

Associação entre a presença de restos radiculares e a autopercepção de saúde bucal em idosos

Association between tooth root remains and self-reported oral health among the elderly

Aline Blaya Martins¹
Charlene da Silveira Dalberto²
Fernando Neves Hugo³

Abstract *The presence of tooth root remains is a common clinical finding among elderly patients and may reflect a need for treatment. The scope of this study sought to explore the association between the presence of tooth root remains and self-reported oral health among the elderly. Secondary data from two sanitary districts of Porto Alegre, State of Rio Grande do Sul, were analyzed. A conceptual theoretical model was used in the analysis to assess factors related to self-perceived oral health: gender, age, education, marital status, smoking habit, alcohol consumption, demand for oral health care, participation in community groups, family economic self-sufficiency, oral health service accessed, number of teeth and the presence of tooth root remains. The statistical data were analyzed using Chi-square and Poisson Regression tests (95% CI analysis; 5%). The sample consisted of 849 elderly individuals with a mean age of 69.7 years (± 7.2); 14.5% of the elderly had tooth root remains and 60.7% reported good self-perceived oral health. According to the hierarchical analysis, the absence of tooth root remains was associated with good oral health perception. The qualification and expansion of health care provided should be considered in order to allow planning actions to ensure the maintenance of good oral health for the elderly.*

Key words Aging, Dental care, Primary health care

Resumo *A presença de restos radiculares é um achado clínico comum entre os idosos e pode refletir necessidades de tratamento. O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre a presença de restos radiculares e a autopercepção de saúde bucal por idosos. Foram analisados dados secundários de dois distritos sanitários de Porto Alegre -RS, com base em um modelo teórico conceitual para investigar fatores relacionados com autopercepção de saúde bucal: gênero, idade, escolaridade, situação marital, tabagismo, hábito etílico, procura por cuidados em saúde bucal, participação em grupos, renda familiar suficiente, serviço de saúde bucal acessado, número de dentes e presença de restos radiculares. Os dados foram analisados por testes de Qui-quadrado e Regressão de Poisson (IC 95%; α 5%). A amostra foi composta por 849 idosos com idade média de 69,7 anos ($\pm 7,2$); 14,5% deles tinham restos radiculares mantidos em boca e 60,7% referiram sua percepção de saúde bucal como boa. A análise hierárquica mostrou associação entre a ausência de restos radiculares e a autopercepção positiva de saúde bucal. A qualificação e a ampliação da oferta do cuidado continuado devem ser pensadas, para permitir ações que garantam a manutenção de boas condições de saúde bucal para a população idosa.*

Palavras-chave Envelhecimento, Assistência odontológica, Atenção primária à saúde

¹ Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). R. Ramiro Barcelos 2492, Rio Branco. 90035003 Porto Alegre RS Brasil. aline.blaya@ufrgs.br

² Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFRGS.

³ Centro de Pesquisas em Odontologia Social, UFRGS.

Introdução

Embora os idosos que compõem a população atual tenham vivido as consequências de uma consciência de perda dentária como processo natural do envelhecimento, sujeitos a uma assistência odontológica mutiladora¹⁻⁴, o modelo de atenção à saúde hoje adotado no país preconiza a mudança de paradigma baseado na promoção e prevenção da saúde bucal⁵⁻⁸, em que a preservação do elemento dentário é preocupação primordial para a garantia da qualidade de vida das pessoas⁹. Muitas vezes, não há uma estrutura de serviço odontológico suficiente para corresponder às demandas em saúde bucal da população idosa, levando a alternativas de tratamento que envolvem a extração de dentes, que poderiam ser tratados e preservados, como medida mais prática e econômica^{4,10}.

As políticas públicas dirigidas à população idosa têm encontrado alguns desafios para a execução de ações de saúde em nível primário¹¹⁻¹³ visando garantir um envelhecimento mais saudável e ativo⁶⁻⁸. São consideradas como barreiras para a baixa cobertura dos serviços de atenção à saúde bucal, a condição de saúde geral dos indivíduos idosos, o status funcional, o medo, a imagem negativa, a escassez de recursos, a indisponibilidade de equipamentos e profissionais de saúde, a dificuldade de deslocamento, de acesso, e de marcação de consultas nos serviços públicos odontológicos^{2,12,13}. Neste sentido, torna-se fundamental a preocupação com o planejamento da atenção à saúde do idoso, à medida que o quadro de saúde bucal dessa população vem refletindo algumas limitações da cobertura oferecida pelos serviços públicos, no que tange à acessibilidade, à resolubilidade e à qualidade do mesmo^{4,10,14}.

Além do edentulismo, um achado clínico comum entre os idosos, é a presença de restos radiculares, como uma condição crônica de perda de estrutura dentária que se tornam focos de infecção, podendo trazer consequências mais graves. Esse foco séptico local pode dar origem a quadros de infecções sistêmicas, por meio da disseminação de bactérias via corrente sanguínea, como ocorre nos casos de endocardite bacteriana¹⁵. No entanto, a magnitude clínica de um foco séptico de origem dentária, que geralmente acompanha dor, desconforto e paladar ruim, pode interferir no modo como os idosos percebem sua condição de saúde bucal, a qual, por sua vez, também pode interferir na percepção de saúde geral. O impacto da perda de estrutura dentária pode ser percebido em dimensões de ordem fisiológica ou

funcional, como o potencial de mastigação dos alimentos, e psicossocial, como a capacidade de interagir socialmente^{1,2}. Assim, a autopercepção da condição bucal é um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva e as respostas subjetivas do indivíduo, que também podem se contrastar, quando há uma visão geral positiva mesmo com dados clínicos não satisfatórios¹⁶⁻¹⁸.

Os indivíduos geralmente se adaptam a condições bucais insatisfatórias relacionadas a alguns fatores clínicos, refletindo necessidades acumuladas de tratamento^{1-3,17}. Nesse contexto, a presença de restos radiculares pode ser o reflexo de uma necessidade de tratamento reprimida, com potencial de interferir no modo como os idosos percebem sua saúde bucal. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a associação entre a presença de restos radiculares e a autopercepção de saúde bucal por idosos, ajustando para possíveis fatores confundidores por meio de um modelo teórico conceitual. A hipótese formulada é de que a ausência de restos radiculares está associada com a percepção de saúde bucal como boa entre os idosos.

Metodologia

Amostra

Este estudo transversal de caráter exploratório foi realizado a partir de dados secundários de outro que verificou as condições em que se encontra a atenção à saúde de idosos moradores de dois distritos sanitários da cidade de Porto Alegre¹⁹. O referido estudo *Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades das pessoas idosas: da Política à Evidência*, teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS, e foi realizado entre os meses de janeiro de 2010 e janeiro de 2011 nos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon. Uma população de 883 indivíduos foi estimada por cálculo amostral, partindo de parâmetros de prevalência de boa percepção de saúde bucal obtidos em um estudo piloto com 50 idosos moradores dos mesmos distritos; um alfa bidirecional de 0,05 e um beta de 0,20 foram adotados, acrescentando 25% ao número amostral obtido para possíveis perdas e controle de fatores de confusão, além de uma ampliação da amostra em 1,5 para minimizar o efeito do delineamento e realizar as análises ajustadas. A amostragem foi realizada por meio de uma metodologia probabilis-

tica para avaliação de conglomerados, conforme proposto por Barros e Victora²⁰. Dentro de cada distrito (Lomba do Pinheiro e Partenon) foi aplicado uma amostragem sistemática para o sorteio dos setores, proporcionalmente ao número total que compunham a área de abrangência na qual o estudo foi realizado. Assim, a população final do estudo referenciado foi composta por 862 indivíduos de 60 anos ou mais, com ausência de déficit cognitivo segundo o teste de rastreamento “Mini Exame do Estado Mental (MEEM)”. Os pontos de corte utilizados por esse instrumento de análise cognitiva foram: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade média (1 a 8 anos de estudo) e 26 para alta escolaridade (9 anos de estudo ou mais)²¹.

Variáveis

Foram coletados dados da população a respeito do gênero, idade, renda, escolaridade e situação marital. As variáveis tabagismo e hábito etílico também foram avaliadas como práticas pessoais pelo presente estudo. Também foram incluídas as variáveis relacionadas à procura por cuidados em saúde bucal e à participação comunitária em grupos, que refletem o perfil de comportamento do idoso. A renda também foi incluída na análise. Embora essa variável tenha sido coletada de forma contínua, considerando a sua distribuição anormal, optou-se pelo uso da suficiência da renda autorreferida para as necessidades familiares como forma de aferir condições econômicas, visto que tal informação está intimamente ligada com a possibilidade de gastos com a saúde e com a escolha de uso ou não de serviços privados.

A característica do serviço de saúde bucal acessado foi analisada entre: Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade de Saúde da Família (USF), serviços de planos de saúde, clínicas particulares ou outros serviços odontológicos. O tipo de serviço acessado foi categorizado como público ou privado.

As condições de saúde bucal, em relação ao número de dentes e à presença de restos radiculares, foram avaliadas por meio de um exame odontológico realizado por uma equipe treinada, assegurando a confiabilidade dos dados. O número de dentes foi categorizado levando em consideração o arco dental reduzido, formado por pelo menos 20 dentes, que foi caracterizado como aceitável do ponto de vista funcional²², para tanto, as categorias atribuídas foram: nenhum dente, 1 a 19 dentes e 20 dentes ou mais. A

presença de restos radiculares, como consequência de um processo crônico de destruição coronária, foi considerada como a variável independente de interesse. Os restos radiculares foram categorizados a partir da distribuição: sendo “0”, correspondente a não ter nenhum, ou “1”, referente à presença.

Vários fatores contextuais e individuais podem estar associados à maneira como os idosos percebem a sua saúde bucal. A autopercepção baseia-se em informações e conhecimentos disponíveis e acessíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais de um grupo populacional. Assim, a autopercepção em saúde bucal por idosos foi avaliada como desfecho na via de associação do presente estudo, a fim de verificar o comportamento dessa variável em relação à presença de restos radiculares mantidos em boca, ajustada por possíveis fatores de confusão. A autopercepção de saúde bucal foi avaliada através da pergunta: “Comparando com outras pessoas de sua idade, como você avaliaria, no geral, a saúde da sua boca e seus dentes?”. Tendo como respostas possíveis: (1) Excelente, (2) Muito boa, (3) Boa, (4) Razoável, ou (5) Ruim. As respostas foram posteriormente dicotomizadas como “boa” ou “ruim”, sendo consideradas como “boa” as respostas “excelente”, “muito boa” ou “boa”, e como “ruim” as respostas “razoável” ou “ruim”.

Modelo Teórico Conceitual

A análise dos dados se deu através do modelo teórico conceitual aplicado à investigação de fatores relacionados com autopercepção de saúde bucal. Esse modelo, baseado no Modelo Comportamental proposto por Andersen e Davidson²³, foi apresentado com foco sobre os efeitos da presença de restos radiculares, com uma avaliação sistemática de múltiplos fatores que podem influenciar na percepção de saúde bucal do idoso. A análise multivariada, realizada a partir deste modelo considerou quatro níveis hierarquizados divididos em blocos, na seguinte ordem: Bloco 1 – variáveis exógenas (gênero e idade); Bloco 2 – determinantes primários (sistemas de cuidados – serviço de saúde bucal acessado; características pessoais – situação marital, escolaridade, renda familiar suficiente, participação em grupos); Bloco 3 – comportamentos (práticas pessoais – tabagismo e hábito etílico; uso formal do serviço – procura por cuidados em saúde bucal); Bloco 4 – condições de saúde (número de dentes, presença de restos radiculares) (Figura 1).

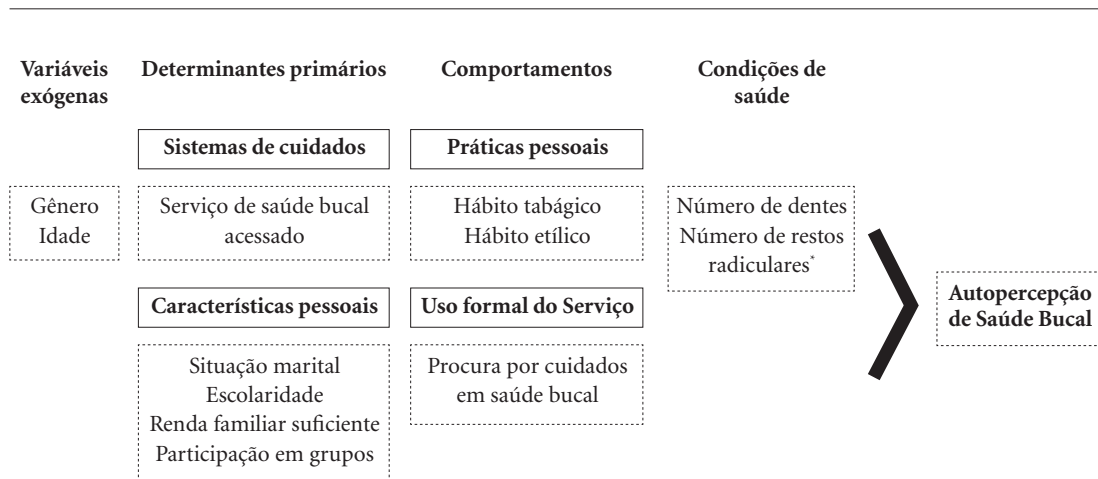


Figura 1. Modelo teórico conceitual desenvolvido com base no modelo de Andersen e Davidson²³.

Análise Estatística

Testes de Qui-quadrado foram executados para avaliação da distribuição das variáveis em relação ao desfecho estudado. As razões de prevalência foram obtidas pela regressão de Poisson com estimação de variância robusta. As análises de associações foram feitas isoladamente em cada bloco e posteriormente foram ajustadas aos blocos hierarquicamente precedentes. Foram incluídos no modelo final de análise hierárquica somente aqueles fatores que mantiveram-se com valores estatisticamente significativos ($p < 0,10$), mesmo quando ajustados às outras variáveis que compunham cada um dos blocos e às que faziam parte dos blocos antecessores. As magnitudes das associações foram estimadas pelas razões de chance, com nível de significância de 5%, e respectivos intervalos de confiança de 95%. Todas as análises foram executadas usando o SPSS 18.0 software para análises estatísticas (SPSS Inc., USA).

Resultados

Da população composta por 862 idosos, 13 participantes foram excluídos da análise por falta de informações referentes ao exame odontológico. Assim, a amostra do presente estudo incluiu 849 idosos, com idade média de 69,7 anos ($DP \pm 7,2$). Houve um predomínio de idosos do gênero feminino (68,1%) e com escolaridade de até 6 anos de estudo (62%). A maior parte dos participantes referiu estado marital entre solteiro, viúvo ou se-

parado (53,1%), e não ser possuidores de renda familiar suficiente (55,8%). Em relação aos hábitos etílicos e tabagistas, 66% dos idosos relataram nunca consumirem bebidas alcoólicas e 83% não fumar.

O uso do serviço de saúde bucal privado foi predominante entre os idosos (81,9%) em relação ao público de atenção primária (18,1%). Além disso, a grande maioria relatou não participar de grupos comunitários de saúde (88,2%). A procura por cuidados odontológicos foi referida, em maior parte, ocorrer apenas quando surge algum problema (58,7%).

Em relação ao perfil de saúde bucal dos participantes, 17,7% possuíam no mínimo 20 dentes, 51,7% possuíam até 19, 30,6% eram edêntulos, e a presença de restos radiculares foi verificada em 14,5% dos idosos. De modo geral, a autopercepção boa em saúde bucal foi referida por 60,7% dos idosos.

Renda suficiente para a família, participação em grupos, tabagismo, procura por cuidados em saúde bucal, número de dentes e presença de resto radicular foram as variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), quando avaliadas em relação ao desfecho pelo teste de Qui-quadrado (Tabela 1).

De acordo com a análise hierárquica, as variáveis do Bloco 1 não mostraram associação com o desfecho. O Bloco 2, na análise bruta, apresentou associação direta entre as variáveis renda familiar suficiente e participação em grupos, mesmo após o ajuste dentro do bloco. Possuir renda familiar suficiente e participar de grupos comunitários

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis preditoras em relação à autopercepção de saúde bucal.

	Autopercepção de saúde bucal		P-Value
	Ruim N(%)	Boa N(%)	
Gênero			0,92
Masculino	106(31,7)	165(32,0)	
Feminino	228(68,3)	350 (68,0)	
Idade			0,21
≤ 70 anos	205(61,4)	294(57,1)	
> 70 anos	129(38,6)	221(42,9)	
Serviço de saúde bucal acessado			0,08
Público	70(21,0)	84(16,3)	
Privado	264(79,0)	431(83,7)	
Estado marital			0,82
Casado	155(46,4)	243(47,2)	
Viúvo/Solteiro/Separado	179(53,6)	272(52,8)	
Escolaridade			0,87
≤ 6 anos	208 (62,3)	318(61,7)	
> 6 anos	126 (37,7)	197(38,3)	
Renda familiar suficiente			0,00
Sim	112(33,5)	263(51,1)	
Não	222(66,5)	252(48,9)	
Participação em grupos			0,04
Sim	30(9,0)	70(13,6)	
Não	304(91,0)	445(86,4)	
Hábito etílico			0,34
Nunca	230(68,9)	330(64,1)	
Raramente	42(12,6)	84(16,3)	
Eventualmente	33(9,9)	60(11,7)	
Frequentemente	29(8,7)	41(8,0)	
Hábito tabagista			0,00
Fuma	75(22,5)	69(13,4)	
Não fuma	259(77,5)	446(86,6)	
Procura por cuidados em saúde bucal			0,00
Nunca	61(18,3)	142(27,6)	
Quando tem algum problema	214(64,1)	284(55,1)	
Ocasionalmente, regularmente	59(17,7)	89(17,3)	
Número de dentes			0,00
≥ 20 dentes	50(15,0)	100(19,4)	
Entre 1 e 19 dentes	208(62,3)	231(44,9)	
Edêntulos	76(22,8)	184(35,7)	
Presença de restos radiculares			0,00
Nenhum	256(76,6)	470(91,3)	
≥ 1	78(23,4)	45(8,7)	

mostrou associação positiva com uma boa auto-percepção de saúde bucal (Tabela 2). De acordo com os resultados do Bloco 3, não possuir o hábito de fumar mostrou associação positiva com uma percepção boa de saúde bucal. No entanto, a procura por cuidados em saúde bucal apenas na presença de algum problema apresentou associação negativa com a boa percepção de saúde bucal. Essas linhas de associação para tabagismo

e procura por cuidados odontológicos se mantiveram após o ajuste intrabloco. O Bloco 4, composto pelas variáveis número de dentes e presença de restos radiculares, manteve associação com o desfecho ao longo de toda a análise. A presença de um número de dentes de até 19 mostrou uma associação negativa e a ausência de restos radiculares apresentou associação positiva com uma boa percepção de saúde bucal (Tabela 3).

Tabela 2. Associação entre variáveis dos blocos 1 e 2 e autopercepção positiva de saúde bucal.

Variável	RP Bruta (IC 95%)	P	RP Ajustada ^a (IC 95%)	P
BLOCO 1 - Variáveis exógenas				
Gênero	1,00 (0,89 - 1,12)	0,92	1,00 (0,89 - 1,13)	0,91
Masculino	1		1	
Feminino				
Idade	0,93 (0,83 - 1,04)	0,21	0,93 (0,83 - 1,04)	0,21
≤ 70 anos	1		1	
> 70 anos				
BLOCO 2 - Determinantes primários				
Serviço de saúde bucal acessado				
Público	0,88 (0,75 - 1,02)	0,10	0,91 (0,78 - 1,07)	0,28
Privado	1		1	
Estado marital				
Casado	1,01 (0,90 - 1,12)	0,82	1,00 (0,90 - 1,12)	0,88
Viúvo/Solteiro/Separado	1		1	
Escolaridade				
≤ 6 anos	0,99 (0,88 - 1,10)	0,87	1,03 (0,92 - 1,16)	0,50
> 6 anos	1		1	
Renda familiar suficiente				
Sim	1,31 (1,18 - 1,46)	0,00	1,31 (1,17 - 1,46)	0,00
Não	1		1	
Participação em grupos				
Sim	1,17 (1,02 - 1,35)	0,02	1,16 (1,01 - 1,34)	0,03
Não	1		1	

^(a) Associações ajustadas para as variáveis que compõem o bloco

Tabela 3. Associação entre variáveis dos blocos 3 e 4 e autopercepção positiva de saúde bucal.

Variável	RP Bruta (IC 95%)	P	RP Ajustada ^a (IC 95%)	P	RP Ajustada ^b (IC 95%)	P
BLOCO 3 - Comportamentos						
Hábito Etílico						
Nunca	1,00 (0,81 - 1,24)	0,95	0,97 (0,80 - 1,19)	0,83	1,03 (0,84 - 1,25)	0,76
Raramente	1,13 (0,90 - 1,43)	0,27	1,10 (0,88 - 1,38)	0,38	1,14 (0,92 - 1,43)	0,22
Eventualmente	1,10 (0,86 - 1,41)	0,44	1,08 (0,85 - 1,37)	0,49	1,12 (0,88 - 1,41)	0,33
Frequentemente	1		1		1	
Hábito Tabagista						
Não fuma	1,32 (1,10 - 1,58)	0,00	1,30 (1,08 - 1,56)	0,00	1,21 (1,01 - 1,45)	0,04
Fuma	1		1		1	
Procura por cuidados em saúde bucal						
Nunca	0,86 (0,73 - 1,00)	0,06	0,89 (0,76 - 1,05)	0,17	0,95 (0,80 - 1,11)	0,53
Quando tem algum problema	0,81 (0,72 - 0,91)	0,00	0,83 (0,74 - 0,94)	0,00	0,86 (0,76 - 0,96)	0,01
Ocasionalmente, regularmente	1		1		1	
BLOCO 4 - Condições de saúde						
Número de dentes						
≥ 20 dentes	0,94 (0,82 - 1,08)	0,39	0,99 (0,87 - 1,14)	0,98	0,90 (0,78 - 1,05)	0,20
Entre 1 e 19 dentes	0,74 (0,66 - 0,83)	0,00	0,80 (0,71 - 0,90)	0,00	0,75 (0,66 - 0,86)	0,00
Edêntulos	1		1		1	
Presença de restos radiculares						
Nenhum	1,77 (1,39 - 2,24)	0,00	1,66 (1,31 - 2,12)	0,00	1,58 (1,24 - 2,01)	0,00
≥ 1	1		1		1	

^(a) Associações ajustadas para as variáveis que compõem o bloco. ^(b) Associações ajustadas para as variáveis que compõem o bloco e para as que mantiveram-se associadas com o desfecho no bloco anterior.

O modelo totalmente ajustado, composto pelas variáveis que mantiveram significância estatística na análise hierárquica, mostra que a variável de participação em grupos comunitários, relacionada às características pessoais, que compôs o Bloco 2, deixou de apresentar associação em relação ao desfecho. O tabagismo, a procura por cuidados odontológicos apenas na presença de algum problema e ter entre 1 e 19 dentes em boca mantiveram-se negativamente associadas, enquanto que possuir renda familiar suficiente e a ausência de restos radiculares confirmaram uma associação positiva quanto à uma boa percepção de saúde bucal entre os idosos (Tabela 4).

Discussão

Os resultados do presente estudo confirmam a hipótese formulada, ao mostrar que a ausência de restos radiculares em boca aumenta significativamente a prevalência de uma percepção boa de saúde bucal. A análise da presença de restos radiculares, considerada como uma necessidade concreta de tratamento odontológico por consequência de um processo avançado da doença cárie, e seu papel na percepção de saúde bucal parecem não ter sido explorados pela literatura até o momento. Embora as abordagens tenham sido outras, estudos recentes também encontraram evidências de que necessidades de tratamento são fatores de risco para uma percepção desfavorável de saúde bucal^{24,25}. Os estudos epidemiológicos identificam o perfil e as necessidades da população, porém, quando associados à investigação da maneira como os idosos percebem seus problemas de saúde e se posicionam diante deles, é possível identificar os valores sociais, culturais, econômicos e clínicos que influenciam na auto-percepção, permitindo um panorama mais próximo da real condição do indivíduo¹⁶.

Os achados deste estudo mostram que a percepção positiva de saúde bucal sofreu influência de fatores que integraram o modelo teórico conceitual proposto. Os determinantes primários ligados ao sistema de cuidados e às características pessoais estiveram associados com a auto-percepção dos idosos sobre sua saúde bucal, em relação à percepção da renda como suficiente para as necessidades da família. Esse fato eventualmente pode representar a possibilidade de gastos com a saúde e com a escolha de uso ou não de serviços privados. Entende-se que o baixo nível socioeconômico pode ter um efeito sobre as opções de tratamento, como cuidados preventivos ou

Tabela 4. Modelo hierárquico totalmente ajustado para auto-percepção positiva de saúde bucal.

Variável	RP totalmente ajustada (IC 95%)	P
Renda familiar suficiente		
Sim	1,25 (1,13 - 1,39)	0,00
Não	1	
Participação em grupos		
Sim	1,11 (0,96 - 1,29)	0,14
Não	1	
Hábito Tabagista		
Não fuma	1,21 (1,02 - 1,44)	0,02
Fuma	1	
Procura por cuidados em saúde bucal		
Nunca	0,86 (0,72 - 1,03)	0,11
Quando tem algum problema	0,84 (0,74 - 0,95)	0,00
Ocasionalmente, regularmente	1	
Número de dentes		
≥ 20 dentes	0,90 (0,78 - 1,05)	0,20
Entre 1 e 19 dentes	0,75 (0,66 - 0,86)	0,00
Edêntulos	1	
Presença de restos radiculares		
Nenhum	1,58 (1,24 - 2,01)	0,00
≥ 1	1	

reabilitações mais conservadoras, que podem ser acessadas por idosos²⁶. Dessa forma, possuir baixa renda pode ser considerado como um fator de risco para perda dentária²⁷. Uma família que não possui renda suficiente para as suas necessidades provavelmente não terá os serviços de saúde bucal como prioridade, principalmente quando se trata de uma faixa da população que precisa manter gastos regulares com medicamentos, tratamentos, ou exames, em decorrência das doenças crônico-degenerativas que surgem com o aumento da idade, que também podem resultar em uma barreira que limita ou até mesmo inviabiliza o acesso ao sistema público de saúde¹⁹. Ainda em relação às características pessoais, a participação comunitária em grupos também apresentou inicialmente associação com a auto-percepção positiva em saúde bucal. Esse achado talvez mostre o perfil de comportamento do idoso frente ao seu autocuidado, uma vez que a participação comunitária representa um dispositivo de rede de apoio, capaz de estimular a troca de experiências e o comportamento ativo do idoso em sociedade. No entanto, após o ajuste total do modelo hierárquico, este determinante primário perdeu sua significância estatística. Isso pode ser devido à influência de fatores clínicos e relacionados ao

comportamento que tenham um impacto maior sobre a autopercepção positiva dos idosos em relação à sua saúde bucal.

Em relação aos aspectos comportamentais, observou-se que entre os que não fumavam houve um número maior de idosos que perceberam a sua saúde bucal como boa. Sabe-se que os efeitos do fumo sobre as condições de saúde bucal podem acarretar diversas morbidades como a doença periodontal e as lesões orais pré-malignas, acarretando uma diminuição da qualidade de vida do indivíduo^{26,28}. Além de ser um fator de risco a diversas doenças, o hábito de fumar pode ser desencadeador de outros comportamentos prejudiciais à saúde bucal, como a baixa procura por consulta odontológica e a falta do hábito de realizar higiene bucal, que são relacionados a quadros extremos de perda dentária²⁹. Essas evidências corroboram para a presença de condições de saúde bucal que limitam o envolvimento social do indivíduo, levando a uma percepção negativa de si mesmo em relação à sua saúde²⁹. Outro aspecto comportamental associado com a autopercepção positiva foi o hábito de procura por cuidados em saúde bucal, referente ao uso formal do serviço. De acordo com os resultados, há menor prevalência de uma percepção favorável da saúde bucal entre os idosos que procuraram o serviço odontológico apenas quando percebem que estão com algum problema. Alguns estudos relatam que elementos culturais, tidos como herança do passado, são determinantes do comportamento, crenças e práticas de saúde bucal pelos idosos¹⁻³, pois um dos fatores preditores da procura espontânea pelo serviço odontológico é a autopercepção de suas necessidades¹⁷. No entanto, muitas alterações clínicas são assintomáticas, desconhecidas ou consideradas como um processo inevitável do envelhecimento¹⁻³. Esse fato faz com que uma grande parcela de idosos perceba sua saúde bucal como boa mesmo quando algum problema odontológico com necessidade de tratamento esteja presente^{1,2,17}. Por outro lado, quando identificadas as necessidades de tratamento levando os idosos à procura por serviço odontológico, há uma grande chance de ser um processo agravado, com prognóstico desfavorável, o que poderia explicar o menor número daqueles que percebem sua saúde bucal como boa. Assim, conforme Hugo et al.¹⁷, quando a procura por cuidados passa a ser apenas por um objetivo resolutivo, cria-se menos oportunidade para prevenção e tratamento de doenças, interferindo negativamente na percepção de saúde bucal pelos idosos.

Os fatores relacionados às condições de saúde também mostraram significância estatística em relação à autopercepção de saúde bucal. De acordo com os resultados, a presença de 1 a 19 dentes pode diminuir a prevalência de uma autopercepção favorável. Por outro lado, a perda total dos dentes parece favorecer uma autopercepção mais positiva sobre a saúde bucal, como foi verificado entre os idosos edêntulos do presente estudo, possivelmente por terem passado por experiências prévias negativas com seus dentes naturais. As diferentes formas como idosos com arco dentário reduzido e edêntulos perceberem sua condição de saúde bucal, ruim ou boa, talvez possam estar atribuídas à qualidade dos dentes remanescentes, e que, possivelmente, representam para esses indivíduos a origem de um desconforto ou insatisfação^{1,12,13}. Dessa forma, a perda dentária, considerada como uma importante medida da condição de saúde bucal de uma população, pode possuir forte efeito sobre a qualidade de vida das pessoas. Seus impactos podem ser expressos pela diminuição das capacidades funcionais de mastigação e fonação, perda do tônus muscular, bem como por prejuízos de ordem nutricional, modificação do perfil facial e estética, podendo trazer efeitos psicológicos desfavoráveis ao interferir na autoestima ou trazer dificuldades para o convívio social^{2,4,17,30}, mas que podem ser minimizados pela reabilitação funcional e estética com próteses dentárias³¹.

Além do número de dentes, a ausência de restos radiculares mostrou associação positiva em relação a uma boa percepção de saúde bucal. Assim, de acordo com os resultados, a ausência de raízes residuais decorrentes de um processo crônico de perda de estrutura dentária, e que geralmente acompanha sintomas desagradáveis de um quadro infeccioso, tem impacto positivo sobre a forma como o idoso percebe sua saúde bucal. Esse achado traz uma informação inédita e importante sobre a influência de uma necessidade clara de tratamento, quando se trata de presença de raízes residuais mantidas em boca, sobre o modo como os idosos percebem sua saúde bucal. É importante considerar que apesar de ter havido melhoras substanciais no quadro epidemiológico de saúde bucal nas últimas décadas em nosso país⁵⁻⁸, decorrentes principalmente de importantes estratégias de saúde pública voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, ainda há uma parcela considerável da população idosa com uma demanda reprimida por ações de reabilitação e de manutenção da saúde^{11,19}. Alterações bucais decorrentes de fatores relacionados

às limitações funcionais, doenças sistêmicas e uso de algumas medicações que reduzem o fluxo salivar, além da disfunção das glândulas salivares que pode resultar em hipossalivação entre idosos^{32,33}, podem favorecer condições para o estabelecimento de uma microbiota oral associada a um aumento da prevalência de cárie, principalmente a radicular^{32,34}. A raiz dentária, mais suscetível à perda mineral, pode encontrar-se exposta ao meio bucal devido à recessão gengival em diferentes graus como consequência de um processo crônico de doença periodontal, gerando, assim, o aumento do risco à cárie radicular³². Portanto, a atenção para a aplicação de medidas de prevenção da doença cárie com o aumento da idade pode ser entendida como uma necessidade^{32,34}, a fim de prevenir os quadros de extensa perda dentária e a presença de remanescentes radiculares.

Embora o edentulismo possa ser considerado um fenômeno natural do envelhecimento, podemos entender que este é o reflexo da falta de orientação e de cuidados com a saúde bucal em todas as idades¹⁻³. As necessidades de tratamento acumuladas são advindas, entre outros motivos, da dificuldade histórica de acesso aos serviços de saúde bucal^{12-14,19}. Mesmo após a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS)^{35,36}, a atenção à saúde bucal só foi reconhecida pelo Estado brasileiro e inserida no sistema através da Estratégia de Saúde da Família em 2004⁵. Além da Política Nacional do Idoso, criada em 1994³⁷, e do Estatuto do Idoso, de 2003³⁸, apenas em 2006 é aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, para direcionar medidas coletivas e individuais de saúde específicas para essa população, que, no entanto, também não incluem a atenção à saúde bucal como dispositivo de cuidado integral⁶. Este contexto histórico da escassez de atenção odontológica mostra a necessidade de ampliação e qualificação do cuidado em saúde bucal. É fundamental que os profissionais da área incluam orientações sobre a origem de processos patológicos em suas práticas, a fim de possibilitar a identificação precoce e o tratamento participativo, investindo na prevenção para que o cuidado continuado permita o envelhecimento com a

manutenção de uma dentição funcional e boas condições de saúde bucal. A transformação das práticas de atenção à saúde bucal também devem envolver abordagens intersetoriais e multidisciplinares, prestando um cuidado integral às necessidades do paciente idoso^{7,8}. Políticas públicas com princípios sólidos voltados à atenção à saúde dos idosos já deram início a esse processo, no entanto, a universalidade do acesso aos serviços odontológicos enfrenta ainda grandes desafios^{2,19} para que essa população seja beneficiada e tenha pleno acesso à saúde, garantindo, assim, uma melhor qualidade de vida com real cidadania.

Por fim, de acordo com os achados deste estudo, conclui-se que a percepção de saúde bucal está significativamente associada com diferentes fatores contextuais e individuais considerados na análise hierárquica proposta. Embora a associação entre a presença de restos radiculares e a autopercepção em saúde bucal não tenha sido ainda relatada pela literatura, estudos que avaliem amostras maiores, com seguimento populacional e que contemplem outras faixas etárias podem ser úteis para confirmar os resultados obtidos, a fim de permitir investigações causais e sobre o impacto das necessidades de tratamento em adultos em idade laboral. Essas informações são de grande relevância, de tal modo que o conhecimento sobre a percepção dos idosos em relação à sua condição bucal pode ser um passo importante e fundamental para a elaboração ações educativas, voltadas para o autocuidado, ações preventivas e principalmente resolutivas no âmbito do sistema de saúde público. A necessidade de uma adequação das pesquisas e dos levantamentos epidemiológicos nacionais, que incluam notificações quanto à presença de restos radiculares em idosos, deve ser pensada. Assim, a identificação da demanda por cuidados e a compreensão da forma como essa faixa etária da população percebe sua condição de saúde bucal podem favorecer a qualificação do planejamento de ações nesta área, além de direcionar a busca por alternativas para os entraves que ainda inviabilizam a efetividade do cuidado integral à saúde da população idosa brasileira.

Colaboradores

AB Martins participou das fases de planejamento, coleta de dados, delineamento, análise/interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo. CS Dalberto participou das fases de delineamento, análise/interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo. FN Hugo participou da gestão do projeto de pesquisa, redação e revisão crítica do artigo.

Agradecimentos

Este artigo faz parte de um projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – bolsa de doutorado de Aline Blaya Martins vinculada ao PPG-ODO UFRGS.

Referências

1. Haikal DAS, de Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira ANM, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3317-3329.
2. Martins AB, Hugo FN, Paim BS, Ilha L, Guntzel P, Romanini J. How primary health care professionals and residents assess issues related to the oral health of older persons? *Gerodontology* 2011; 28(1):37-43.
3. Silva SRC, Castellanos-Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saude Publica* 2001; 35(4):349-355.
4. Silva MESE, Vilaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):841-850.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.528, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 2006; 19 out.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Caderno de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: MS; 2007.
9. Mendonça BMC, Cimões R, Araújo ACS, Caldas Júnior AF, Silva PV. Impacto do número de dentes presentes no desempenho de atividades diárias: estudo piloto. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):775-784.
10. Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2063-2070.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Projeto SB Brasil 2010. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, 2010: Resultados Principais*. Brasília: MS; 2011.
12. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 22(5):308-316.
13. Matos DL, Lima-Costa MF. Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). *Cad Saude Publica* 2007; 23(11):2740-2748.
14. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):81-92.
15. Shay K. Infectious complications of dental and periodontal diseases in the elderly population. *Clin Infect Dis* 2002; 34(9):1215-1223.

16. Soares GB, Batista RM, Zandonade E, Oliveira AE. Associação da autopercepção de saúde bucal com parâmetros clínicos orais. *Rev Bras Odontol* 2011; 68(2):268-273.
17. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa MLR, da Silva DD, Pucca Jr GA. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(3):224-232.
18. Martins AB, Dos Santos CM, Hilgert JB, de Marchi RJ, Hugo FN, Pereira Padilha DM. Resilience and Self-Perceived Oral Health: A Hierarchical Approach. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(4):725-731.
19. Martins AB, D'Avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3403-3416.
20. Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da Saúde Infantil: um manual para diagnósticos comunitários*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec/Unicef; 1998.
21. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3):189-198.
22. Agerberg G, Carlsson GE. Chewing ability in relation to dental and general health. Analyses of data obtained from a questionnaire. *Acta Odontol Scand* 1981; 39(3):147-153.
23. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res* 1997; 11(2):203-209.
24. Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, da Costa JS. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38(4):348-359.
25. Northridge ME, Chakraborty B, Kunzel C, Metcalf S, Marshall S, Lamster IB. What contributes to self-rated oral health among community-dwelling older adults? Findings from the ElderSmile program. *J Public Health Dent* 2012; 72(3):235-245.
26. De Marchi RJ, Hilgert JB, Hugo FN, dos Santos CM, Martins AB, Padilha DM. Four-year incidence and predictors of tooth loss among older adults in a southern Brazilian city. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40(5):396-405.
27. Elias AC, Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth: Studies in Brazilian adults. *J Oral Rehab* 1999; 26(1):53-71.
28. Gelskey SC. Cigarette smoking and periodontitis: methodology to assess the strength of evidence in support of a causal association. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27(1):16-24.
29. Millar WJ, Locker D. Smoking and oral health status. *J Can Dent Assoc* 2007; 73(2):155.
30. Hugo FN, Hilgert JB, da Luz Rosário de Sousa M, Cury JA. Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37(3):231-240.
31. Silva MES, Magalhães CS, Ferreira EF. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):813-820.
32. Bignozzi I, Crea A, Capri D, Littarru C, Lajolo C, Takakis DN. Root caries: a periodontal perspective. *J Periodontol Res* 2014; 49(2):143-163.
33. Moritsuka M, Kitasaki Y, Burrow MF, Ikeda M, Tagami J, Nomura S. Quantitative assessment for stimulated saliva flow rate and buffering capacity in relation to different ages. *J Dent* 2006; 34(9):716-720.
34. Fure S. Ten-year cross-sectional and incidence study of coronal and root caries and some related factors in elderly Swedish individuals. *Gerodontology* 2004; 21(3):130-140.
35. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário oficial da União* 1990; 19 set.
36. Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. *Diário oficial da União* 1990; 28 dez.
37. Brasil. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras Providências. *Diário oficial da União* 1994; 4 jan.
38. Brasil. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário oficial da União* 2004; 3 out.

Artigo apresentado em 30/11/2014

Aprovado em 30/03/2015

Versão final apresentada em 01/04/2015

