=265, homem idoso: n=96, mulher idosa: n=182)

³Demais motivos – sangramento gengival, cavidade no dente, prótese, alteração de tecido mole



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EPIDEMIOLOGIA

Artigo 2

ESTUDO DOS FATORES ASSOCIADOS À PERDA DENTÁRIA EM ADULTOS E IDOSOS

Claudia Cerqueira Graça

Salvador – Bahia
2009

RESUMO

A perda dentária avançada é uma característica marcante na condição de saúde bucal de adultos e idosos no Brasil. Com o objetivo de avaliar os possíveis fatores associados à esta perda foi realizado um estudo de corte transversal num grupo populacional com idade maior ou igual a 45 anos, residentes na zona urbana do município de Alagoinhas-Bahia. Os dados foram coletados em visitas domiciliares, através de exame clínico bucal para verificar uso e necessidade de prótese, e presença de lesão de mucosa oral, e da aplicação de um questionário no qual se obteve informações sobre sexo, idade, renda, escolaridade, trabalho, estilo de vida, acesso e utilização dos serviços odontológicos, e orientações acerca do cuidado com a saúde bucal. Para análise considerou-se a perda dentária como variável dependente categorizada de duas maneiras: grupo I – indivíduos com extensa perda dentária (perda de 1 a 31 dentes) e edêntulos (perda total dos dentes), e grupo II – indivíduos com pouca perda dentária (perda de 1 a 12 dentes) e edêntulos. Na análise univariada observou-se que a ausência de orientação sobre o cuidado com a higiene oral, estar fora da população economicamente ativa, ter uma escolaridade baixa, apresentar lesões na mucosa oral, usar prótese superior e/ou inferior e ter um tempo maior que 3 anos desde a última visita ao dentista foram fatores associados significativamente a pelo menos uma perda dental. Na análise de regressão logística, realizada para o grupo I, ser idoso e ter mais de 3 anos desde a última visita ao dentista foram as variáveis que maior peso tiveram na explicação do evento analisado, de forma estatisticamente significativa. Para o grupo II, permaneceram no modelo de regressão como fatores de risco estatisticamente significante: ser do sexo feminino, ser idoso, não ter recebido orientações sobre o cuidado com a higiene oral, estar fora da população economicamente ativa, apresentar lesões na mucosa oral e ter mais de 3 anos desde a última visita ao dentista. Pensar em políticas públicas que levem em consideração os determinantes e fatores de risco que se associam as perdas dentárias, constitui-se no primeiro passo para a busca da solução de um problema de tamanha magnitude no país.

Palavras-chave: perda dentária, saúde bucal, fatores de risco.

ABSTRACT

The advanced tooth loss is an outstanding feature on the condition of adults and elderly's oral health in Brazil. In order to evaluate the possible factors associated with this loss was made a cross-sectional study, of a population group aged greater than or equal to 45 years, residents in the urban zone of Alagoinhas- Bahia. Data were collected from home visits by oral clinical examination to observe the use and need of prosthesis, and the presence of lesions in the oral mucosa, and by the application of a questionnaire to obtain informations of sex, age, income, education, work , lifestyle, access and use of dental services, and about the oral health care guidance. For analysis it was considered tooth loss as the dependent variable categorized in two ways: Group I - individuals with extensive tooth loss (loss of 1 to 31 teeth) and edentulism (total tooth loss), and Group II - individuals with little tooth loss (loss of 1 to 12 teeth) and edentulism. In univariate analysis it was observed that the absence of an oral hygiene guidance, be out of the economically active population, have a low educational level, the presence of oral mucosa lesions, the use of prosthesis upper and / or low, and have a longer time to 3 years since the last visit to the dentist were significantly associated with at least one tooth loss. In logistic regression analysis, conducted for the group I, being old and have more than 3 years since the last visit to the dentist were the variables that have greater weight in explaining the event analysed, statistically significant. In group II, remained in the regression model as statistically significant risk factors: being female, being old, had not received oral hygiene guidance, be out of the economically active population, had lesions in the oral mucosa and have more than 3 years since the last visit to the dentist. Understand the phenomenon of edentulism through its determinants and risk factors, is the first step towards finding the solution to a problem of such magnitude in the country.

Key words: tooth loss, oral health, risk factors.

1. INTRODUÇÃO

A perda dentária avançada é uma característica marcante na condição de saúde bucal de adultos e idosos no Brasil. De acordo com os resultados dos últimos levantamentos epidemiológicos nacionais em saúde bucal, esta situação é persistente e grave^{1,2,3}. Com efeito, a proporção de edentulismo em indivíduos de 35 anos ou mais permanece em pelo menos 9%, e se amplia com a idade, valor este superior à meta de 5% estabelecida pela Organização Mundial de Saúde e a Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2010⁴.

Este quadro é tão mais relevante quando se considera o rápido processo de envelhecimento populacional com o aumento da expectativa de vida, aliado ao fato de que os idosos com perdas dentárias aumentam a demanda por serviços e tecnologias em saúde. Ao lado disso o modelo da atenção e da assistência odontológica prestadas pelo setor público brasileiro nas últimas décadas, priorizaram quase que exclusivamente os escolares de 6 a 12 anos de idade, ficando a população adulta e idosa relegada à ações pontuais, centradas na assistência reparadora ou mutiladora. Ademais, a idéia de manutenção da dentição natural ainda não faz parte do conjunto de valores que define uma boa saúde bucal para grande parte dessa população⁵.

Os poucos estudos epidemiológicos com metodologia transversal que exploraram os fatores de risco e determinantes para perda dentária e edentulismo em adultos e idosos apontam as condições sócio-econômicas, em especial a baixa escolaridade, o gênero, sendo mais prevalente em mulheres, o aumento da prevalência com a idade, além do tempo desde a última consulta odontológica como fatores associados à perda dentaria em adultos jovens^{4,6}. O conjunto

de fatores associados a este problema parece bem mais amplo e complexo do que aponta a literatura nesta área, principalmente quando se leva em consideração os problemas físicos, psicológicos e sociais que afetam a qualidade de vida dessas pessoas na presença da perda dentária total ou parcial, porém nem sempre percebida como uma condição negativa ou prejudicial pelo indivíduo⁷.

Assim, o entendimento desse contexto se torna necessário, face à praticamente inexistência de políticas voltadas para o cuidado em saúde bucal de adultos e idosos, o que se constitui num desafio, em especial no que tange ao enfrentamento do problema, devido às desigualdades sociais na condição de saúde e no acesso ao serviço.

Nessa perspectiva, avaliar os fatores de risco que se relacionam à perda dentária num grupo populacional com idade maior ou igual a 45 anos é o que se propõe nesse estudo.

2. METODOLOGIA

Realizou-se um estudo epidemiológico de corte transversal, no município de Alagoinhas, Bahia, envolvendo uma amostra de 437 indivíduos adultos (45 a 59 anos) e 465 idosos (60 e mais anos), residentes na zona urbana, eleita por comportar mais de 86% da população deste município. A descrição detalhada da área e população de estudo, dos critérios para o cálculo de amostragem e seleção dos participantes, da técnica utilizada para os procedimentos de coleta de dados e do exame bucal estão descritos em outra publicação⁸.

Para análise considerou-se a perda dentária como variável dependente categorizada de duas maneiras para fins de comparação entre edêntulos e demais situações: grupo I – indivíduos com extensa perda dentária (perda de 1 a 31 dentes) e edêntulos (perda total dos dentes); foram excluídos os indivíduos com dentição completa; grupo II – indivíduos com pouca perda dentária (perda de 1 a 12 dentes) e edêntulos, excluindo-se os indivíduos com dentição completa e aqueles com perdas de 13 a 31 dentes. As variáveis independentes foram categorizadas como segue: variáveis sócio-demográficas – sexo (masculino e feminino), idade (adultos – 45 a 59 anos e idosos – 60 e mais anos), cor da pele (branca e não branca), trabalho (estar trabalhando e estar fora da população economicamente ativa (PEA), que tanto pode expressar a condição de desempregado, aposentado ou pensionista), escolaridade (até 1º grau incompleto, que inclui analfabetos e, 1º grau completo e mais); variáveis de condição de saúde bucal – lesão na mucosa oral (presença ou ausência), uso de prótese dentária na arcada superior e/ou inferior, orientação sobre higiene oral, estilo de vida (hábito de fumar e de ingerir bebida alcoólica), e acesso e utilização dos serviços odontológicos – tempo desde a última visita ao dentista (até 3 anos e mais de 3 anos).

Inicialmente, através da utilização dos programas estatísticos SPSS (versão 9.0)⁹ e Stata (versão 7.0)¹⁰, foi realizada a análise univariada para identificar as variáveis que mais contribuíram para explicar a perda dentária, selecionadas por grupo de idade e sexo. Nessa análise adotou-se o Odds Ratio (OR) como medida de associação, e seus respectivos intervalo de confiança a 95% (IC 95%) e valor p, considerando-se estatisticamente significativo os valores de $p < 0,05$. Em seguida realizou-se a análise multivariada de regressão logística não condicional para fatores de exposição da ocorrência de edentulismo em adultos e idosos, ajustando-se o modelo

inicial com todas as variáveis selecionadas, retirando-se uma a uma de acordo com o valor p pré-estabelecido, até resultar no modelo final, onde permaneceram aquelas variáveis com significância estatística ou que mais contribuíram para a explicação do efeito. Esse procedimento de análise foi realizado para os dois grupos da variável dependente ajustando-se de acordo com a faixa etária de adultos e idosos.

3. RESULTADOS

Para este estudo analisaram-se os dados de 897 indivíduos, 99,4% do total dos participantes do estudo anterior⁸, que compuseram o grupo I, com pelo menos uma perda dentária, sendo 48,3% adultos e 51,7% idosos, e os dados de 415 indivíduos que compuseram o grupo II, com pouca perda dentária, sendo 40,7% adultos e 59,3% idosos.

Observou-se que a ausência de orientação sobre o cuidado com a higiene oral, estar fora da PEA, ter uma escolaridade baixa, apresentar lesões na mucosa oral, usar prótese superior e/ou inferior e ter um tempo maior que três anos desde a última visita ao dentista atuaram como fatores associados significativamente à pelo menos uma perda dental (Tabela 1). Baixa escolaridade apresentou-se como fator de risco para perda dentária entre os homens (OR = 2,78; IC 95% = 1,16 – 6,66), e estar fora da PEA como fator de risco para perda dentária entre mulheres (OR = 3,23; IC 95% = 1,50 – 6,96) e adultos de ambos os sexos (OR= 2,38; IC 95% = 1,06 – 5,35). Um tempo longo desde a última visita ao dentista foi fator de risco para perda dentária em todos os grupos de estudo, porém com maior valor de OR (6,16; IC 95% = 3,30 – 11,47) para indivíduos adultos. O mesmo se observou para o uso da prótese superior e/ou

inferior, destacando o grupo de indivíduos adultos com $OR = 10,14$ ($IC\ 95\% = 4,14 - 24,79$). Cor da pele branca foi uma característica associada positivamente nos grupos estudados, porém não foi estatisticamente significativa. Não se encontrou associação entre os fatores relacionados ao estilo de vida (hábito de fumar e ingerir bebida alcoólica) e as condições analisadas.

Na análise multivariada de regressão logística realizada para o grupo composto por indivíduos com extensa perda dentária e edêntulos, foram obtidos dois modelos, um geral e um controlado por idade. No modelo geral, ser idoso ($OR = 3,19$; $IC\ 95\% = 2,23 - 4,55$) e ter mais de três anos desde a última visita ao dentista ($OR = 4,60$; $IC\ 95\% = 3,19 - 6,63$) foram as variáveis que maior peso tiveram na explicação do evento analisado, de forma estatisticamente significativa. A baixa escolaridade ($OR = 1,64$, $IC\ 95\% = 1,02 - 2,61$) também apareceu como fator de risco para esse grupo analisado (Tabela 2).

No modelo controlado por idade para o grupo extensa perda dentária, foram fatores de risco estatisticamente significantes tanto para os adultos como para os idosos: ser do sexo feminino e não ter tido orientação sobre o cuidado com a higiene oral. Apresentar cor de pele branca ($OR = 2,22$; $IC\ 95\% = 1,08 - 4,55$) e estar fora da PEA ($OR = 2,57$; $IC\ 95\% = 1,04 - 4,35$), associou-se positivamente para os adultos, enquanto o fato de apresentar baixa escolaridade ($OR = 1,83$; $IC\ 95\% = 0,94 - 3,56$), apresentou-se como um fator de risco entre os idosos (Tabela 2).

Na análise multivariada realizada para o grupo composto por indivíduos com pouca perda dentária e edêntulos também foram obtidos dois modelos, o geral e o controlado por idade. No modelo geral, as variáveis estatisticamente significantes foram: ser do sexo feminino (OR = 2,12; IC 95% = 1,20 – 3,75), ser idoso (OR = 4,55; IC 95% = 2,78 – 7,45), não ter recebido orientações sobre o cuidado com a higiene oral (OR = 2,11; IC 95% = 1,29 – 3,46), estar fora da PEA (OR = 2,14; IC 95% = 0,94 – 4,88), apresentar lesões na mucosa oral (OR = 10,9; IC 95% = 2,42 – 49,14) e ter mais de três anos desde a última visita ao dentista (OR = 4,42; IC 95% = 2,67 – 7,31) (Tabela 3).

As mesmas variáveis que se associaram positivamente com a pouca perda dentária no modelo geral se repetiram para o modelo controlado por idade, sendo que se destacaram a presença de lesões na mucosa oral, tanto no modelo controlado para adultos (OR = 13,90, IC 95% = 1,46 – 132,3), quanto para idosos (OR = 10,08; IC 95% = 1,26 – 80,08), e o tempo desde a última ida ao dentista, apresentando OR = 7,62 entre adultos (IC 95% = 3,40 – 17,08), e OR = 3,07 (IC 95% = 1,55 – 6,08) entre os idosos, ambas estatisticamente significantes. Nesse modelo, o fato de estar fora da PEA se associou positivamente tanto para adultos (OR = 2,40; IC 95% = 0,83 – 6,90), quanto para idosos (OR = 2,43; IC 95% = 0,66 – 8,98), porém não foram estatisticamente significantes (Tabela 3).

4. DISCUSSÃO

Uma das características mais marcantes da prática odontológica no Brasil é a mutilação dentária. Como consequência, a perda dentária (parcial ou total) persiste no país como um grave

problema de saúde pública, situação esta que não é diferente no município estudado, onde principalmente as mulheres idosas estão sob um risco maior de perda dentária. Acrescenta-se a esta característica os indicadores de condições sócio-econômicas precárias, e as questões específicas de saúde bucal que incluem o uso de prótese superior e/ou inferior e a presença de lesões de mucosa oral.

O edentulismo é prevalente entre pessoas idosas em todo o mundo e é maior quando associada com baixo nível sócio-econômico. Estudos epidemiológicos mostram que pessoas com baixa renda e baixa escolaridade apresentam maior prevalência de perda dentária, sendo até 2,5 vezes maior nesses grupos do que a prevalência observada na classe com alta renda, ficando assim claro o papel social na determinação desse problema^{11,12}. Em paralelo, inquéritos envolvendo pessoas idosas demonstraram a existência de um gradiente social relacionado ao aumento da perda dentária, enquanto as dentições funcionais, medidas pela presença de pelo menos 20 dentes naturais na cavidade bucal são encontradas mais freqüentemente entre idosos com maior nível sócio-econômico^{13,14}. No Brasil, a extração dentária em massa começa a partir dos 30 anos como solução mais prática e econômica para os problemas bucais, diante das dificuldades de acesso de expressiva parcela da população, havendo um agravamento disto com a idade¹².

A alta prevalência da perda dentária e do edentulismo observada nesse estudo, não foi uma prerrogativa dos indivíduos idosos. Esta também foi significativamente apresentada pelos indivíduos de 45 a 59 anos, demonstrando a precocidade da perda, principalmente entre as mulheres. Várias hipóteses podem ser aventadas para explicar este resultado, principalmente entre as mulheres, como a maior utilização de serviços odontológicos por parte destas, com

conseqüente sobretratamento, do tipo mutilador, que resultaria na perda precoce do elemento dentário. Estudos apontam também que os índices de cárie são maiores para as mulheres já a partir da adolescência, o que poderia explicar a diferença das perdas na vida adulta^{4,15}.

É importante ressaltar que a prevenção em odontologia só passou a despertar interesse no Brasil no final da década de 70, o que poderia explicar a alta prevalência de perda dentária entre os adultos e idosos que persiste nos dias atuais. Os indivíduos sempre ficaram à mercê de um modelo de atenção odontológica caracterizado pela dificuldade de acesso à prevenção e ao tratamento, e por ações eminentemente mutiladoras que resultaram no quadro de saúde bucal apresentado pelos adultos e idosos brasileiros. Por esse raciocínio, os efeitos das medidas odontológicas preventivas só serão mais evidentes em gerações futuras de idosos brasileiros¹⁶.

Estar fora da população economicamente ativa aparece nesse estudo como um fator de risco para os indivíduos que apresentaram pouca perda dentária. Em contraste, a baixa escolaridade parece ter maior influência quando existe uma perda dentária extensa. Corrobora com este resultado o fato do período relatado desde a última visita ao dentista ser maior de três anos e a falta de orientações sobre o cuidado com higiene oral, reforçando o papel da questão financeira e da falta de informação como sendo algumas das causas mais comuns apontadas para a perda dentária. É lícito especular que o fator “cor da pele branca” revele para os adultos condições de acesso a serviços e conseqüentemente maior exposição à extração dentária precoce. Este padrão de relação sócio-econômica se repete na população idosa observada, onde estar fora da população economicamente ativa e a baixa escolaridade aparecem como fatores de risco associado à pouca perda dentária e à perda dentária extensa, respectivamente, porém entre os

adultos estudados estar fora do setor econômico ativo é um fator de risco preponderante em qualquer situação de perda dentária apresentada.

Estudos mostram que o edentulismo no Brasil tem causas sociais e que dentes passíveis de recuperação são extraídos por problemas econômicos. Por precisarem de soluções rápidas para seus problemas, que possibilite o retorno imediato às suas atividades de trabalho, e devido às condições financeiras precárias, as pessoas, principalmente na faixa etária adulta, acabam por aceitar a mutilação dentária como um tratamento viável, oferecido por um serviço de saúde público de baixa resolutividade e de difícil acesso. Aliado a isto, ainda encontram-se muitas pessoas que decidem remover seus dentes embasados na crença de que a perda dentária é algo natural e inevitável, e que do ponto de vista prático e econômico quanto mais cedo essa perda ocorrer melhor^{17,18}.

Apesar da reconhecida importância da saúde bucal, uma parcela considerável da população brasileira não tem acesso aos serviços de saúde e mesmo às informações sobre os cuidados necessários para a prevenção dos problemas bucais. No município de Alagoinhas, a história da saúde bucal no programa de saúde da família é muito recente. Esta se iniciou no ano de 2001 como uma das estratégias de reorganização da atenção básica no setor odontológico, e sua cobertura atual chega apenas a pouco mais de 48% da população do município, enfrentando um grave problema de demanda reprimida, uma vez que a assistência anteriormente prestada limitava-se a oito unidades básica de saúde, em precária situação, com número insuficiente de profissionais, cuja principal função era realizar extrações dentárias. Não é de se estranhar que o quadro de perdas dentárias apontado nesses resultados já havia se estabelecido há alguns anos se for levado em consideração a idade observada nesse estudo que é a partir de 45 anos. Alguns

autores apontam essa situação como responsável não só pelos números desanimadores descritos nos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, mas por demonstrar que as dores de dente e a perda dentária continuam presentes no cotidiano dos brasileiros^{1,2,3}.

Quanto a falta de informações e / ou orientações acerca dos cuidados com a higiene bucal, abordada pelos adultos e idosos estudados, esta aparece como um fator de risco, influenciando principalmente no quadro de perda extensa de dentes. É sabido que, as mudanças necessárias nos procedimentos de higiene bucal, para enfrentar os efeitos nocivos de uma dieta cariogênica, entre os quais o uso do flúor tanto na água de abastecimento quanto em enxaguatórios e creme dental, só foram reconhecidos na segunda metade do século XX¹⁸. Aliem-se a esta situação os fatores escolaridade, renda, sexo, idade, ocupação, percepção, e tem-se uma situação que se conforma como um desafio que requer ações efetivas e urgentes para o seu enfrentamento.

A utilização de próteses superiores e/ou inferiores apresentou-se como um fator de risco para o edentulismo parcial ou total em todos os grupos estudados. Levando-se em consideração a perda dentária maciça que ocorre na população adulta e idosa do Brasil, principalmente em virtude das precárias condições de saúde bucal apresentadas por essas pessoas e da dificuldade de acesso, a necessidade e mesmo a opção por utilizar próteses dentárias é apontada como uma solução acessível e desejada. Muitos indivíduos optam pela utilização da prótese antes mesmo que os problemas bucais apareçam. Historicamente, a extração dentária é utilizada na odontologia como um meio de restaurar a função de normalidade do meio bucal no que tange a ausência da dor, porém, este procedimento acaba por instaurar uma situação de anormalidade que é a ausência de dentes. Na necessidade de suprir essa falta, lança-se mão de um elemento artificial

(peça protética). Assim, o que é “anormal” passa a ser aceito como “normal”, tanto pela sociedade como por profissionais¹⁹.

Ter presença de lesão na mucosa oral associou-se fortemente com a perda dentária, principalmente entre os idosos. Este fato pode ser determinado pelo grande percentual de indivíduos, parcial ou totalmente edêntulos, utilizando próteses superiores e/ou inferiores, como citado em publicação anterior⁸, que pode ser entendido como uma indicação do estado de má adaptação das próteses dentárias utilizadas, uma vez que há uma grande necessidade de prótese apresentada pela população deste estudo. A reabilitação estética e funcional dos indivíduos que necessitam de próteses dentárias é difícil, principalmente porque este é um serviço caro e pouco oferecido no sistema de saúde pública do Brasil. Ainda são poucos os municípios brasileiros que se habilitaram para a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, previsto na Política Nacional de Saúde Bucal²⁰, e um número menor ainda adotou essa estratégia tendo em anexo os laboratórios de prótese, ficando pois esse serviço escasso em função da grande necessidade apresentada pela população adulta do país. Aliado a essa situação, observa-se também que muitos indivíduos utilizam as mesmas peças protéticas por vários anos, não sendo incomum o relato de dificuldades para adaptação nos primeiros momentos da utilização das próteses, e depois da acomodação para a troca das mesmas. Nesse contexto, muito provavelmente as lesões de mucosa oral vão encontrar-se presentes, podendo ser inclusive um precursor para o câncer bucal.

A interpretação dos resultados requer cautela, pois sendo este um estudo transversal o perfil dos participantes é influenciado pelo perfil demográfico do município, onde a participação dos indivíduos selecionados atuou no sentido do aumento de pessoas do sexo feminino. Além do

mais, o delineamento seccional não permite determinar se existe relação temporal entre a perda dentária e as variáveis independentes consideradas. Apesar dos limites abordados, acredita-se não existir qualquer comprometimento da validade dos dados apresentados.

Entender o fenômeno edentulismo, através de seus determinantes e fatores de risco, constitui-se no primeiro passo para a busca da solução de um problema de tamanha magnitude no país, que tem suas causas aprofundadas pelas questões sociais e econômicas brasileiras. Pensar em políticas públicas que oportunizem a ampliação do elenco de procedimentos oferecidos e o acesso aos serviços odontológicos, assim como em estratégias para minimização das desigualdades em saúde, pode ser um caminho para melhorar a qualidade de vida de adultos e idosos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em saúde bucal - Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília, 1988.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas Especiais de Saúde. Área técnica de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em saúde bucal - 1996**. Brasília, 1998.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004.
4. BARBATO, P.R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007; 23(8):1803-1814.
5. PIUVAZAM,G., FERREIRA, A.A.A., ALVES, M.S.C.F. **Vivenciando as perdas dentárias na terceira idade: um estudo de representações sociais**. Campina Grande: EDUEPB, 2004, p. 209 – 221.
6. FREITAS, S. F. T. de. **História Social da cárie dentária**. Bauru, SP: EDUSC, 2001, 126 p.
7. MADEIRA, A.A. O paciente geriátrico e a complexidade de seu atendimento. **RBO**, 2000; v.57, n.6, p:80-81. Rio de Janeiro.
8. GRAÇA, C.C. **Situação de saúde bucal de adultos e idosos da zona urbana, em uma cidade do nordeste**. Tese (Doutorado). Artigo 1. Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, 2009.
9. SPSS ® v. 9 (Statistical Package for the Social Sciences). User's Guide. Copyright ©, **SPSS INC**. 1999.
10. **STATA STATISTICAL SOFTWARE** (Computer Program), Version 8.0. College Station (TX): Stata Corporation, 2003.

11. PETERSEN, P.E., YAMAMOTO, T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol**; 2005; 33: 81–92.
12. VARGAS, A.M.D., PAIXÃO, H.H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo horizonte. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005; 10 (4): 1015 – 1024.
13. COLUSSI, C.F., FREITAS, S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad Saúde Pública**, 2002; 18(5):1313-1320.
14. PERES, S.H.C.S., PERES, A.S. Determinantes das condições socioeconômicas na saúde bucal da terceira idade. **RPG Rev. Pós Grad.**, 2003; 10(4):369-375.
15. PERES M.A., PERES K.G., BARROS A.J.D., VICTORA C.G. The relationship between family socioeconomic trajectories from childhood to adolescence and dental caries and associated oral behaviours. **J Epidemiol Community Health**, 2007; 61:141-5.
16. SHINKAI, R.S.A., CURY, A.A.D.B. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2000; 16(4):1099-1109.
17. PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Editora Santos, 2000.
18. NARVAI, P.C., FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, 148p.
19. IYDA, M. Saúde bucal: uma prática social. In: C Botazzo, SFT Freitas, organizadores. **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas**. São Paulo: Unesp; 1998. p. 127-40.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais**. Brasília, 2004.

Tabela 1 – Estimativas não ajustadas de OR, intervalo de confiança (95%) e valor p da associação entre perda dentária e fatores de exposição selecionados por grupo de idade e sexo, Alagoinhas, 2007.

VARIÁVEIS	HOMENS	MULHERES	ADULTOS 45 – 59 anos	IDOSOS ≥ 60 anos
Sexo	-----	-----		
Feminino			1,75	1,49
	-----	-----	0,94 – 3,23	1,12 – 1,98
	-----	-----	0,06	0,003
Orientação Higiene Oral				
Não	1,36	1,77	2,12	1,25
	0,78 – 2,37	1,36 – 2,32	1,27 – 3,55	0,97 – 1,61
	0,262	<0,0001	0,002	0,073
Cor da pele				
Branca	0,81	1,27	1,52	1,10
	0,37 – 1,76	0,94 – 1,72	0,88 – 2,64	0,81 – 1,51
	0,599	0,120	0,138	0,527
Trabalho				
Fora da PEA	1,42	3,23	2,38	1,03
	0,68 – 2,94	1,50 – 6,96	1,06 – 5,35	0,57 – 1,87
	0,329	0,0003	0,02	0,90
Escolaridade				
Até 1º grau incompleto	2,78	1,94	1,58	1,44
	1,16 – 6,66	1,34 – 2,81	0,93 – 2,70	0,93 – 2,25
	0,01	0,0001	0,08	0,07
Usa prótese superior e/ou inferior				
Sim	2,64	3,59	10,14	2,46
	1,61 – 4,32	2,06 – 3,67	4,14 – 24,79	1,43 – 3,13
	0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Lesão na mucosa oral				
Presença	1,71	1,48	1,58	1,60
	0,84 – 3,45	1,10 – 1,98	0,86 – 2,90	1,23 – 2,07
	0,160	0,01	0,143	0,002
Tempo desde a última visita ao dentista				
> 3 anos	3,44	3,59	6,16	2,33
	1,85 – 6,39	2,61 – 4,93	3,30 – 11,47	1,72 – 3,15
	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001

OR – Odds Ratio em análise univariada

Valor p equivalente ao cálculo do Qui quadrado de Pearson

Perda dentária: considerado todo indivíduo com pelo menos um dente perdido

Tabela 2 - Estimativas de OR ajustadas em modelo de regressão logística não condicional para fatores de exposição da ocorrência de edentulismo comparado com indivíduos com extensa perda dentária, total e por grupo de idade, Alagoinhas, 2007.

Fatores de Exposição	OR	IC (95%)	Valor p
Total			
Sexo			
Feminino	1,90	1,29 – 2,80	0,001
Idade			
60 e mais anos	3,19	2,23 – 4,55	<0,0001
Orientação Higiene Oral			
Não	1,43	1,00 – 2,04	0,04
Lesão na mucosa oral			
Presente	2,07	1,24 – 3,43	0,005
Tempo desde a última visita ao dentista			
> 3 anos	4,60	3,19 – 6,63	<0,0001
Escolaridade			
Até 1º grau incompleto	1,64	1,02 – 2,61	0,03
Adultos			
Sexo			
Feminino	1,97	0,97 – 4,03	0,06
Orientação Higiene Oral			
Não	2,73	1,49 – 4,99	0,001
Cor da pele			
Branca	2,22	1,08 – 4,55	0,02
Trabalho			
Fora PEA	2,57	1,04 – 6,35	0,04
Idosos			
Sexo			
Feminino	1,80	1,16 – 2,78	0,008
Orientação Higiene Oral			
Não	1,38	0,91 – 2,09	0,123
Escolaridade			
Até 1º grau incompleto	1,83	0,94 – 3,56	0,07
Lesão na mucosa oral			
Presente	2,54	1,33 – 4,84	0,004

OR – Odds Ratio em análise de regressão logística

IC – Intervalo de Confiança a 95%

Fora da PEA – Fora da População Economicamente Ativa (estudantes, desempregados, aposentados, pensionistas)

Até 1º grau incompleto – inclui analfabeto

Edentulismo – perda dentária total

Extensa perda dentária – perda de 1 a 31 dentes

Tabela 3 - Estimativas de OR ajustadas em modelo de regressão logística não condicional para fatores de exposição da ocorrência de edentulismo comparado com indivíduos com pouca perda dentária*, total e por grupo de idade, Alagoinhas, 2007.

Fatores de Exposição	OR	IC (95%)	Valor p
Total			
Sexo			
Feminino	2,12	1,20 – 3,75	0,009
Idade			
60 e mais anos	4,55	2,78 – 7,45	<0,0001
Orientação Higiene Oral			
Não	2,11	1,29 – 3,46	0,003
Lesão na mucosa oral			
Presente	10,9	2,42 – 49,14	0,002
Trabalho			
Fora PEA	2,14	0,94 – 4,88	0,068
Tempo desde a última visita ao dentista			
> 3 anos	4,42	2,67 – 7,31	<0,0001
Adultos			
Orientação Higiene Oral			
Não	1,67	0,78 – 3,57	0,184
Lesão na mucosa oral			
Presente	13,90	1,46 – 132,3	0,02
Trabalho			
Fora PEA	2,40	0,83 – 6,90	0,103
Tempo desde a última visita ao dentista			
> 3 anos	7,62	3,40 – 17,08	<0,0001
Idosos			
Sexo			
Feminino	2,46	1,22 – 4,95	0,01
Orientação Higiene Oral			
Não	2,31	1,20 – 4,43	0,01
Lesão na mucosa oral			
Presente	10,08	1,26 – 80,08	0,02
Trabalho			
Fora PEA	2,43	0,66 – 8,98	0,181
Tempo desde a última visita ao dentista			
> 3 anos	3,07	1,55 – 6,08	0,001

Pouca perda dentária – Até 12 dentes perdidos

OR – Odds Ratio em análise de regressão logística

IC – Intervalo de Confiança a 95%

Fora da PEA – Fora da População Economicamente Ativa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EPIDEMIOLOGIA**

Artigo 3

ESTUDO DOS FATORES DE PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE BUCAL EM INDIVÍDUOS ADULTOS E IDOSOS

Claudia Cerqueira Graça

Salvador – Bahia
2009

RESUMO

A mutilação dentária é expressa como o retrato da precária saúde bucal que afeta grande contingente da população adulta e idosa brasileira, condição esta ainda considerada como “natural”, ou mesmo como decorrência inevitável do envelhecimento. Com o objetivo de avaliar como é percebida a qualidade de vida em saúde bucal por indivíduos adultos e idosos, e quais os fatores de promoção dessa qualidade de vida, foi realizado um estudo de corte transversal, de caráter exploratório, com 897 indivíduos, residentes na zona urbana do município de Alagoinhas-Bahia. A coleta de dados foi realizada em visitas domiciliares, através de exames clínicos bucais e aplicação de questionários. Os resultados obtidos mostram que não há uma relação de dependência entre o número de dentes perdidos e a referência de boa qualidade de vida em saúde bucal. Na verdade, a qualidade de vida em saúde bucal é percebida enquanto positiva quando as necessidades são satisfeitas, quer através da manutenção da dentição natural quer através da utilização de próteses dentárias. Na análise de regressão logística apresentaram-se como fatores de promoção da qualidade de vida estatisticamente significantes ter uma auto-percepção da saúde bucal como ótima e boa, usar prótese superior e/ou inferior e ser idoso. Ser mulher, ter baixa renda e cor da pele preta ou parda, foram os fatores que não contribuíram para uma boa qualidade de vida em saúde bucal. A discrepância entre os dados sobre percepção e condições reais de saúde bucal revela a maneira singular como os adultos e idosos percebem sua saúde bucal. Acredita-se que conhecer a percepção das pessoas sobre sua condição bucal deva ser o primeiro passo na elaboração de políticas públicas de atenção à saúde bucal do idoso, que sejam adequadas ao seu perfil, de modo a promover saúde e bem-estar para todos.

Palavras-chave: qualidade de vida, saúde bucal, saúde do idoso.

ABSTRACT

The dental mutilation is expressed as the portrait of poor oral health that affect large contingent of adults and elderly brazilians, condition still considered "natural" or even as inevitable consequence of aging. In order to evaluate how the oral health quality of life is perceived for adults and elderly, and what are the factors to promote the quality of life, was made a cross-sectional study, of exploratory nature, with 897 individuals, living in the urban zone of Alagoinhas-Bahia. Data were collected from home visits by oral clinical examination and questionnaires. The results show that there isn't a relationship of dependency between the number of teeth lost and the reference of good oral health quality of life. In fact, the oral health quality of life is perceived as positive when needs are satisfied, whether through the maintenance of natural teeth or through the use of dental prosthesis. In logistic regression analysis were associated as promote factors of quality of life, statistically significant, the self-perception of oral health as excellent and good, the use of superior and/or lower prosthesis and being old. Being female, having low income and black or brown skin, weren't factors that contributed to a good oral health quality of life. The discrepancy between the data about the perception and the oral health conditions shows the singular way as adults and older people perceive their oral health. The knowledge about people's perception of their oral health should be the first step in the development of public policy to elderly oral health attention, which are appropriate to your profile, in order to promote health and well-being for all.

Key words: quality of life, oral health, elderly health

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é considerado um “país de desdentados”. Indicam isso estudos epidemiológicos que apresentam apenas 55,0% dos jovens aos 18 anos com a dentição natural completa¹. Esse quadro se agrava ainda mais com o avançar da idade, sendo a mutilação dentária expressa como o retrato da precária saúde bucal que afeta grande contingente da população adulta e idosa brasileira, condição esta ainda considerada como “natural”, como uma fatalidade biológica, ou mesmo como decorrência inevitável do envelhecimento².

Em contraste com o perfil de alta prevalência de edentulismo encontrado entre os brasileiros acima dos 35 anos, não é incomum a expressão de certa satisfação ou mesmo de resignação com a perda dos dentes por parte dos indivíduos que não relatam prejuízos em decorrência da mesma. Dessa maneira, parece haver um descompasso entre os fatores que determinam o comprometimento da saúde bucal e a percepção desta pela população adulta, cujo entendimento da importância da higiene dentária ainda não é satisfatória a ponto de modificar a situação epidemiológica nessa área. Aqui se confundem os elementos da percepção das necessidades de saúde pela população, que condicionam a demanda por serviços, e a oferta, distribuição e qualidade dos serviços de saúde bucal, fatores de acesso, que podem por sua vez modificar situações, revelando a natureza complexa do fenômeno edentulismo adulto e a necessidade da ampliação do conhecimento sobre essas questões.

Com efeito, a presença de sintomas de doenças bucais, a capacidade de sorrir, falar ou mastigar, além de fatores como classe social, idade, renda e sexo parecem influenciar a percepção acerca da saúde da boca. O quadro torna-se ainda mais complexo quando aliado às dificuldades de acesso ao serviço público, e a uma prática odontológica ainda mutiladora, revelando uma situação que requer entendimento, uma vez que é a necessidade sentida que motiva a busca e a opção pelo tratamento. Entender como os indivíduos percebem sua saúde bucal, e como lidam com a resolução dos problemas da boca tem sido proposto por muitos autores, como um caminho para subsidiar e viabilizar intervenções positivas na mudança do perfil de saúde bucal das pessoas adultas e idosas em vários países^{3,4,5,6,7,8,9}.

Nesse ponto, faz-se importante considerar, que a auto-percepção em saúde revela a interpretação que a pessoa faz de suas experiências e que, segundo Portillo e Paes¹⁰, se baseia, em geral, na informação e nos conhecimentos disponíveis, sendo influenciadas pelas normas sociais e culturais do contexto em que o indivíduo está inserido. Em muitas populações o edentulismo conformou-se como um traço cultural, e, portanto, aceito por grande parcela da comunidade. O desafio se estabelece em entender quais os fatores que promovem ou dificultam uma boa ou má percepção do indivíduo no que tange a sua saúde bucal, e como formular estratégias que modifiquem essa situação.

Não há dúvida de que existe uma preocupação atual que envolve políticas públicas em diversos setores, com o intuito de garantir a melhoria da qualidade de vida da população idosa, que é a parcela da população que cresce acentuadamente em todo o mundo. Este objetivo também está presente no setor odontológico, em especial frente à desalentadora realidade da condição de

saúde bucal apresentada pelos idosos brasileiros. Cabe aqui ressaltar que uma boa saúde bucal, entendida como parte integrante da saúde geral da pessoa idosa, é condição para um envelhecimento saudável, assim como a realização de atividades físicas e cognitivas, a manutenção de contatos sociais e a prevenção de doenças, entre outros aspectos^{11,12}. Em vista disso, o presente estudo tem como objetivo contribuir para o conhecimento sobre os fatores que se associam com a percepção das condições de saúde bucal em um grupo de indivíduos com idade a partir 45 anos.

2. METODOLOGIA

Este é um estudo de corte transversal, de caráter exploratório, realizado com indivíduos adultos (45 a 59 anos) e idosos (60 anos e mais), residentes na zona urbana do município de Alagoinhas, Bahia. Participaram da amostra 897 pessoas de ambos os sexos sorteadas na área de cobertura dos agentes comunitários de saúde, cuja abrangência ultrapassa 70% do território municipal. Estão descritos em outra publicação, as características da área e população de estudo, os critérios para o cálculo de amostragem e seleção dos participantes, e as técnicas utilizadas para os procedimentos de coleta de dados e do exame bucal¹³.

Foi considerada como variável dependente a percepção acerca do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida, definida segundo três dimensões: física, psicológica e social, segundo critérios adotados a partir do questionário OHQoL (*Oral Health related Quality of Life Measure*), proposto por McGrath e Bedi⁹, e validado em português, por Dini, McGrath e Bedi¹⁴ que é composto por 16 itens. Um score final foi obtido através do somatório dos valores

atribuídos às respostas de cada item, para obter o valor geral de classificação da percepção da qualidade de vida. Este varia de 16 (pontuação mínima) à 80 (pontuação máxima). Definiu-se como “boa qualidade de saúde bucal” ao escore maior que 48 pontos, como preconizado pelo instrumento.

As variáveis independentes foram categorizadas da seguinte maneira: variáveis sócio-demográficas – sexo (masculino e feminino), idade (adultos – 45 a 59 anos e idosos – 60 e mais anos), cor da pele (preta /parda e branca), renda individual (menor ou igual a 1 salário mínimo e mais de 1 salário mínimo), trabalho (estar trabalhando e estar fora da população economicamente ativa, que pode expressar as condições de desempregado, aposentado ou pensionista), escolaridade (até 1º grau incompleto, que inclui analfabeto e, 1º grau completo e maior), variáveis de condição de saúde bucal – perda dentária (categorizada como 1-12, 13-20, 21-31 dentes perdidos e edêntulos), dentes cariados (menos de 3 e maior ou igual a 3 dentes cariados), lesão na mucosa oral (presença ou ausência), uso e necessidade de prótese dentária na arcada superior e/ou inferior, o Índice Periodontal Comunitário (todos os sextantes hígidos e alteração periodontal em qualquer sextante examinado que inclui a presença de sangramento, cálculo e bolsas periodontais), orientação sobre higiene oral, acesso e utilização dos serviços odontológicos – tempo desde a última visita ao dentista (até 3 anos e mais de 3 anos), e saúde bucal auto-referida obtida em questionário (ótima/ boa e média/ ruim e péssima).

Iniciou-se a análise com a descrição da percepção da boa qualidade de vida em saúde bucal de acordo com as condições de saúde bucal e as características sócio-econômicas selecionadas, por grupo de idade e sexo. Com o auxílio do pacote estatístico Stata®¹⁵, realizou-se a análise univariada, adotando o *Odds Ratio* (OR) como medida de associação, e seus respectivos

intervalo de confiança a 95% (IC 95%) e valor p , considerando-se estatisticamente significante os valores de $p \leq 0,05$. Esta análise teve como objetivo identificar as variáveis que mais contribuíram para explicar a boa qualidade de vida em saúde bucal, selecionadas por grupo de idade, considerando-se o número total de indivíduos em cada grupo, e também analisada por sexo. Adotando-se o pressuposto da epidemiologia da saúde¹⁶, buscou-se na análise evidenciar os fatores de exposição considerados como de promoção de qualidade de vida em saúde bucal. Para tanto a codificação das variáveis adotou os seguintes critérios: 0 – para as condições não favoráveis, e 1 – para as condições favoráveis. Dessa maneira foram considerados fatores de promoção de qualidade de vida em saúde bucal as variáveis cuja medida de associação foi maior que 1, e fatores não promotores desta qualidade de vida considerados através da medida de associação menor que 1.

Em seguida realizou-se a análise multivariada de regressão logística não condicional para fatores de promoção da boa qualidade de vida em saúde bucal em adultos e idosos, ajustando-se o modelo inicial com todas as variáveis selecionadas, retirando-se uma a uma de acordo com o nível de significância pré-estabelecido, até resultar no modelo final, onde permaneceram as variáveis com significância estatística ou que mais contribuíram para a explicação da medida de efeito. Esse procedimento foi realizado para o escore total obtido pela aplicação do instrumento OHQoL, e depois para cada componente desse escore separado em aspectos físicos, psicológicos e sociais, nos diferentes grupos de idade.

3. RESULTADOS

Observou-se que não há uma relação de dependência entre o número de dentes perdidos e a referência de boa qualidade de vida em saúde bucal. O que é consistente em todos os grupos de idade e sexo é a referência em maior proporção de boa qualidade de vida em saúde bucal pelos indivíduos edêntulos. Destaca-se o grupo composto por homens adultos cuja proporção dos que referiram boa qualidade de vida em saúde bucal diminui com o aumento do número de perdas dentárias, porém a situação novamente se inverte quando se observa os indivíduos totalmente desdentados (Tabela 1).

Uma maior proporção na referência de boa qualidade de vida em saúde bucal foi também observada entre os indivíduos com menor número de dentes cariados, com ausência de alteração periodontal em qualquer sextante examinado, entre os que utilizavam prótese ou não necessitavam da mesma, condições estas observadas para todos os grupos de idade e sexo. Chama atenção que os indivíduos que apresentaram lesões na mucosa oral tenham referido boa qualidade de vida em maior proporção. Entre indivíduos adultos que referiram ter mais de três anos desde a última visita ao dentista, foi observada menor proporção de referência à boa qualidade de vida, o mesmo se registrou entre os idosos que não receberam orientação sobre higiene bucal. A auto-percepção de uma saúde bucal ótima e boa porém, apresentou-se como determinante para a referência de uma boa qualidade de vida em saúde bucal, para todos os grupos de idade e sexo.

Evidenciou-se maior proporção para boa qualidade em saúde bucal entre adultos e idosos com cor da pele branca e que apresentaram renda individual maior que um salário mínimo, enquanto menor proporção foi observada pelos indivíduos idosos com baixa escolaridade, e pelos adultos que estavam fora da população economicamente ativa (Tabela 2).

O fato dos adultos e idosos referirem uma saúde bucal ótima/boa, apresentarem edentulismo, usarem prótese, seguida da presença de lesão de mucosa oral e não apresentarem a necessidade da mesma foram fatores associados à percepção de uma boa qualidade de vida em saúde bucal, com valores de OR estatisticamente significantes. Ter mais de três anos desde a última visita ao dentista e cor da pele preta ou parda foram condições consideradas como não promotoras da boa qualidade de vida. Por fim, a renda maior que um salário mínimo aparece como fator promotor da qualidade de vida entre os idosos de ambos os sexos, o mesmo ocorrendo para adultos com escolaridade alta (Tabela 3).

Na análise de regressão logística se incluíram todas as variáveis analisadas, que apresentaram associação positiva com a percepção de uma boa qualidade de vida, encontrando-se os seguintes resultados: para o grupo total de estudo permaneceram no modelo final, a auto-percepção de uma saúde bucal ótima e boa, usar prótese superior e/ou inferior e ser idoso, como condições promotoras da percepção de uma boa qualidade de vida em saúde bucal, enquanto ser do sexo feminino, possuir renda individual de até um salário mínimo e ter cor da pele preta ou parda, apresentaram-se como condições que dificultam essa percepção (Tabela 4).

Na análise multivariada por grupo de idade foram consideradas como condições promotoras de uma boa referência de qualidade de vida, para o grupo de adultos: a percepção de uma saúde bucal auto-referida como ótima ou boa, usar prótese superior e/ou inferior e não necessitar da mesma. Essas condições se repetiram quando foi realizada a análise multivariada para esse grupo de indivíduos, por cada componente do escore de qualidade de vida. Na faixa etária adulta, ser do sexo feminino e apresentar uma renda individual menor ou igual a um salário mínimo, além de

ter cor da pele preta ou parda foram condições que se apresentaram como não promotoras de qualidade de vida (Tabela 5).

Por fim, contribuíram para explicar a percepção de um boa qualidade de vida em saúde bucal entre os idosos ter auto-referência de uma saúde bucal ótima ou boa, utilizar prótese, estar fora da população economicamente ativa, ser do sexo feminino e possuir cor da pele preta ou parda. Essas variáveis se repetiram para a análise com os estratos do escore de qualidade de vida, com exceção para baixa escolaridade que se evidenciou no modelo do componente social da qualidade de vida como um fator que contribuiu para não promover a mesma entre os idosos (Tabela 6).

4. DISCUSSÃO

Diferentes pessoas, que vivenciam diferentes valores, conceitos e graus de satisfação com a própria saúde, os quais se baseiam na informação, nos conhecimentos adquiridos e modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais, evidenciam diferentes maneiras de lidar e expressar sua percepção com a saúde da boca^{10,17}.

No município de Alagoinhas, de maneira similar a outros estudos, a percepção de boa qualidade de vida em saúde bucal variou de acordo com a idade, sexo, cor da pele, renda individual, inserção do mercado de trabalho e escolaridade. Esta variação deve-se ao fato de que a percepção da saúde da boca está associada aos aspectos físicos e subjetivos, e é influenciada por fatores sociais e econômicos, assim como por características físicas pessoais e a classe social do

indivíduo. Para muitas patologias, a percepção depende das crenças e do conhecimento da pessoa afetada, e também dos critérios de valor atribuído à saúde perdida. Valor esse, que é construído na relação do indivíduo com o mundo exterior, carregado de significações refletidas em nossas vidas¹⁸.

Foi possível observar nesse estudo que quanto maior a idade maior a referência de boa percepção de qualidade de vida em saúde bucal, mesmo na presença de edentulismo. Em outros trabalhos^{19,20}, verificou-se que os idosos aceitavam a perda de dentes mais facilmente, por considerarem que essas perdas eram resultantes de um processo natural do envelhecimento. Com isto, uma condição de saúde bucal precária ou deficiente é supervalorizada. Além disso, verificou-se que alguns idosos, devido a repetidos problemas com seus dentes naturais, consideram haver uma real melhora da saúde bucal com a substituição dos mesmos por próteses parciais ou totais. Este aspecto talvez reflita as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, expressando uma “solução pela perda” dos problemas decorrentes da cárie, da dor recorrente, entre outros, ao invés da prevenção, da restauração e soluções conservadoras.

O modelo de intervenção odontológica praticado ainda hoje em muitas localidades, é fonte geradora de um determinado perfil de demanda e de representações por parte da população acerca do processo saúde-doença-cuidado, e, sobretudo, sobre as formas de responder aos problemas bucais e de como enfrentá-los. A concordância entre o exame clínico e a auto-percepção ocorre geralmente nos casos dolorosos ou estéticos mais severos, enquanto outros problemas bucais são subestimados. Nem sempre a perda dentária reflete insatisfação por parte dos indivíduos, pois seu resultado muitas vezes não é considerado como um problema funcional relevante². Na verdade, constata-se que a qualidade de vida em saúde bucal é percebida enquanto positiva quando as

necessidades são satisfeitas, quer através da manutenção da dentição natural quer através da utilização de próteses dentárias. Desse modo, talvez a perda dentária não seja considerado um problema que comprometa a qualidade de vida se a funcionalidade for restabelecida, ainda que precária ou parcialmente.

As condições sócio-econômicas que não contribuíram para uma boa percepção da qualidade de vida em saúde bucal, tanto para o grupo de adultos quanto para o de idosos, foram cor da pele parda ou preta, possuir renda inferior a um salário mínimo e ser do sexo feminino. A influência dos fatores sociais e econômicos nas condições da boca é reconhecida²¹. Indivíduos de baixa renda demonstram maior grau de insatisfação com a saúde bucal. Na literatura, encontra-se relatada a insatisfação dos idosos desdentados, sempre associada à condição dos aparelhos protéticos devido a próteses soltas, gastas e fraturadas, o que dificulta a mastigação. Assim, a questão econômica, a dificuldade de acesso ao serviço odontológico e a inexistência de determinados procedimentos no setor público (como o protético, por exemplo), tornam-se fatores que influenciam negativamente nessa qualidade de vida percebida.

A questão racial por sua vez, no contexto da saúde bucal, tem sido abordada como confirmatória das questões sociais, pois muitos resultados em vários estudos mostram que quando as análises são controladas por sexo, idade, renda e educação, os indivíduos com a cor da pele preta ou parda apresentam um melhor padrão de saúde bucal em comparação aqueles com cor de pele branca²².

Os resultados desse trabalho apontam as mulheres, quer adultas ou idosas, como as que referiram mais freqüentemente uma má qualidade de vida em saúde bucal. Mulheres pobres e

totalmente desdentadas sofrem pressões sociais impostas pelo modelo brasileiro de beleza feminina, ou seja, sinônimo de sensualidade, poder de sedução e sucesso pessoal, daí a percepção de má qualidade de vida quando da ausência de atributos estéticos dos padrões de consumo. Os espaços vazios deixados pelos dentes perdidos podem representar lacunas na vida dessas pessoas e a reabilitação com próteses potencialmente revitalizaria a vida social, melhoraria a nutrição, e elevaria a auto-estima. A reabilitação oral pode ser vital para a reestruturação da dimensão humana e para a promoção do envelhecimento saudável principalmente entre as mulheres cuja condição sócio-econômica é baixa²³.

Para os adultos, o fato de ter visitado o dentista há mais de três anos revelou uma má percepção da qualidade de vida em saúde bucal. Entre os idosos, não foi encontrada associação significativa entre o tempo decorrido após a última visita ao dentista e a qualidade de vida. É possível que alta prevalência de edentulismo entre idosos tenha tornado, na sua percepção, a visita ao dentista desnecessária¹⁹. Há que ser analisado também o fato de que os idosos que referiram má qualidade de vida, nesse estudo, não haviam recebido orientações acerca do cuidado com a higiene da boca. Alguns estudos apontam a falta de informação sobre como evitar problemas bucais como fator determinante na percepção da necessidade de tratamento odontológico, sugerindo que a educação em saúde influencia na autopercepção da condição bucal²⁴.

Adultos e idosos que apresentaram um número menor de dentes cariados e ausência de alterações periodontais nos quadrantes examinados referiram boa qualidade de vida em saúde bucal. Curiosamente aqueles que apresentaram presença de lesões de mucosa oral também assim referiram sua qualidade de vida. De uma maneira geral, a satisfação das necessidades sentidas,

sugere uma boa percepção da saúde da boca. Quanto menor problema dentário e periodontal melhor a referência da qualidade de vida, mesmo que isso signifique a perda dos dentes e o uso de próteses mal adaptadas, que poderia ser a justificativa para a presença das lesões de mucosa oral, e mesmo assim a referência de boa qualidade de vida não ser modificada².

A referência da má qualidade de vida em saúde bucal foi observada entre adultos que se apresentavam fora da população economicamente ativa e entre os idosos com baixa escolaridade. Sabe-se que o meio social é importante na percepção da qualidade de vida, pois as condições de trabalho, de renda e de escolaridade, dentre outras, qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as pessoas pensam, sentem e agem a respeito de sua saúde. Acredita-se que a questão trabalho parece ser mais crítica entre indivíduos adultos, devido ao fato da aquisição da aposentadoria em idade mais avançada podendo ser este um fator positivo, quanto a percepção da qualidade de vida pela garantia de um salário certo permitindo uma existência com mais segurança^{18,25}.

A educação por sua vez, apresenta associação com a auto-percepção de saúde bucal do idoso. Nota-se que quanto maior o nível educacional menores são as chances do indivíduo reportar uma saúde ruim. A educação, portanto, atua como um importante fator de promoção da qualidade de vida. Os indivíduos idosos com um nível educacional mais elevado se expõem provavelmente menos aos fatores de risco para doenças e às condições de trabalho inadequadas. Uma maior educação favorece o acesso às informações e a modificação do estilo de vida, a adoção de hábitos saudáveis, a procura dos serviços de saúde, o ingresso em atividades que priorizam a promoção da saúde e, especialmente, a adesão às orientações relacionadas à obtenção

de melhor qualidade de vida. A exposição aos fatores de risco para doenças e a adoção de hábitos pouco saudáveis é mais elevada entre os indivíduos de baixa renda e menos escolarizados²⁶.

Os indivíduos que referiram uma auto-percepção de saúde bucal ótima ou boa foram os mesmos que referiram uma boa percepção de qualidade de vida. A auto-percepção da saúde bucal é um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva, as respostas subjetivas, os valores e as expectativas culturais²⁷. Indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas. Portanto, os valores contidos na sociedade são refletidos sob a forma de auto-percepção do sujeito coletivo, que não devem ser desconsiderados quando se pensa em promover saúde. A busca pelos sentidos e significados na saúde bucal é constante, visto a sua transformação nos diversos grupos, dentro deste e no decorrer do tempo o que torna o tema novo e cada dia mais estimulante.

Em contraste, há uma quase inexistência no que tange a programas voltados para os grupos populacionais de adultos e idosos. Curiosamente, cabe o destaque para o fato de que nos países que mantêm programas de Saúde Bucal dirigidos a idosos, a principal razão para esse grupo não procurar o serviço odontológico é a não percepção da sua necessidade. De acordo com Madeira²⁸, a percepção pode ser afetada por fatores pessoais e culturais, como a crença de que algumas doenças e incapacidades são inevitáveis com o envelhecimento das pessoas, o que pode levá-las a subestimar sua condição bucal, e também gerar uma acomodação com o estado de saúde bucal apresentado. Além disso, fatores subjetivos e sócio-demográficos também podem interferir nessa percepção, fazendo com que a auto-avaliação da condição clínica bucal contraste com a real condição clínica apresentada.

Muito embora os idosos sejam os maiores usuários de serviços médicos em geral, são os que menos utilizam os serviços odontológicos²⁷, e nesse contexto, por mais que os fatores sócio-econômicos pareçam ser os principais determinantes, foi notado que proporcionar serviços públicos ou de baixo custo para este segmento populacional não aumenta necessariamente a sua utilização, pois procurar um serviço odontológico é ato diretamente influenciado pela necessidade percebida e as atitudes relativas aos cuidados bucais. Contudo, o que normalmente se observa é que na avaliação das necessidades populacionais se ignoram os aspectos sócio-comportamentais e culturais dos indivíduos, sendo pois o planejamento dos serviços de saúde bucal realizado considerando apenas necessidades normativas, enquadrado no modelo biomédico, que é baseado na identificação de doenças, sem levar em consideração a percepção subjetiva do paciente⁶. Enquanto o cirurgião-dentista avalia a condição com base na ausência ou presença de doença, o paciente dá mais importância aos sintomas e problemas funcionais e sociais que são ocasionados pela presença ou ausência dessa.

As mudanças desses olhares, quer do indivíduo, quer do profissional de saúde, é um processo lento, mas que precisa ser iniciado. É importante que a formulação das políticas públicas de saúde bucal busque estar de acordo com o lugar e as características do usuário a ser assistido, tentando modificar o sentido que é atribuído pelas pessoas em relação aos problemas existentes. Esse pode ser o início de um caminho para as mudanças desejadas.

A interpretação dos resultados da pesquisa requer cautela, uma vez que o processo que relaciona a auto-percepção da qualidade de vida em saúde bucal e as variáveis observadas é

dinâmico. Portanto, causas e efeitos certamente variam ao longo da vida e, sendo este um estudo seccional, não é possível estabelecer uma relação temporal entre as associações observadas. Apesar disso, acredita-se não existir qualquer comprometimento da validade dos dados apresentados.

A discrepância entre os dados sobre percepção e condições reais de saúde bucal revela a maneira singular como os adultos e idosos percebem sua saúde bucal. Todo o exposto indica que a qualidade de vida em saúde bucal é referida como positiva quando as necessidades são satisfeitas, quer seja na presença ou ausência de dentes naturais. A dificuldade está na conscientização de autoridades e demais segmentos populacionais sobre a importância da saúde bucal para a qualidade de vida das pessoas idosas, levando em consideração o sentido atribuído a esta por cada pessoa. Acredita-se que conhecer a percepção das pessoas sobre sua condição bucal deva ser o primeiro passo na elaboração de políticas públicas de atenção à saúde bucal do idoso, que sejam adequadas ao seu perfil, de modo a promover saúde e bem-estar para todos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais.** Brasília, 2004.
2. NARVAI, P.C., FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
3. SHEIHAM, A., CUSHING, A., MAIZELS, J. Developing Socialdental Indicator – The social impact of dental disease. **Community Dent Health**, 1986; 3: 3 – 17.
4. ATCHISON, K., DOLAN, T. Development of the Geriatric Oral Health Assesment Index. **J Dent Educ**, 1990; 54: 680 – 687.
5. SLADE, G.D., SPENCER, A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dental Health**, 1994; 11: 3 – 11.
6. LEÃO, A., SHEIHAM, A. Relation between clinical dental status and subjectives impacts on daily living. **J Dent Res**. 1995; (74) 7: 1408 – 1413.
7. LOCKER, D. Impact of dental conditions on patient's quality of life. **Community Dental Health**, 1997; 5: 3 – 18.
8. LOCKER D: Issues in measuring change in self-perceived oralhealth status. **Comm Dent Oral Epidemiol**. 1998; 26:41-47.
9. MCGRATH, CM, BEDI, R. Oral health releated of life-views of the public in the United Kingdom. **Community Dental Health**, 2000; 17: 3-7.
10. PORTILLO, J.C., PAES, A.M. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. **Rev Bra Odont Saúde Col.**, 2000; 1(1):75-88.
11. KIYAK, H.A. Successful aging: implication for oral health. **J. Public. Health Dent**. 2000; 60(4):276-281.
12. NADANOVSKY, P. [editorial]. O aumento da produção científica odontológica brasileira na saúde pública. **Cad Saúde Pública**, 2006; 22(5).
13. GRAÇA, C.C. **Situação de saúde bucal de adultos e idosos da zona urbana, em uma cidade do nordeste.** Tese (Doutorado). Artigo 1. Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, 2008.
14. DINI, E.L., MCGRATH, C., BEDI, R. An evaluation of the oral health quality of life (OHQoL) instrument in a brazilian population. **Community Dent Health**, 2003; 20 (1): 40 – 4.

15. **STATA STATISTICAL SOFTWARE** (Computer Program), Version 8.0. College Station (TX): Stata Corporation, 2003.
16. BARRETO, M.L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. **Rev. Bras. Epidemiol.** 1998; v. 1, n.2, p.104 – 122.
17. RODRIGUES, S. M., VARGAS, A.M.D., MOREIRA, A.N. **Saúde bucal e qualidade de vida no idoso.** Revista Científica da Faculdade de Ciência da Saúde (FACS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), 2004; v.01, n.12.
18. REIS, S. C.G.B., MARCELO, V.C. Saúde Bucal na Velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2006; 11 (1): 191 – 199.
19. MATOS, D.L.M., LIMA-COSTA, M.F. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006; 22 (8): 1699 – 1707.
20. BULGARELLI, A. F., MANÇO, A.R.X. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008; 13(4):1165-1174.
21. LOCKER, D., MATEAR, D., STEPHENS, M., JOKOVIC, A. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. **Community Dent Health**, 2002; 19(2):90-97.
22. FREITAS, S. F. T. de. **História Social da cárie dentária.** Bauru, SP: EDUSC, 2001.
23. MOURA, P.P.S. **Prótese dentária: o resgate das potencialidades e da qualidade de vida percebida em mulheres idosas desdentadas.** Dissertação (Mestrado) - Universidade de Fortaleza, 2003.
24. MARTINS, A.M.E.B. L., BARRETO, S.M., PORDEUS, I.A. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos **Rev. Saúde Pública**, 2008; v.42, n.3.
25. SILVA, D.D., SOUSA, M.L.R., WADA, R.S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cad Saúde Pública**, 2005; 21:1251-9.
26. ALVES, L. C. **Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de são paulo, 1999/2000.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.
27. SILVA, S.R.C. da, FERNANDES, R.A.C. Auto percepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, 2001; v.35, n. 4, p. 349 –55.
28. MADEIRA, A.A. O paciente geriátrico e a complexidade de seu atendimento. **RBO**, 2000; v.57, n.6, p:80-81.

Tabela 1 – Distribuição do número e percentual de indivíduos que referiram ter boa qualidade de vida¹ segundo condições de saúde bucal selecionadas por grupos de idade² e sexo, Alagoinhas, 2007.

Condições de saúde bucal	Boa qualidade de vida em saúde bucal ¹			
	Adultos ²		Idosos ²	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Perda dentária (nº. dentes)				
1 – 12	20 (74,1)	40 (50,6)	15 (65,2)	24 (66,7)
13 – 20	28 (68,3)	36 (49,3)	16 (72,7)	28 (57,1)
21 – 31	25 (65,8)	72 (64,3)	31 (60,8)	60 (62,5)
Edêntulo	9 (81,8)	41 (78,9)	34 (82,9)	106 (72,6)
Dentes cariados³				
< 3	20 (83,3)***	44 (56,4)	16 (84,2)***	33 (68,8)
≥ 3	42 (60,9)	58 (45,7)	34 (52,3)	57 (56,4)
Índice Periodontal Comunitário⁴				
Todos os sextantes hígidos	9 (90,0)	34 (69,4)***	5 (83,3)	19 (82,6)
Alteração periodontal	61 (67,0)	106 (54,1)	46 (66,7)	76 (62,8)
Usa prótese superior e/ou inferior				
Não	38 (58,5)**	58 (42,3)*	60 (61,2)*	94 (57,5)*
Sim	44 (84,6)	131 (73,2)	36 (92,3)	126 (75,5)
Necessita prótese superior e/ou inferior				
Não	5 (100,0)	24 (88,9)**	7 (87,5)	18 (72,0)
Sim	77 (68,8)	165 (57,1)	89 (69,0)	200 (66,2)
Lesão na mucosa oral				
Ausência	76 (68,4)	164 (58,6)	88 (68,8)	191 (65,6)
Presença	8 (88,9)	26 (70,3)	8 (88,9)	28 (75,7)
Tempo desde a última visita ao dentista				
≤ 3 anos	53 (75,7)	107 (60,8)	35 (66,0)	79 (65,8)
> 3 anos	31 (62,0)	83 (58,9)	61 (72,6)	140 (67,3)
Orientação Higiene Bucal				
Não	55 (71,4)	96 (60,0)	62 (65,3)	146 (66,7)
Sim	29 (67,4)	94 (59,9)	34 (81,0)	73 (67,0)
Saúde bucal auto-referida				
Ótima / boa	59 (81,9)*	142 (72,5)*	85 (83,3)*	175 (76,8)*
Média / ruim / péssima	25 (52,1)	48 (39,7)	11 (31,4)	44 (44,0)

¹Boa qualidade de vida em saúde bucal – referida pelos participantes de acordo com o instrumento OHQoL (MCGRATH E BEDI, 2000), para indivíduos com escore > 48.

²Adultos : indivíduos com idade de 45 a 59 anos; idosos: indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos

³Dentes cariados – componente retirado do Índice CPO-D. Foram excluídos dentes restaurados e perdidos.

⁴Índice Periodontal Comunitário: calculado entre indivíduos que tiveram sextantes examinados.

⁵Fora da PEA- Fora da População Economicamente Ativa (estudantes, desempregados, aposentados, pensionistas)

*Teste X² valor p ≤ 0,0005

**Teste X² valor p ≤ 0,005

***Teste X² valor p ≤ 0,05

Tabela 2 – Distribuição do número e percentual de indivíduos que referiram ter boa qualidade de vida¹ segundo características sócio-econômicas selecionadas por grupos de idade² e sexo, Alagoinhas, 2007.

Características sócio-econômicas	Boa qualidade de vida em saúde bucal ¹			
	Adultos ²		Idosos ²	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Cor da pele				
Preta / Parda	64 (68,9)	147 (56,1)	80 (69,6)	175 (65,8)
Branca	15 (79,0)	36 (81,8)	12 (75,0)	34 (79,1)
Renda				
≤ 1 salário mínimo	59 (69,4)	163 (57,8)	75 (70,8)	190 (65,3)
> 1 salário mínimo	25 (71,4)	27 (77,1)	21 (67,7)	29 (78,4)
Escolaridade				
Até 1º grau incompleto	60 (74,1)	124 (61,1)	81 (69,2)	196 (66,2)
1º grau completo e +	24 (61,5)	66 (57,9)	15 (75,0)	23 (71,9)
Trabalho				
Sim	27 (73,0)	32 (61,5)	7 (63,6)	3 (42,9)
Não, fora PEA ³	57 (68,7)	158 (59,6)	89 (70,6)	216 (67,3)

¹Boa qualidade de vida em saúde bucal – referida pelos participantes de acordo com o instrumento OHQol (MCGRATH E BEDI, 2000), para indivíduos com escore > 48.

²Adultos : indivíduos com idade de 45 a 59 anos; idosos: indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos

³Fora da PEA- Fora da População Economicamente Ativa (estudantes, desempregados,aposentados, pensionistas)

Tabela 3 - Estimativas de OR¹, intervalo de confiança a 95% e valor p da associação entre escore alto de qualidade de vida em saúde bucal² e fatores de exposição selecionados por grupo de idade³ e sexo, Alagoinhas, 2007.

Fatores de exposição	Adultos ³			Idosos ³		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Saúde bucal auto-referida						
Ótima / boa	1,57 1,17 – 2,10 0,0005	1,82 1,44 – 2,31 <0,0001	1,73 1,44 – 2,09 <0,0001	2,65 1,61 – 4,35 <0,0001	1,74 1,38 – 2,20 <0,001	1,93 1,56 – 2,38 <0,0001
Edentulismo						
Sim	1,18 0,87 – 1,61 0,3	1,40 1,17 – 1,67 0,002	1,32 1,14 – 1,54 0,002	1,28 1,04 – 1,57 0,03	1,17 1,00 – 1,36 0,04	1,19 1,05 – 1,34 0,006
Lesão na mucosa oral						
Presença	1,29 0,99 – 1,68 0,19	1,19 0,95 – 1,51 0,17	1,20 0,99 – 1,45 0,09	1,29 0,99 – 1,67 0,20	1,15 0,94 – 1,40 0,22	1,17 0,99 – 1,38 0,10
Usa prótese superior e/ou inferior						
Sim	1,44 1,14 – 1,83 0,002	1,72 1,39 – 2,14 <0,001	1,59 1,35 – 1,87 <0,0001	1,50 1,25 – 1,80 0,0003	1,31 1,11 – 1,53 0,0006	1,33 1,17 – 1,51 <0,0001
Necessita prótese superior e/ou inferior						
Não	1,45 1,28 – 1,64 0,13	1,55 1,31 – 1,83 0,001	1,50 1,30 – 1,72 0,0007	1,26 0,95 – 1,68 0,26	1,08 0,84 – 1,40 0,55	1,12 0,92 – 1,38 0,30
Tempo desde a última visita ao dentista						
> 3 anos	0,81 0,63 – 1,05 0,10	0,96 0,80 – 1,16 0,72	0,91 0,87 – 1,38 0,41	1,09 0,87 – 1,38 0,78	1,02 0,87 – 1,19 0,78	1,04 0,91 – 1,19 0,51
Cor da pele						
Preta / parda	0,87 0,66 – 1,14 0,37	0,68 0,57 – 0,81 0,001	0,73 0,63 – 0,85 0,001	0,92 0,68 – 1,26 0,65	0,83 0,69 – 0,99 0,08	0,85 0,73 – 1,00 0,08
Renda						
≤ 1 salário mínimo	0,97 0,75 – 1,25 0,82	0,74 0,60 – 0,92 0,02	0,81 0,69 – 0,95 0,02	1,04 0,79 – 1,37 0,74	0,83 0,68 – 1,00 0,11	0,90 0,77 – 1,06 0,26
Escolaridade						
Até 1º grau incompleto	1,20 0,91 – 1,59 0,16	1,05 0,87 – 1,27 0,57	1,10 0,94 – 1,28 0,21	0,92 0,69 – 1,22 0,60	0,92 0,73 – 1,16 0,51	0,91 0,76 – 1,09 0,38

¹ Estimativas de OR não ajustadas por razão de prevalência

² Escore alto de qualidade de vida em saúde bucal (considerada “Boa Qualidade de Vida”) – referida pelos participantes de acordo com o instrumento OHQol (MCGRATH e BEDI, 2000), para indivíduos com escore > 48.

³ Adultos : indivíduos com idade de 45 a 59 anos; idosos: indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos

Tabela 4 - Estimativas de OR ajustadas em modelo de Regressão Logística não condicional para fatores de exposição de escore alto de qualidade de vida em saúde bucal¹ no grupo total de indivíduos*, Alagoinhas, 2007.

Fatores de Exposição	OR	IC (95%)	Valor p
Saúde bucal auto-referida			
Ótima / boa	4,13	2,99 – 5,71	<0,0001
Usa prótese superior e/ou inferior			
Sim	2,41	1,73 – 3,36	<0,0001
Idade			
Idoso	1,24	0,91 – 1,71	0,16
Sexo			
Feminino	0,65	0,45 – 0,95	0,02
Renda			
≤ 1 salário mínimo	0,68	0,42 – 1,09	0,11
Cor da pele			
Preta / parda	0,47	0,28 – 0,78	0,003

¹Escore alto de qualidade de vida em saúde bucal (considerada “Boa Qualidade de Vida”)– referida pelos participantes de acordo com o instrumento OHQol (MCGRATH e BEDI, 2000), para indivíduos com escore > 48.

*Adultos: indivíduos com idade de 45 a 59 anos; idosos: indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos

Tabela 5 - Estimativas de OR ajustadas em modelo de Regressão Logística não condicional para fatores de exposição de escore alto de qualidade de vida em saúde bucal e seus componentes, no grupo de indivíduos adultos*, Alagoinhas, 2007.

Fatores de Exposição	OR	IC (95%)	Valor p
Escore alto de qualidade de vida em saúde bucal ¹			
Saúde bucal auto-referida			
Ótima / boa	3,28	2,07 – 5,19	<0,0001
Necessita prótese superior e/ou inferior			
Não	3,10	0,88 – 10,88	0,07
Usa prótese superior e/ou inferior			
Sim	2,59	1,63 – 4,12	<0,0001
Sexo			
Feminino	0,54	0,31 – 0,93	0,02
Renda			
≤ 1 salário mínimo	0,49	0,24 – 0,98	0,04
Cor da pele			
Preta / parda	0,44	0,21 – 0,9	0,02
Escore alto de aspectos físicos da qualidade de vida em saúde bucal ²			
Saúde bucal auto-referida			
Ótima / boa	4,98	3,11 – 7,97	<0,0001
Usa prótese superior e/ou inferior			
Sim	3,16	1,96 – 5,10	<0,0001
Sexo			
Feminino	0,88	0,51 – 1,50	0,64
Renda			
≤ 1 salário mínimo	0,63	0,32 – 1,25	0,19
Escore alto de aspectos psicológicos da qualidade de vida em saúde bucal ³			
Usa prótese superior e/ou inferior			
Sim	4,89	2,52 – 9,51	<0,0001
Saúde bucal auto-referida			
Ótima / boa	4,62	2,53 – 8,42	<0,0001
Sexo			
Feminino	0,92	0,47 – 1,78	0,81
Renda			
≤ 1 salário mínimo	0,37	0,14 – 0,98	0,04
Escore alto de aspectos sociais da qualidade de vida em saúde bucal ⁴			
Usa prótese superior e/ou inferior			
Sim	4,68	2,53 – 8,65	<0,0001
Saúde bucal auto-referida			
Ótima / boa	3,62	2,07 – 6,32	<0,0001
Sexo			
Feminino	0,75	0,39 – 1,43	0,39
Renda			
≤ 1 salário mínimo	0,35	0,13 – 0,91	0,03

¹Escore alto de qualidade de vida em saúde bucal (considerada “Boa Qualidade de Vida”) – referida pelos participantes de acordo com o instrumento OHQol (MCGRATH e BEDI, 2000), para indivíduos com escore > 48.

²Escore baixo de aspectos físicos de qualidade de vida em saúde bucal – referida pelos participantes de acordo com o instrumento OHQol (MCGRATH e BEDI, 2000), para indivíduos com escore >15.

³Escore baixo de aspectos psicológicos de qualidade de vida em saúde bucal – referida pelos participantes de acordo com o instrumento OHQol (MCGRATH e BEDI, 2000), para indivíduos com escore >11.

⁴Escore baixo de aspectos sociais de qualidade de vida em saúde bucal – referida pelos participantes de acordo com o instrumento OHQol (MCGRATH e BEDI, 2000), para indivíduos com escore >11.

*Adultos: indivíduos com idade de 45 a 59 anos

Tabela 6 - Estimativas de OR ajustadas em modelo de Regressão Logística não condicional para fatores de exposição de escore alto de qualidade de vida em saúde bucal e seus componentes, no grupo de indivíduos idosos*, Alagoinhas, 2007.

Fatores de Exposição	OR	IC (95%)	Valor p
Escore alto de qualidade de vida em saúde bucal ¹			
Saúde bucal auto-referida			
Ótima / boa	5,12	3,21 – 8,17	<0,0001
Usa prótese superior e/ou inferior			
Sim	2,10	1,30 – 3,41	0,002
Trabalho			
Não, fora PEA	1,66	0,52 – 5,22	0,38
Sexo			
Feminino	0,77	0,46 – 1,29	0,33
Cor da pele			
Preta / parda	0,50	0,24 – 1,02	0,05
Escore alto de aspectos físicos da qualidade de vida em saúde bucal ²			
Saúde bucal auto-referida			
Ótima / boa	5,10	3,12 – 8,35	<0,0001
Necessita prótese superior e/ou inferior			
Não	2,28	0,49 – 10,55	0,29
Usa prótese superior e/ou inferior			
Sim	2,05	1,18 – 3,56	0,01
Sexo			
Feminino	0,89	0,51 – 1,53	0,68
Cor da pele			
Preta / parda	0,39	0,16 – 0,90	0,02
Escore alto de aspectos psicológicos da qualidade de vida em saúde bucal ³			
Saúde bucal auto-referida			
Ótima / boa	9,70	5,04 – 18,68	<0,0001
Usa prótese superior e/ou inferior			
Sim	1,74	0,86 – 3,53	0,11
Sexo			
Feminino	0,67	0,32 – 1,39	0,28
Cor da pele			
Preta / parda	0,24	0,07 – 0,86	0,02
Escore alto de aspectos sociais da qualidade de vida em saúde bucal ⁴			
Saúde bucal auto-referida			
Ótima / boa	5,30	3,01 – 9,32	<0,0001
Usa prótese superior e/ou inferior			
Sim	4,18	2,04 – 8,55	<0,0001
Sexo			
Feminino	0,76	0,40 – 1,42	0,39
Escolaridade			
Até 1º grau incompleto	0,23	0,05 – 1,03	0,05

¹Escore alto de qualidade de vida em saúde bucal (considerada “Boa Qualidade de Vida”) – referida pelos participantes de acordo com o instrumento OHQol (MCGRATH e BEDI, 2000), para indivíduos com escore > 48.

²Escore baixo de aspectos físicos de qualidade de vida em saúde bucal – referida pelos participantes de acordo com o instrumento OHQol (MCGRATH e BEDI, 2000), para indivíduos com escore > 15.

³Escore baixo de aspectos psicológicos de qualidade de vida em saúde bucal – referida pelos participantes de acordo com o instrumento OHQol (MCGRATH e BEDI, 2000), para indivíduos com escore >11.

⁴Escore baixo de aspectos sociais de qualidade de vida em saúde bucal – referida pelos participantes de acordo com o instrumento OHQol (MCGRATH e BEDI, 2000), para indivíduos com escore >11.

*Idosos: indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse estudo é possível constatar o grande problema enfrentado pelos indivíduos acima dos 45 anos no tocante à sua condição de saúde bucal, condição esta que muito pouco difere entre as faixas etárias de adultos e idosos, quanto às características apresentadas, o que pode permitir afirmar que a saúde bucal do idoso, com perdas dentárias acentuadas e todas as dificuldades decorrentes desta condição, se estabelece muito antes dos 60 anos de idade.

É possível concluir também, que questões como renda, acesso, informação, escolaridade, dentre outros aspectos sócio-econômicos, são preponderantes no estabelecimento do perfil de saúde bucal de adultos e idosos, que a condição perda dentária está tão enraizada na comunidade que é difícil romper com o paradigma “idoso desdentado é natural”, e que falar de qualidade de vida em saúde bucal é antes de tudo satisfazer as necessidades sentidas das pessoas, mesmo que na realidade que ora se apresenta, isso signifique um discurso à favor da prótese dentária.

O que fazer então a partir destas reflexões? Espera-se que os resultados deste estudo possa contribuir na discussão que busca melhorar a assistência e conseqüentemente a condição de saúde bucal dessas pessoas, permitindo maior coerência entre o olhar técnico e o olhar do sujeito em prol de um planejamento efetivo de políticas públicas que busque reverter esse quadro.

É preciso conscientizar as gerações atuais que a manutenção da dentição natural é a melhor condição para a saúde da boca, e criar mecanismos de acesso ao serviço odontológico para que essa condição possa ser garantida. Se hoje no país, grande parte da população ainda não tem acesso ao tratamento odontológico, nas décadas de 1960 e 1970, quando a maior parte dos

participantes deste trabalho começou a perder os dentes, a situação era ainda pior. Embora já se tenha comprovado o prejuízo funcional que as perdas dentárias acarretam à vida das pessoas, apenas recentemente a saúde bucal tem sido considerada como parte integrante da saúde geral e como fator de influência na qualidade de vida das pessoas.

Além disso, à medida que se tornam mais velhas, as pessoas passam a considerar os dentes menos importantes, na verdade, o desdentado não é considerado doente. A perda dentária é tratada diferentemente de perdas de outras estruturas do corpo e tal condição não provoca nenhuma simpatia especial, ao contrário, espera-se que a pessoa se recupere dessa perda sem maiores problemas.

O entendimento de que a remoção dos dentes pode acarretar prejuízo para a saúde dos indivíduos pode ser o primeiro passo para a solução destes problemas, quem sabe desse modo o Brasil deixe de ser um país de desdentados, não sendo mais esta questão considerada como um problema de saúde pública.