

Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal*

Catarina Carvalho^I, Ana Cristina Manso^{II}, Ana Escoval^I, Francisco Salvado^{II}, Carla Nunes^I

^I Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal

^{II} Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz. Caparica, Portugal

RESUMO

OBJETIVO: Analisar se a autopercepção de saúde bucal em contexto urbano está associada aos factores sociodemográficos que interferem na qualidade de vida da saúde bucal.

MÉTODOS: Estudo transversal com amostra de conveniência de indivíduos idosos (65 anos ou mais) inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte. A autopercepção da saúde bucal e qualidade de vida associada foi avaliada pelo índice de avaliação da saúde bucal em idosos (*Geriatric Oral Health Assessment Index*) e os indivíduos foram classificados de acordo com as características sociodemográficas. A consistência interna do questionário foi avaliada por meio do alfa (α) de Cronbach. Posteriormente, foram utilizados modelos de regressão logística binária para caracterizar os factores associados com a autopercepção de saúde bucal considerando as variáveis sociodemográficas e de condições clínicas de saúde bucal dos idosos e determinados os *odds ratios* bruto e ajustado (à idade) e respectivos intervalos de confiança a 90%.

RESULTADOS: Participaram 369 idosos, com média de idade de 74,2 anos (DP = 6,75); 62,9% eram do sexo feminino. Em média, o índice foi moderado com tendência a elevado: 32,9 (DP = 3,6; intervalo 12-36). O alfa de Cronbach foi elevado: 0,805. A idade, o estado civil e a última consulta de Medicina Dentária foram os factores significativamente associados a autopercepção da saúde bucal.

CONCLUSÕES: O estudo mostra que esses indivíduos apresentam uma autopercepção de saúde bucal moderada, com tendência a elevada. A avaliação da autopercepção da saúde bucal permitiu identificar os principais factores sociodemográficos associados. Este instrumento pode contribuir para orientar as estratégias de planeamento e promoção da saúde bucal direcionadas para uma melhor qualidade de vida deste grupo populacional.

DESCRITORES: Idoso. Autoavaliação. Saúde Bucal. Factores Socioeconômicos. Estudos Transversais.

*Foi mantida a grafia original do artigo em português de Portugal

Correspondência:

Catarina Carvalho
Rua Dom Dinis, 22 4º Dto.
1250-077 Lisboa, Portugal
E-mail: catarina.ms.carvalho@gmail.com

Recebido: 6 abr 2015

Aprovado: 15 jul 2015

Como citar: Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal. Rev Saude Publica. 2016;50:53.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Segundo a Organização das Nações Unidas^a, o envelhecimento populacional mundial é um fenómeno duradouro com características globais, afetando toda a sociedade e em todos os níveis e exigindo alterações sociais profundas.

Em Portugal, o envelhecimento populacional enfatiza a necessidade de políticas de saúde pública que enfoquem a manutenção de qualidade de vida satisfatória aos que envelhecem. Segundo os Censos 2011, Lisboa apresenta alto índice de envelhecimento, passando de 103 idosos por 100 jovens, em 2001, para 140 idosos por 100 jovens em 2011, e é, ao mesmo tempo, o município com menor valor percentual de jovens (12,9%)^b.

O envelhecimento da população aumenta a necessidade crescente de definir padrões aceitáveis de saúde bucal para contribuir para um melhor estado geral de saúde e bem-estar¹². Para tanto, são necessários dados epidemiológicos que quantifiquem as condições de saúde bucal dos idosos. Este tipo de informação é fundamental para o planeamento, organização e monitorização dos serviços de saúde bucal prestado²².

A literatura sugere que, em complemento aos dados clínicos de avaliação pelos profissionais de saúde, sejam recolhidos dados relativos a indicadores de autopercepção, nomeadamente relativos às condições de saúde bucal e às necessidades de tratamento, percebidas pelos idosos²². Neste sentido têm sido desenvolvidos vários indicadores sócio-dentários para medir a forma como as alterações da saúde bucal comprometem a qualidade de vida e o bem estar dos indivíduos. Incluem-se aqui medidas subjetivas como dor ou desconforto, problemas estéticos, restrições na alimentação, comunicação, relações afetivas, atividades diárias, e bem-estar físico e psicológico dos indivíduos¹¹. Dos instrumentos desenvolvidos para avaliação desses indicadores, destacam-se o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), o *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP), o *Oral Health-Related Quality of Life* (OHRQOL) e o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI)³. Este último foi desenvolvido especificamente para a população idosa⁴.

O objetivo deste estudo foi analisar se a autopercepção de saúde bucal em contexto urbano está associada aos factores sociodemográficos que interferem na qualidade de vida da saúde bucal.

MATERIAL E MÉTODOS

Serviço de Saúde em Portugal

Em Portugal, o Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento das políticas de saúde, bem como da gestão do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Existem cinco administrações regionais de saúde (ARS) – ARS Alentejo, ARS Algarve, ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo e ARS Norte – responsáveis pela execução dos objectivos das políticas de saúde nacionais, pelo desenvolvimento de diretrizes e protocolos e por supervisionar o atendimento na saúde. Os esforços de descentralização focaram seus objetivos na mudança da responsabilidade financeira e de gestão para o nível regional. Na prática, porém, a autonomia das administrações regionais de saúde está limitada aos cuidados de saúde primários. As Regiões Autónomas dos Açores e Madeira possuem autonomia efetiva nas estratégias regionais da saúde e na administração da definição de orçamento e os gastos^c.

A ARS Lisboa e Vale do Tejo tem a seu cargo 15 Agrupamento de Centros de Saúde, são eles: Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte, Lisboa Central, Lisboa Ocidental Oeiras, Cascais, Amadora, Sintra, Loure Odivelas, Estuário do Tejo, Almada Seixal, Arco Ribeirinho, Arrábida, Oeste Norte, Oeste Sul, Médio Tejo e Lezíria.

O sistema de assistência de saúde bucal em Portugal, um misto de coexistência do Modelo Beveridiano, Bismarckiano e Privado ou Liberal, é fortemente condicionado pela baixa

^a United Nations, Population Division, Department of Economic and Social Affairs. Old-age dependency ratio 65+/(20-64) by major area, region and country, 1950-2100 (ratio of population 65+ per 100 population 20-64). New York; 2011.

^b Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011: resultados definitivos - Região Lisboa. Lisboa; 2013 [citado 2014 fev 16]. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=377750&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

^c Direcção-Geral da Saúde (PT), Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde, Divisão de Estatísticas de Saúde. Elementos estatísticos: informação geral: Saúde 2008. Lisboa; 2008.

cobertura do SNS e caracteriza-se por três sistemas de cobertura: o sistema liberal ou de seguro privado, o sistema de seguro social e o sistema financiado pelos impostos¹⁰.

Amostra

Estudo transversal, com amostra de 369 indivíduos não probabilística e de conveniência, correspondendo a 5,1% de margem de erro para um nível de confiança de 90%. Os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos foram selecionados, de forma aleatória, dentre os que esperavam a consulta no centro de saúde, entre fevereiro de 2012 e junho de 2013. Foi considerada a listagem de indivíduos inscritos em 2008, na Unidade Setentrional de Lisboa – idosos utentes dos centros de saúde Lisboa Norte que têm por referência os Hospitais de Santa Maria e Pulido Valente.

Esse agrupamento é constituído por cinco centros de saúde, Alvalade, Benfica, Coração de Jesus, Lumiar e Sete Rios, nos quais encontravam-se inscritos 295.687 utentes no ano de 2012, sendo 62.498 idosos.

A entrevista foi feita face a face por quatro examinadores, devidamente calibrados e treinados de acordo com as normas de biossegurança, sob as condições ambientais existentes nos centros de saúde. Foram incluídos idosos com mais de 65 anos, com capacidade de responder ao questionário, frequentadores dos centros de saúde Lisboa Norte que aceitaram participar no estudo (consentimento informado).

Instrumento de Recolha de Dados

O questionário aplicado foi constituído por três partes distintas. A primeira englobou a caracterização sociodemográfica, composta por idade, profissão, situação face ao emprego, local de nascimento, estado civil, nível de escolaridade, rendimento familiar, sexo, capacidade de autonomia de vida, entre outros. A segunda contemplou questões acerca de hábitos de saúde bucal dos idosos, como: quando ocorreu a última visita ao dentista, se recebeu informações sobre como fazer o exame da própria boca para prevenir o câncer bucal, se usa prótese e como a higieniza. Na terceira parte, aplicou-se o questionário *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) para avaliar a autopercepção da saúde bucal, índice traduzido e validado para a língua portuguesa⁶.

O GOHAI é constituído por 12 perguntas, relacionados com a influência dos problemas de saúde oral nas seguintes dimensões física, psicossocial e dor ou desconforto:

- A função física, representada pelo padrão de mastigação, fala e deglutição^{1,23};
- A função psicossocial, representada pela preocupação com a saúde bucal, satisfação ou insatisfação com a aparência, autoconsciência sobre a sua saúde bucal e pelo evitar do contacto social devido a problemas orais^{1,13,23};
- A dor ou desconforto, representada pelo uso de medicação para aliviar a dor ou desconforto^{1,13,23}.

Para Atchison e Dolan⁴, as opções de resposta podem ter de três a seis categorias (de “sempre” a “nunca”). Neste estudo optou-se pela escala de frequência simplificada sugerida pelas autoras com três categorias: “sempre”, “algumas vezes” e “nunca” (valores de 1, 2 e 3, respetivamente).

Para obtenção do índice final, realizou-se a soma simples dos valores, em uma escala de 12 a 36. O índice GOHAI classifica a autopercepção em “elevada” (34 a 36 pontos), “moderada” (30 até 33 pontos) e “baixa” (< 30 pontos) pelo critério de Atchison e Dolan⁴ para escala simplificada.

Análise de Dados

A variável dependente considerada foi autopercepção do idoso em relação à saúde bucal; as independentes foram aquelas variáveis sociodemográficas e de condições clínicas de saúde bucal dos idosos.

Foram utilizadas medidas de estatística descritiva (para a caracterização geral dos dados) e determinado o alfa (α) de Cronbach (para avaliar a consistência interna do questionário). Posteriormente, foram utilizados modelos de regressão logística binária para caracterizar os factores associados com a autopercepção de baixa saúde bucal dos idosos, considerando as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, rendimento familiar e capacidade de autonomia de vida) e de condições clínicas de saúde bucal dos idosos (última consulta de medicina dentária e uso de prótese dentária). Foram determinados os *odds ratios* bruto e ajustados pela idade e respectivos intervalos de confiança a 90%. Foi utilizado um nível de significância de 5%.

Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Direcção Geral da Saúde do Ministério da Saúde de Portugal (Processo 210, de 17 de dezembro de 2010). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Participaram 369 idosos no estudo, que correspondem a 3/5 da população idosa inscrita neste agrupamento. Tinham em média 74,2 anos (DP = 6,75); 62,9% era do sexo feminino e 37,1% do sexo masculino. A grande maioria encontrava-se reformada (95,0%); 53,9% apresentava nível de escolaridade até quatro anos e 87,8% considerava-se totalmente independente em relação às suas atividades quotidianas. Apenas 13,0% sabia que tem um profissional de saúde bucal no centro de saúde a que pertence; 51,1% não visitava um médico dentista há mais de um ano; 62,6% dos indivíduos usava prótese dentária, sendo que 68,0% se encontrava satisfeito com a mesma (Tabela 1).

A aplicação do GOHAI resultou em valores médios próximos do limite superior da escala de variação da medida para o índice global (média = 32,9; DP = 3,6) e para as suas três dimensões, sendo possível afirmar que os idosos avaliaram favoravelmente a sua saúde bucal (Tabela 2). A maioria (57,7%) dos indivíduos apresentaram elevada autopercepção da sua saúde bucal, com valores superiores a 33; 27,9% apresentaram autopercepção moderada (valores entre 30 e 33); e apenas 14,4%, autopercepção baixa (valores inferiores a 30).

Para determinar a consistência interna do questionário, foi utilizado o alfa (α) de Cronbach, obtendo-se valor de $\alpha = 0,805$. Os indivíduos com idades entre 75-84 anos têm 1,670 (IC90% 1,003–2,783; $p = 0,098$) maior probabilidade de apresentar autopercepção de baixa saúde bucal do que idosos com 65-74 anos. Já os mais idosos, com mais de 85 anos, têm igual probabilidade de apresentar autopercepção de baixa saúde bucal que indivíduos com 65-74 anos (Tabela 3).

Em relação à última consulta de Medicina Dentária, idosos que tiveram a consulta há menos de um ano têm 2,283 (IC90% 1,350–3,859; $p = 0,010$) maior probabilidade de apresentar autopercepção de baixa saúde bucal do que os indivíduos que tiveram a consulta há mais de um ano.

Os indivíduos solteiros, 3,221 (IC90% 1,110–9,349; $p = 0,071$), têm maior probabilidade de apresentar autopercepção de baixa saúde bucal do que os indivíduos casados ou em união de facto, depois de ajustado à idade.

Em relação à última consulta de Medicina Dentária, os indivíduos que tiveram a consulta há menos de um ano têm 2,361 (IC90% 1,391–4,009); $p = 0,010$) maior probabilidade de apresentar autopercepção de baixa saúde bucal do que os indivíduos que tiveram a última consulta há mais de um ano, depois de ajustado à idade.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas distribuídas de acordo com as categorias de autopercepção definidas pelo GOHAI. Centros de Saúde Lisboa Norte, 2012-2013.

Características sociodemográficas	n	%	GOHAI					
			Autopercepção de saúde bucal baixa (< 30)		Autopercepção de saúde bucal moderada (30-33)		Autopercepção de saúde bucal elevada (34-36)	
			n	%	n	%	n	%
Sexo								
Masculino	137	37,1	20	14,6	34	24,8	83	60,6
Feminino	232	62,9	33	14,2	69	29,7	130	56,0
Faixa etária (anos)								
65-74	202	54,7	24	11,9	59	29,2	119	58,9
75-84	136	36,9	25	18,4	32	23,5	79	58,1
≥ 85	31	8,4	4	12,9	12	38,7	15	48,4
Estado civil								
Casado ou união de facto	222	60,2	31	14,0	64	28,8	127	57,2
Separado de facto ou divorciado	28	7,6	3	10,7	7	25,0	18	64,3
Solteiro	12	3,3	4	33,3	2	16,7	6	50,0
Viúvo	107	29,0	15	14,0	30	28,0	62	57,9
Nível de escolaridade								
Não sabe ler nem escrever	31	8,4	6	19,3	11	35,5	14	45,2
Sabe ler e escrever	20	5,4	5	25,0	4	20,0	11	55,0
4º ano	228	61,8	32	14,0	67	29,4	129	56,6
9º ano	44	11,9	4	9,1	11	25,0	29	65,9
12º ano	30	8,1	4	13,3	8	26,7	18	60,0
Curso superior	16	4,3	2	12,5	2	12,5	12	75,0
Rendimento familiar								
< 1 salário mínimo	112	33,3	19	17,0	31	27,6	62	55,4
1 a 2 salários mínimos	166	49,4	26	15,7	49	29,5	91	54,8
2 a 4 salários mínimos	50	14,9	5	10,0	13	26,0	32	64,0
> 4 salários mínimos	8	2,4	1	12,5	3	37,5	4	50,0
Capacidade de autonomia de vida								
Totalmente independente	324	87,8	44	13,6	87	26,8	193	59,6
Dependente	45	12,2	9	20,0	16	35,6	20	44,4
Condições clínicas								
Última consulta de medicina dentária								
Há menos de um ano	142	38,6	29	20,4	36	25,4	77	54,2
Há mais de um ano	188	51,1	19	10,1	58	30,9	111	59,0
Usa prótese								
Sim	231	62,6	33	14,3	66	28,6	132	57,1
Não	138	37,4	20	14,5	37	26,8	81	58,7

GOHAI: Geriatric Oral Health Assessment Index

Tabela 2. Autopercepção da saúde bucal dos idosos: média, intervalo de confiança e amplitude de variação do GOHAI. Centros de Saúde Lisboa Norte, 2012-2013.

Variável	Média	IC90%	Amplitude de variação
GOHAI	32,85	32,5–33,2	16 a 36
Dimensão física	10,7	10,6–10,9	4 a 12
Dimensão psicossocial	8,4	8,3–8,5	4 a 9
Dimensão dor ou desconforto	13,7	13,5–13,8	6 a 15

GOHAI: Geriatric Oral Health Assessment Index

Tabela 3. Factores associados com a autopercepção de baixa saúde bucal dos idosos. Centros de Saúde Lisboa Norte, 2012-2013.

Variável	OR _{bruto}	IC90%	p	OR _{ajustado à idade}	IC90%	p
Idade (anos)			0,245			
65-74*						
75-84	1,670	1,003–2,783	0,098			
≥ 85	1,099	0,424–2,844	0,871			
Estado civil			0,320			0,255
Casado ou união de facto*						
Separado de facto ou divorciado	0,739	0,258–2,122	0,638	0,698	0,242–2,015	0,577
Solteiro	3,081	1,071–8,860	0,080	3,221	1,110–9,349	0,071
Viúvo	1,005	0,575–1,755	0,989	0,883	0,494–1,577	0,724
Última consulta de medicina dentária			0,033			0,026
Há mais de 1 ano*						
Há menos de 1 ano	2,283	1,350–3,859	0,010	2,361	1,391–4,009	0,008
Não sabe	1,348	0,557–3,262	0,579	1,345	0,554–3,268	0,583

* Classe de referência.

DISCUSSÃO

Os indivíduos idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte apresentam uma autopercepção de saúde bucal moderada, com tendência a elevada. Das variáveis sociodemográficas estudadas, apenas a idade, o estado civil e a última consulta de medicina dentária foram factores significativamente associados à pior autopercepção da saúde bucal.

Verifica-se, atualmente, um crescente interesse em estudos sobre a autopercepção em saúde para o conhecimento e monitorização da mesma, sendo que os estudos desta natureza são cada vez mais recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁸. Este estudo veio acrescentar novos dados a esta área, até à data pouco explorada em Portugal.

A média de idade encontrada entre os idosos deste estudo foi de 74,15 anos, sendo este valor próximo dos mais recentes dados referentes à população idosa portuguesa^d e também à média encontrada em outros estudos, que variou entre 67,1 e 73,5 anos^{1,22}. Mais de metade da amostra foi constituída por mulheres, sendo que os censos 2011 ajudam a explicar estes resultados, pois indicam que a preponderância da população feminina é reforçada à medida que a idade aumenta, pela menor esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres.

Quanto à variável nível de escolaridade, grande parte dos indivíduos tinham apenas o quarto ano de escolaridade, o que corresponde aos dados do Inquérito ao Emprego de 2001, em que se verificou que a população idosa detém, de um modo geral, baixos níveis de instrução^d. O rendimento familiar é uma variável com bastante relevância na análise da situação de saúde dos idosos. Neste estudo, aproximadamente 50,0% da amostra tem rendimento entre um e dois salários mínimos, estando esses dados de acordo com os fornecidos pelo *Eurostat*^e.

A elevada percentagem de indivíduos totalmente independentes pode dever-se ao facto de o estudo ter sido realizado em centros de saúde, onde se dirigem com capacidade para o fazer.

A média dos valores do GOHAI neste estudo (32,9) sugeriu autopercepção moderada da saúde bucal da população em estudo, apesar de a análise por classes remeter para uma percepção mais elevada. Sendo a mediana 34,0 e a moda 36,0, consideramos que a população deste estudo tem uma percepção moderada com tendência a ser elevada, tal como acontece na versão original do GOHAI¹ e em outros estudos⁵, na China, Japão¹⁶ e Arábia². Ribeiro et al., em 2012, justificam esses resultados na medida em que os idosos consideram a sua condição

^d Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011: resultados definitivos - Região Lisboa. Lisboa; 2013 [citado 2014 fev 16]. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=377750&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

^e EUROSTAT. Population structure and ageing. Luxembourg: European Commission; 2010 [citado 2015 out 14]. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing#FurtherEUROSTAT:NewEuropeanPopulationprojections2008-2060&PUBLICACOESmodo=2

bucal como boa, ainda que tenham muitas perdas dentárias e alterações orais significativas. Essa contradição é explicada pela falta de informação dessa faixa etária ao assumir com naturalidade que o envelhecimento está associado a incapacidades inevitáveis, como a perda de dentes²⁰.

O questionário apresentou boa consistência interna ($\alpha = 0,81$), indicando a validade de todas as perguntas. Isso também ocorreu na versão original em inglês¹ que obteve coeficiente alfa de Cronbach de 0,79, e na versão portuguesa, com alfa de 0,768⁵. A consistência interna foi avaliada em diversos outros países (Espanha, China, França, Suécia, Malásia, Japão, Alemanha, Turquia, Jordânia e México)¹³, obtendo-se valores de α entre 0,75 (na Turquia) e 0,92 (na Alemanha)²¹.

O domínio de GOHAI mais afetado foi o psicossocial, o que sugere que os idosos limitaram o contacto com outras pessoas devido à aparência dos seus dentes. Furtado et al.⁸, em 2011, e Cárdenas et al.⁴, em 2012, também constataram que o domínio psicossocial é o mais afetado, principalmente porque os idosos se sentem incomodados ao comerem diante de outros devido aos problemas com os seus dentes. Já Fonseca et al.⁷, em 2011, observaram que o domínio mais afetado foi o físico ou funcional, sobretudo no incômodo ao deglutir alimentos. O facto de os idosos poderem expressar-se, compartilhar alegrias e angústias, conversar com outras pessoas sobre parte da vida, saborear alimentos e serem nutridos por eles são desempenhos muito importantes⁸.

Relativamente ao grupo etário, foram os idosos mais novos (com idades entre os 65-74 anos) que mostraram maior autoconsciência dos seus problemas em saúde bucal. De fato, Nunes et al.¹⁷, em 2012, mostraram que o avançar da idade contribuiu para piorar a autopercepção do estado de saúde bucal, observando maior tendência para valores de autopercepção de saúde bucal baixa nos indivíduos entre os 75-84 anos. Já Miranda et al.¹⁵, em 2011, encontraram melhores resultados em idosos maiores de 75 anos e os autores relacionam esses valores ao processo de adaptação dos idosos ou ao reconhecimento da deterioração das condições de saúde como normal no envelhecimento.

Quanto ao estado civil, os indivíduos solteiros foram os que apresentaram valores mais baixos de autopercepção, resultados semelhantes a outros estudos^{15,17-19}. Isso pode ser decorrente do impacto elevado da solidão na qualidade de vida, sugerindo que os indivíduos que vivem sozinhos possam apresentar menor estabilidade emocional que, por sua vez, induz a um baixo nível de percepção⁹.

Quanto à última consulta de medicina dentária, os indivíduos que tiveram a última consulta há menos de um ano têm maior tendência para apresentar valores mais baixos de autopercepção da saúde bucal. De fato, idosos tendem a visitar um médico dentista apenas quando têm problemas orais associados à dor ou ao desconforto¹⁴. Ainda, essas visitas estão condicionadas por más experiências anteriores ou fobias, o que pode gerar um ciclo vicioso: menos visitas podem agravar problemas de saúde bucal. Por outro lado, essa tendência para uma baixa autopercepção de saúde bucal pode estar relacionada com uma maior consciência dos idosos em relação à sua saúde bucal, tendo em conta a recente visita ao seu médico dentista⁶.

É ainda provável que a baixa associação destas variáveis em relação à autopercepção da saúde bucal possa ser explicada pela baixa prevalência de uma visita ao médico dentista no ano anterior. Isso pode refletir a falta de acesso aos serviços de assistência médico-dentária, que em Portugal são maioritariamente privados³.

Quanto às limitações deste estudo, uma delas é o facto de não ter sido realizado exame clínico com o questionário, exame esse que futuramente deveria ser implementado, tornando possível avaliar o comportamento das condições clínicas da cavidade bucal em relação à autopercepção de cada um e vice-versa. Adicionalmente, a amostra foi de conveniência e de dimensão relativamente pequena, o que pode condicionar a representatividade da população em estudo. Por exemplo, o facto de haver usualmente mais mulheres nos centros de saúde e estas terem naturalmente uma maior disponibilidade para participarem, pode

condicionar a representatividade da amostra^{6,19}. Para obtermos conclusões mais sólidas e úteis para a sociedade, é necessário fazer estudos mais abrangentes, mais representativos e com maior número de participantes.

Este estudo representa um ponto de partida para que possamos conhecer melhor as condições de saúde bucal dos idosos utilizadores dos cuidados de saúde primária. O estudo evidencia também a utilidade do GOHAI para orientar as estratégias de planeamento e promoção da saúde bucal direcionadas para uma melhor qualidade de vida deste grupo populacional.

Neste sentido, é importante educar sobre a saúde bucal, inculcando medidas de prevenção. Medidas essas que, além de diminuírem os problemas, ajudam a consciencializar cada um acerca das suas necessidades reais de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.* 1990;54(11):680-7.
2. Atieh MA. Arabic version of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology.* 2008;25(1):34-41. DOI:10.1111/j.1741-2358.2007.00195.x
3. Bravo M, Cortés J, Casals E, Llena C, Almerich-Silla JM, Cuenca E. Basic oral health goals for Spain 2015/2020. *Int Dent J.* 2009;59(2):78-82. DOI:10.1922/IDJ_2035Cortes05
4. Cárdenas SD, Vergara KA, Martínez KR. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Rev Clin Med Fam.* 2012;5(1):9-16. DOI:10.4321/S1699-695X2012000100003
5. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev Port Saude Publica.* 2013;31(2):153-9. DOI:10.1016/j.rpsp.2013.10.002
6. Dolan TA, Atchison KA, Huynh TN. Access to dental care among older adults in the United States. *J Dent Educ.* 2005;69(9):961-74.
7. Fonseca PHA, Almeida AM, Silva AM. Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada. *Rev Gaucha Odontol.* 2011;59(2):193-200.
8. Furtado DG, Forte FDS, Leite DFBM. Uso e necessidade de prótese em idosos: reflexos na qualidade de vida. *Rev Bras Cienc Saude.* 2011;15(2):183-90. DOI:10.4034/RBCS.2011.15.02.08
9. Haikal DSA, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cienc Saude Coletiva.* 2011;16(7):3317-29. DOI:10.1590/S1413-81232011000800031
10. Kravitz AS, Treasure ET. EU manual of dental practice: version 4. Wales: Council of European Dentists; 2008.
11. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(6):401-11. DOI:10.1111/j.1600-0528.2007.00418.x
12. Mariño R, Abala C, Sanchez H, Cea X, Fuentes A. Self-assessed oral-health status and quality of life of older Chilean. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013;56(3):513-7. DOI:10.1016/j.archger.2012.12.004
13. Martincorena FJC. Medición de la salud y la enfermedad en odontología comunitaria. In: Sala EC, García PB, editores. *Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones.* 3.ed. Barcelona: Masson; 2005. p.337-69.
14. Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MA. Factors associated with negative self-perception of oral health among elderly people in a Brazilian community. *Gerodontology.* 2008;25(1):49-56. DOI:10.1111/j.1741-2358.2007.00196.x
15. Miranda LP, Silveira MF, Miranda LP, Bonan PRF. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(2):251-69. DOI:10.1590/S1809-98232011000200007
16. Naito M, Suzukamo Y, Nakayama T, Hamajima N, Fukuhara S. Linguistic adaptation and validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an elderly Japanese population. *J Public Health Dent.* 2006;66(4):273-5.

17. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(2):415-28. DOI:10.1590/S1415-790X2012000200019
18. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2010;44(5):901-11. DOI:10.1590/S0034-89102010000500016
19. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Cienc Saude Coletiva.* 2012;17(12):3353-62. DOI:10.1590/S1413-81232012001200020
20. Ribeiro D, Pires I, Pereira ML. Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2012;53(4):221-6.
21. Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermúdez C, Fuente-Hernández J, et al. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *J Public Health Dent.* 2010;70(4):300-7. DOI:10.1111/j.1752-7325.2010.00187.x
22. Silva DD, Held RB, Torres SVS, Sousa MLR, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saude Publica.* 2011;45(6):1145-53. DOI:10.1590/S0034-89102011005000068
23. Silva SRC, Castellanos Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saude Publica.* 2001;35(4):349-55. DOI:10.1590/S0034-89102001000400003

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: CC, AM, AE, FS, CN. Coleta de dados: CC, AM, FS. Análise e interpretação de dados: CC, CN. Preparação ou redação do manuscrito: CC. Revisão crítica do manuscrito: CC, AM, AE, FS, CN. Aprovação final: CC, AM, AE, FS, CN

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.