

Autopercepção da qualidade de vida associada a saúde bucal em idosos institucionalizados brasileiros

Self-perception of oral health-related quality of life in Brazilian institutionalized elderly

RESUMO

Raul Anderson Domingues

Alves da Silva 

raulanderson_alves@hotmail.com

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

Gabriel Maia Silveira 

<http://gabrielmaia@alu.ufc.br>

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

Paulo Goberlânio de Barros

Silva 

http://paulo_goberlanio@yahoo.com.br

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

Walda Viana Brigido de Moura



<http://waldaufc@gmail.com>

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

Rômulo Rocha Regis 

<http://romuloregis@hotmail.com>

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

Ana Karine Macedo Teixeira 

<http://anakarinemt@hotmail.com>

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

OBJETIVO: Avaliar a autopercepção da qualidade de vida associada à saúde bucal (QVSB) e fatores associados em idosos institucionalizados de Fortaleza, Ceará.

MÉTODOS: Estudo transversal com 185 idosos institucionalizados de Fortaleza, Ceará. Foram realizadas entrevistas para traçar o perfil sociodemográfico, o autocuidado em saúde bucal, e a QVSB que foi medida através do Índice de Avaliação de Saúde Bucal Geriátrica (GOHAI). A saúde bucal dos idosos foi avaliada através de exames clínicos que mediram condições como: cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese e funcionalidade dentária. Os dados foram analisados através do Statistical Package for Social Sciences (SPSS), utilizando o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, considerando um nível de significância de 5%.

RESULTADOS: Encontrou-se um alto valor para dentes cariados, perdidos e obturados CPO-D (28,9), alta necessidade de reabilitação oral superior (83,2%) e inferior (86,5%), alto percentual de edentulismo total (54,1%). A média de GOHAI foi $33,3 \pm 3,4$ e 65,9% idosos apresentaram alta QVSB. Uma melhor QVSB esteve associada ao não uso de prótese superior ($p=0,043$); ausência de raízes expostas ($p=0,004$), de cárie de raiz ($p=0,040$); edentulismo ($p=0,005$); maior frequência de escovação dos dentes e gengivas ($p=0,041$).

CONCLUSÕES: A autopercepção da QVSB apresentou relação inversa com as condições de saúde bucal e relação direta com o autocuidado em saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Instituição de longa permanência para idosos; saúde do idoso; saúde bucal; autoimagem.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The aim of this paper was evaluate the OHRQoL and its associated factors in institutionalized elderly of Fortaleza, Ceará.

METHODS: It was a cross-sectional study was conducted with 185 institutionalized elderly people from Fortaleza, Ceará. Interviews were conducted to trace the sociodemographic profile, oral health self-care, and oral health OHRQoL, which was measured through the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). The oral health of the elderly was assessed through clinical examinations that measured conditions such as: dental caries, periodontal disease, denture use and need, dental functionality. Data were analyzed through the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), using Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, considering a significance level of 5%. Translated with www.DeepL.com/Translator (free version).

RESULTS: A high CPO-D (28.9), high need for upper oral rehabilitation (83.2%) and lower (86.5%), high percentage of total edentulism (54. 1%) was found. GOHAI average was 33.3 ± 3.4 and 65.9% elderly presented high OHRQoL. A better OHRQoL was associated with no use of upper prosthesis ($p=0.043$); absence of exposed roots ($p=0.004$) and root caries ($p=0.040$); edentulism ($p=0.005$); higher frequency of tooth and gum brushing ($p=0.041$).

CONCLUSIONS: An OHRQoL has an inverse relationship with oral health conditions and a direct relationship with self-care in oral health.

KEYWORDS: Homes for the aged; health of the elderly; oral health; self concept.

Correspondência:

Raul Anderson Domingues
Alves da Silva
Rua Monsenhor Furtado, número
1273, Rodolfo Teófilo, Fortaleza,
Ceará, Brasil.

Recebido: 30 abr. 2021.

Aprovado: 22 dez. 2021.

Como citar:

SILVA, R. A. D. A. da et al.
Autopercepção da qualidade de
vida associada à saúde bucal em
idosos institucionalizados
brasileiros. **Revista Brasileira de
Qualidade de Vida**, Ponta Grossa,
v. 14, e14189, 2022. DOI:
<http://dx.doi.org/10.3895/rbqv.v14.14189>. Disponível em:
<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/14189>. Acesso em: XXX.

Direito autoral:

Este artigo está licenciado sob os
termos da Licença Creative
Commons-Atribuição 4.0
Internacional. Esta licença permite
que outros distribuam, remixem,
adaptem e criem a partir deste
artigo, mesmo para fins
comerciais, desde que atribuam o
devido crédito pela criação
original.



INTRODUÇÃO

A qualidade de vida é um termo abrangente que está associado ao bem-estar físico, psicológico e social de um indivíduo (ZENTHÖFER *et al.*, 2014), podendo também ser compreendida como a percepção da cultura e dos valores nos quais o indivíduo vive (COSTA; SAINTRAIN; VIEIRA, 2010). Já a autopercepção do estado de saúde é a forma como o indivíduo percebe e interpreta a sua saúde, assim como os seus impactos nas experiências de vida (PIUVEZAM; LIMA, 2012).

A autopercepção da qualidade de vida associada à saúde bucal (QVSB) está relacionada ao modo como as condições de saúde bucal afetam o dia-a-dia do indivíduo e impactam na sua qualidade de vida (SRISILAPANAN; SHEIHAM, 2001). Por ser considerada como parte da qualidade de vida geral relacionada à saúde, a saúde bucal é também dependente da percepção, experiências e expectativas do indivíduo (ZENTHÖFER *et al.*, 2014). Por isso, a tomada de boas condutas e hábitos saudáveis quanto à saúde bucal também depende da forma como os indivíduos a percebem (MELO *et al.*, 2016).

Além da avaliação das condições clínicas, medir a autopercepção da QVSB mostra-se como uma estratégia interessante para avaliar como as condições de saúde bucal podem afetar o bem-estar geral das pessoas (KOHLLI *et al.*, 2017). Esse tipo de avaliação de caráter mais subjetivo mostra-se importante, principalmente devido à influência de diversos fatores no processo de adoecimento bucal como os fatores demográficos, socioeconômicos, locais e do próprio indivíduo (KOHLLI *et al.*, 2017).

A população idosa institucionalizada é uma subpopulação vulnerável que frequentemente apresenta condições de saúde bucal precárias, consideradas problemas de saúde pública tanto no Brasil como no mundo (PIUVEZAM; LIMA, 2013) e que estão intimamente ligadas à QVSB (WONG; NG; KEUNG LEUNG, 2019). Dentre as diferentes ferramentas utilizadas para medir o impacto do estado de saúde bucal na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, o Índice de Avaliação de Saúde Bucal Geriátrica (GOHAI) tem se mostrado como uma das mais eficientes e utilizadas nessa população (CORNEJO *et al.*, 2013).

A aplicabilidade do GOHAI em populações institucionalizadas tem sido evidenciada tanto em estudos internacionais (CHIESI *et al.*, 2019; CORNEJO *et al.*, 2013; ZENTHÖFER *et al.*, 2014), como em estudos nacionais (MELO *et al.*, 2016; PIUVEZAM; LIMA, 2012, 2013; SOUZA *et al.*, 2010), destacando as diferenças entre as realidades do processo de institucionalização em diferentes países e no Brasil. O instrumento também tem se mostrado eficaz na comparação da autopercepção da QVSB entre idosos institucionalizados e aqueles que residem em comunidade (COSTA *et al.*, 2019; COSTA; SAINTRAIN; VIEIRA, 2010).

É importante que todos os envolvidos no cuidado do idoso institucionalizado entendam e compreendam os desafios no cuidado da saúde bucal que essa população vulnerável específica enfrenta (WONG; NG; KEUNG LEUNG, 2019). Considera-se, portanto, relevante o uso de métodos objetivos e subjetivos para avaliar melhor o impacto das condições bucais no envelhecimento e na qualidade de vida desses indivíduos. O objetivo do presente estudo foi avaliar a autopercepção da QVSB e fatores associados em idosos institucionalizados de Fortaleza, Ceará.

MÉTODOS

A pesquisa caracteriza-se como abordagem quantitativa e transversal, e foi realizada com os 579 idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) do município de Fortaleza, Ceará, no período de abril a junho de 2019. Foram incluídos idosos residentes nas ILPIs (com 60 anos ou mais) e que estavam presente na instituição no período das avaliações. Foram excluídos os idosos que estavam hospitalizados ou em processo de cuidados paliativos, em estado agressivo e os com baixa cognição.

Para estabelecer o estado de orientação dos idosos, utilizou-se o Teste de Pfeiffer que avalia o estado cognitivo do entrevistado de acordo com o número de erros após a aplicação de dez questões (PFEIFFER, 1975). Foram considerados desorientados (baixa cognição) os idosos analfabetos com mais de cinco erros e os alfabetizados com mais de 4 erros.

A coleta de dados foi realizada nas próprias ILPIs através de entrevistas e de um exame clínico bucal, executados por quatro examinadores e quatro anotadores. Todos os pesquisadores (examinadores e pesquisadores) participaram de um processo de calibração por meio da técnica de consenso. Os índices Kappa obtidos na calibração interexaminador foram 0,80 e 1,00 e na intraexaminador 0,90 e 1,00, sendo considerada uma concordância excelente.

As entrevistas foram realizadas com os idosos para avaliar:

- a) os aspectos sociodemográficos;
- b) o autocuidado em saúde bucal;
- c) autopercepção da QVSB.

Os aspectos sociodemográficos avaliados foram:

- a) sexo;
- b) raça;
- c) idade;

- d) tempo e motivo de institucionalização;
- e) escolaridade;
- f) contato e forma de contato com a família;
- g) posse de plano de saúde;
- h) aposentadoria.

Já a avaliação do autocuidado em saúde bucal foi feita através de um questionário composto por seis perguntas relacionadas ao cuidado realizado pelo idoso ou pelo cuidador.

A QVSB foi avaliada através da autopercepção do idoso utilizando o GOHAI (ATCHISON; DOLAB, 1990). O índice GOHAI é obtido através de um formulário com 12 questões que avalia, nos últimos três meses, se o indivíduo idoso apresentou algum problema funcional, doloroso ou psicológico devido a problemas bucais, e como ele percebe os impactos desses aspectos na sua qualidade de vida. O instrumento foi validado para o idioma português do Brasil por Souza *et al.* (2012). O índice foi aplicado na modalidade entrevista e as possíveis respostas foram: **nunca; algumas vezes; quase sempre/sempre** que receberam os escores 3, 2 e 1, respectivamente. A soma total dos valores pode variar de 12 a 36 pontos, quanto maior o valor, melhor é a autopercepção da QVSB do indivíduo. Os idosos foram classificados em: baixa (12-30), moderada (31-33) e alta (34-36) autopercepção da QVSB. Para efeitos de análise, as categorias foram dicotomizadas em baixa/moderada e alta.

Os exames clínicos bucais foram realizados utilizando os mesmos critérios de avaliação do Projeto SB Brasil 2010, que incluiu a aferição da cárie dentária por meio do índice CPO-D, a avaliação periodontal pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI) e avaliação do uso e necessidade de prótese dentária (BRASIL, 2012). Além desses critérios, foram acrescentados:

- a) avaliação de alterações dos tecidos moles;
- b) edentulismo total;
- c) número de molares presentes;
- d) presença 2º e 5º sextantes;
- e) presença de arco dentário curto (ADC) (presença do 2º pré-molar ao contralateral) superior e inferior.

Os dados foram analisados através do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 22.0. Foi avaliada a consistência interna do questionário GOHAI item-a-item e domínio-a-domínio por meio do cálculo do valor de alfa de Cronbach, e todos os itens foram correlacionados com o escore geral por meio da correlação de Spearman.

Por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, utilizando um nível de significância de 5%, foi avaliada a associação das variáveis independentes sobre a variável dependente aferida.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob Protocolo nº 02019718.4.0000.5054, e foi desenvolvida mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, respeitando às normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Dos 579 idosos residentes nas 14 ILPIs avaliadas, 394 não participaram da pesquisa. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 327 idosos (83%) foram excluídos por não possuírem cognição para responderem o questionário, já 40 idosos (10,2%) não participaram por recusa, seguidos de 17 (4,3%) que estavam hospitalizados ou em cuidados paliativos e 10 idosos (2,5%) que não se encontravam na ILPI nos momentos de coleta. Assim, foram examinados 32,0% da população idosa institucionalizada de Fortaleza, totalizando uma amostra de 185 indivíduos.

Quanto à autopercepção da QVSB, a média do GOHAI encontrada na amostra foi de 33,3 ($\pm 3,4$), e quando estratificada, 34,1% desses idosos apresentaram a autopercepção baixa/moderada e 65,9% alta. Avaliando α de Cronbach, foi observado alto valor dessa análise. Quando consideradas as questões do GOHAI, encontrou-se $\alpha=0,800$ para todas as questões, e valores acima de 0,700 para as individuais. A questão do GOHAI que mais impactou na autopercepção da QVSB foi a 7 ($r=0,626$), alocada no domínio psicossocial. O domínio psicossocial apresentou a maior média ($13,85 \pm 1,48$), e foi o que mais influenciou na autopercepção da QVSB dos idosos ($r=0,806$). A menor média foi observada no domínio funcional ($8,24 \pm 1,32$), sendo o domínio que menos impactou na autopercepção da QVSB ($r=0,707$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise da validade interna e correlação das questões e domínios do GOHAI em idosos institucionalizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) do município de Fortaleza, Ceará

(continua)

Questões do GOHAI		Média $\pm$ DP	α de Cronbach	Correlação com o GOHAI ^e
1	Você diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa de seus dentes?	2.83 $\pm$ 0.50	0,788 ^a	p<0.001 (r=0.433)

Tabela 1 – Análise da validade interna e correlação das questões e domínios do GOHAI em idosos institucionalizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) do município de Fortaleza, Ceará

(continuação)

	Questões do GOHAI	Média±DP	α de Cronbach	Correlação com o GOHAI ^e
2	Você teve dor ou desconforto ao engolir os alimentos?	2.66±0.62	0,770 ^a	p<0.001 (r=0.611)
3	Você teve dor ou desconforto ao engolir os alimentos?	2.82±0.48	0,788 ^a	p<0.001 (r=0.446)
4	Você mudou o jeito de falar por causa dos problemas de sua boca?	2.75±0.56	0,774 ^a	p<0.001 (r=0.516)
5	Você sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?	2.74±0.53	0,769 ^a	p<0.001 (r=0.616)
6	Você deixou de se encontrar com outras pessoas por causa de sua boca?	2.90±0.39	0,783 ^a	p<0.001 (r=0.374)
7	Você se sentiu satisfeito ou feliz com a aparência de sua boca?	2.32±0.84	0,828 ^a	p<0.001 (r=0.626)
8	Você teve que tomar remédio para passar a dor ou o desconforto de sua boca?	2.92±0.30	0,793 ^a	p<0.001 (r=0.362)
9	Você teve algum problema na boca (dentes, gengiva e dentadura) que o deixou preocupado?	2.84±0.41	0,786 ^a	p<0.001 (r=0.436)
10	Você chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?	2.90±0.37	0,778 ^a	p<0.001 (r=0.424)
11	Você evitou comer junto com outras pessoas por causa dos problemas na sua boca?	2.89±0.40	0,797 ^a	p<0.001 (r=0.339)
12	Você sentiu seus dentes ou gengiva ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?	2.79±0.49	0,777 ^a	p<0.001 (r=0.503)
	Total		0,800^b	

Tabela 1 – Análise da validade interna e correlação das questões e domínios do GOHAI em idosos institucionalizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) do município de Fortaleza, Ceará

			(conclusão)
Questões do GOHAI	Média±DP	α de Cronbach	Correlação com o GOHAI ^e
Domínios			
Dor e desconforto	11.27±1.26	0,659 ^c	p<0.001 (r=0.718)
Funcional	8.24±1.32	0,748 ^c	p<0.001 (r=0.707)
Psicosocial	13.85±1.48	0,747 ^c	p<0.001 (r=0.806)
Total		0,792 ^d	
GOHAI-Ab	33.36±3.42		

Fonte: Autoria própria.

^a Valor de α de Cronbach se o item for deletado; ^b Valor de α de Cronbach item-to-item; ^c Valor de α de Cronbach se o domínio for deletado; ^d Valor de α de Cronbach domain-to-domain; ^e Correlação de Spearman com o escore global do GOHAI; ^f Teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

A avaliação dos dados sociodemográficos mostrou que a média de idade da amostra foi de 76,9 (±8,6) anos, sendo que 37,8% (n=70) possuíam 80 anos ou mais. A maior participação foi de mulheres com 65,4% (n=121), brancas com 56,2% (n=104), indivíduos com ensino fundamental 45,9% (n=85) e que não possuíam plano de saúde 71,4% (n=131). Além disso, 87,6% (n=162) recebiam aposentadoria ou algum tipo de benefício, dos quais 86,5% (n=133) recebiam até 1 salário mínimo e, 50,8% (n=83) tinham o dinheiro administrado por terceiros. A média do tempo de internação na ILPI foi de 5,8 (±6,9) anos. O principal motivo de internação foi por decisão própria para 55,1% (n=102), e 68,6% (n=127) ainda mantinham contato com a família. Não foram encontradas associações entre a autopercepção QVSB e as variáveis sociodemográficas (Tabela 2).

Tabela 2 – Relação entre a autopercepção da qualidade de vida associada a saúde bucal e as condições sociodemográficas dos idosos institucionalizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) do município de Fortaleza, Ceará

(continua)

Variáveis	Baixa / Moderada		Alta		p	RP
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	16	25,0	48	75,0		
Feminino	47	38,8	74	61,2	0,059	0,64 (0,39-1,04)
Raça						
Branca	35	33,7	69	66,3		
Negra	28	34,6	53	65,4	0,896	1,02 (0,68-1,53)
Escolaridade						
Analfabeto	10	29,4	24	70,6	0,539	0,83 (0,46-1,51)
Ensino fundamental	30	35,5	55	64,7		
Ensino médio/ superior	23	34,8	43	65,2	0,584	0,84 (0,45-1,56)
Idade						
Até 79 anos	40	34,8	75	65,2		
80 anos ou mais	23	32,9	47	67,1	0,789	1,05 (0,69-1,60)
Tempo de institucionalização						
Até 36 meses	38	38,0	62	62,0		
Acima de 36 meses	25	29,4	60	70,6	0,219	1,29 (0,85-1,95)
Motivo de institucionalização						
Decisão de terceiros	25	30,1	58	69,9		
Decisão própria	38	37,3	64	62,7	0,308	0,80 (0,53-1,22)
Plano de saúde						
Possui	18	34,0	35	66,0		
Não possui	44	33,6	87	66,4	0,961	1,01 (0,64-1,57)

Tabela 2 – Relação entre a autopercepção da qualidade de vida associada a saúde bucal e as condições sociodemográficas dos idosos institucionalizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) do município de Fortaleza, Ceará

(conclusão)

Variáveis	Baixa / Moderada		Alta		p	RP
	n	%	n	%		
Contato com a família						
Não mantém contato	20	36,4	35	63,6		
Mantém contato	41	32,3	86	67,7	0,592	0,88 (0,57-1,36)
Forma de contato						
Idoso vai em casa	6	42,9	8	57,1		
Família vai à ILPI	34	32,4	71	67,6	0,436	0,75 (0,38-1,49)
Telefone	1	14,3	6	85,7	0,190	0,33 (0,49-2,25)
Recebe aposentadoria						
Sim	56	34,6	106	65,4		
Não	6	27,3	16	72,7	0,497	1,26 (0,62-2,59)
Valor da aposentadoria						
Até 1 salário mínimo	44	33,1	89	66,9		
Acima de 1 salário mínimo	9	36,0	16	64,0	0,777	0,91 (0,51-1,63)
Quem retém a aposentadoria						
Idoso	26	34,7	49	65,3		
Família	23	39,7	35	60,3	0,554	0,87 (0,56-1,36)
ILPI	7	28,0	18	72,0	0,539	1,23 (0,61-2,49)

Fonte: Autoria própria.

Nota: $p < 0,05$ teste qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher.

O valor médio de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) foi de 28,9 ($\pm 5,1$), onde o componente de dentes perdidos correspondeu a uma média de 26,7 ($\pm 7,5$) dentes. Os idosos apresentavam em média 2,6 ($\pm 4,6$) dentes hígidos na boca, mas a média do número de molares presentes foi de 0,7 ($\pm 1,4$). Já em relação às raízes, os idosos apresentaram cerca de 2,5 ($\pm 4,2$) raízes expostas, das quais 0,6 ($\pm 0,6$) estavam cariadas.

Para a doença periodontal, foi encontrada a média de 0,5 ($\pm 1,1$) sextantes com cálculo e de 0,8 ($\pm 1,4$) com sangramento gengival. Em relação à presença de bolsa periodontal, a média por sextante foi de 0,3 ($\pm 0,7$) para bolsas rasas e 0,08 ($\pm 0,3$) para bolsas profundas, já para sextantes excluídos foi de 4,9 ($\pm 1,7$).

No que se refere ao uso de prótese dentária, 37,3% (n=69) não usavam prótese superior e 63,8% (n=118) não usavam prótese inferior. Em relação à necessidade de prótese dentária, 83,2% (n=154) dos idosos necessitavam de prótese superior e 86,5% (n=160) de prótese inferior. Já quanto à funcionalidade dentária, apenas 7% (n=13) dos idosos possuíam 20 dentes ou mais presentes na boca, 54,1% (n=100) eram totalmente edêntulos, 90,3% (n=167) não possuíam o 2º e o 5º sextante presentes, 71,4% (n=132) não possuíam mais nenhum molar e 90,3% (n=167) não possuíam arco dentário curto completo presente. Apenas 8,1% (n=15) dos idosos apresentaram algum tipo de lesão oral.

Quando as condições de saúde bucal foram correlacionadas com a autopercepção dos idosos a respeito da QVSB, apenas as variáveis de não uso de prótese superior (p=0,043), ausência de raízes expostas (0,004), edentulismo (p=0,005) e ausência de cárie de raiz (p=0,040) estiveram associadas com melhor autopercepção da QVSB (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação da autopercepção da qualidade de vida associada à saúde bucal e às condições de uso e necessidade de prótese, cárie, funcionalidade dentária, doença periodontal de idosos institucionalizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) do município de Fortaleza, Ceará

(continua)

Variáveis	Baixa / Moderada		Alta		p	RP
	n	%	n	%		
Uso de prótese superior						
Não usa	24	34,8	45	65,2		
PPR/ Prótese Fixa	12	60,0	8	40,0	0,043	0,58 (0,35-0,93)
Prótese total	27	28,1	69	71,9	0,361	1,23 (0,78-1,94)
Uso de prótese inferior						
Não usa	40	33,9	78	66,1		
PPR/ Prótese fixa	12	48,0	13	52,0	0,183	0,70 (0,43-1,14)
Prótese total	11	26,2	31	73,8	0,357	1,29 (0,73-2,28)

Tabela 3 – Associação da autopercepção da qualidade de vida associada à saúde bucal e às condições de uso e necessidade de prótese, cárie, funcionalidade dentária, doença periodontal de idosos institucionalizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) do município de Fortaleza, Ceará

(continuação)

Variáveis	Baixa / Moderada		Alta		p	RP
	n	%	n	%		
Necessidade de prótese superior						
Sem necessidade	8	25,8	23	74,2		
Reabilitação oral parcial	15	50,0	15	50,0	0,051	0,51 (0,25-0,03)
Reabilitação oral total	40	32,3	84	67,7	0,487	0,80 (0,41-1,53)
Necessidade de prótese inferior						
Sem necessidade	6	24,0	19	76,0		
Reabilitação oral parcial	25	46,3	29	53,7	0,059	0,59 (0,24-1,10)
Reabilitação oral total	32	30,2	74	69,8	0,540	0,79 (0,37-1,69)
Lesão oral						
Ausente	55	32,4	115	67,6		
Presente	8	53,3	7	46,7	0,100	0,60 (0,36-1,02)
Número de dentes presente						
Até 19 dentes	61	35,5	111	64,5		
20 dentes ou mais	2	15,4	11	84,6	0,141	2,23 (0,64-8,38)
Edentulismo						
Não edêntulo	38	44,7	47	55,3		
Edêntulo	25	25,0	75	75,5	0,005	1,78 (1,18-2,70)
Presença de 2º e 5º sextante						
Ambos ausentes	57	34,1	110	65,9		
Pelo menos um presente	6	33,3	12	66,7	0,946	1,02 (0,51-2,03)

Tabela 3 – Associação da autopercepção da qualidade de vida associada à saúde bucal e às condições de uso e necessidade de prótese, cárie, funcionalidade dentária, doença periodontal de idosos institucionalizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) do município de Fortaleza, Ceará

(conclusão)

Variáveis	Baixa / Moderada		Alta		p	RP
	n	%	n	%		
Autonomia para escovação de dentes e gengivas						
Nenhum	41	31,3	91	68,9		
Pelo menos um	22	41,5	31	58,5	0,175	0,74 (0,49-1,12)
Presença de arco dentário curto						
Ausente	59	35,3	108	64,7		
Presente em pelo menos 1 arcada	4	22,2	14	77,8	0,265	1,59 (0,65-3,86)
Cárie de raiz						
Ausente	41	30,0	98	70,0		
Presente	21	46,7	24	53,3	0,040	0,54 (0,43-0,96)
Raiz exposta						
Ausente	27	25,5	79	74,5		
Presente	36	45,6	43	54,4	0,004	0,55 (0,37-0,83)
Sextante com sangramento						
Ausente	38	29,7	90	70,3		
Presente	25	43,9	32	56,1	0,060	0,67 (0,45-1,00)
Sextante com cálculo						
Ausente	39	29,8	92	70,2		
Presente	24	44,4	30	55,6	0,056	0,67 (0,45-0,99)
Sextante com bolsa						
Ausente	45	31,3	90	68,8		
Presente	18	43,9	23	56,1	0,131	0,71 (0,46-1,08)

Fonte: Autoria própria.

Nota: $p < 0,05$ teste qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher; PPR: Prótese parcial removível.

Ao associar o GOHAI com as variáveis de autocuidado em saúde bucal (Tabela 4), observou-se associação de melhor autopercepção da QVSB apenas com maior frequência de escovação dos dentes e gengivas ($p=0,041$).

Tabela 4 – Relação da autopercepção da qualidade de vida associada a saúde bucal com o autocuidado em saúde bucal e uso dos serviços de saúde bucal dos idosos institucionalizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) do município de Fortaleza, Ceará

Variáveis	Baixa / Moderada		Alta		p	RP
	n	%	n	%		
Autonomia para escovação de dentes e gengivas						
Sim	56	33,5	111	66,5		
Não	5	38,5	8	61,5	0,718	0,87 (0,42-1,79)
Não escova	2	40,0	3	60,0	1,000	1,19 (0,39-3,53)
Frequência de escovação de dentes e gengivas						
1 vez ao dia	22	45,8	26	54,2		
2 vezes ao dia ou mais	29	29,5	93	70,5	0,041	1,51 (1,03-2,32)
Uso de prótese dentária						
Nas duas arcadas	18	29,5	43	70,5		
Em pelo menos uma arcada	18	34,0	35	66,0	0,610	0,89 (0,50-1,49)
Autonomia para higienização da prótese						
Sim	33	30,3	76	69,7		
Não	3	60,0	2	40,0	0,324	0,50 (0,23-1,09)
Frequência de higienização da prótese						
1 vez ao dia	11	45,8	13	54,2		
2 vezes ao dia ou mais	25	27,8	65	72,2	0,091	1,65 (0,95-2,85)
Retirada da prótese para dormir						
Sempre / às vezes	23	37,1	39	62,2		
Nunca	13	25,0	39	75,0	0,166	1,48 (0,83-2,62)

Fonte: Autoria própria.

Nota: $p<0,05$ teste qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher.

Observou-se um cenário no qual a grande maioria dos idosos avaliados apresentou um quadro clínico marcado por: alta experiência de cárie (alto CPO-D), alto percentual de edentulismo e grande necessidade de reabilitação. Em contrapartida, os idosos apresentaram alta média de GOHAI ($33,3 \pm 3,4$) e um percentual de 65,9% idosos com alta autopercepção da QVSB. Indicando que essas condições de saúde bucal pouco impactaram na autopercepção desses idosos a respeito de sua QVSB.

As condições de saúde bucal encontradas no presente estudo não condizem com a boa QVSB percebida pelos idosos. Esses achados corroboram com a maior parte da literatura (COSTA *et al.*, 2019; MCMILLAN *et al.*, 2003; MELO *et al.*, 2016; PIUVEZAM; LIMA, 2012, 2013; ZENTHÖFER *et al.*, 2014) onde parece ser comum que haja predominância de boa autopercepção da QVSB mesmo em condições bucais precárias, apesar de alguns outros autores terem encontrado o contrário (CHIESI *et al.*, 2019; CORNEJO *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2019; COSTA; SAINTRAIN; VIEIRA, 2010; SOUZA *et al.*, 2010). Isso pode ser explicado por fatores socioculturais, aspectos individuais, e tipo de serviço e tratamento odontológico que esses indivíduos tiveram acesso ao longo da sua vida (MCMILLAN *et al.*, 2003), na forma como eles percebem sua saúde bucal e o impacto dela na sua qualidade de vida. Por isso, outros eventos da vida, valores sociais e culturalmente derivados podem afetar essa percepção (CORNEJO *et al.*, 2013). Assim, a experiência ou curso de vida interfere na percepção do idoso sobre a sua saúde bucal.

Considerando determinados contextos, idosos institucionalizados que vivem sob condições bucais precárias, como reflexo de um modelo de atenção à saúde bucal com acesso desigual e assistência muitas vezes mutiladora, podem acabar passando por um processo de resignação dos seus problemas de saúde bucal (CORNEJO *et al.*, 2013; PIUVEZAM; LIMA, 2013). O desenvolvimento de uma atitude resiliente se faz presente como um fator positivo no envelhecimento ativo, sendo um processo dinâmico envolvendo fatores psicossociais importantes para o desenvolvimento saudável, mesmo em situação de fragilidade (MAILLE *et al.*, 2019). Alguns idosos podem acabar desenvolvendo estratégias comportamentais compensatórias para se acostumarem com determinadas situações devido às suas más condições de saúde bucal (CHIESI *et al.*, 2019). A capacidade de perceber que piores condições de saúde bucal são problemáticas para a própria vida pode ser dificultada pelo contexto em que se está inserido ou pelas capacidades adaptativas do idoso.

Entretanto, a autopercepção negativa da QVSB pode estar associada a piores condições de saúde bucal quando esses fatores são avaliados em contextos nos quais o estereótipo do idoso desdentado é desvalorizado e há maior ênfase na saúde bucal como parte do envelhecimento saudável (CHIESI *et al.*, 2019).

Além disso, boa autopercepção da QVSB também pode estar diretamente associada ao cuidado e ao conforto que os residentes institucionalizados recebem (COSTA *et al.*, 2019).

Já ausência de associações entre a autopercepção da QVSB com as condições sociodemográficas pode ser explicada pelo processo chamado de secundarização dos problemas bucais (MELO *et al.*, 2016; PIUVEZAM; LIMA, 2012).

No processo de secundarização, o idoso minimiza os seus problemas de saúde bucal frente aos outros problemas de sua vida que passam a ser considerados mais importantes e mais merecedores de preocupação. A autopercepção da saúde bucal pode se apresentar positiva mesmo em condições clínicas e sociodemográficas desfavoráveis (MELO *et al.*, 2016), como encontrada no presente estudo.

Em relação às condições de saúde bucal avaliadas, o não uso de prótese superior esteve relacionada à melhor autopercepção da QVSB. O uso de próteses desconfortáveis ou com funcionalidade inadequada pode ser encarado como um fator negativo para a QVSB do idoso (MAILLE *et al.*, 2019).

Uma hipótese para esse resultado é a possibilidade de boa parte dos idosos estarem utilizando prótese superior inadequadas. Entretanto, não foi realizada uma avaliação da qualidade da mesma no presente estudo. Com efeito, é necessário levar em consideração que a necessidade de reabilitação protética pode, às vezes, ser subestimada pelos idosos (MAILLE *et al.*, 2019).

Outros fatores que tiveram a mesma associação com melhor autopercepção da QVSB foram o edentulismo total e a ausência de cárie de raiz ou de raízes expostas, mostrando que por não possuírem dentes e, conseqüentemente, os possíveis problemas relacionados a eles, a ausência dental teve um impacto positivo na autopercepção da QVSB desses idosos. Uma das explicações para isso é o fato de o idoso relatar algum mal estar quanto à sua saúde bucal somente quando enfrenta alguma situação dolorosa ou limitante nessa região (MELO *et al.*, 2016), ao contrário de quando enfrenta a perda dentária conduzidas por condições crônicas e irreversíveis (PIUVEZAM; LIMA, 2012).

A perda dentária deve ser considerada quanto ao seu impacto na autopercepção da QVSB, já que ela pode influenciar a percepção da saúde bucal dependendo das condições em que o dente foi perdido (MAILLE *et al.*, 2019). O processo de adoecimento e perda dentária podem ser considerados naturais e parte do envelhecimento por esses indivíduos (COSTA; SAINTRAIN; VIEIRA, 2010; MELO *et al.*, 2016), fazendo com que o idoso considere a sua má condição de saúde bucal como parte do processo natural da vida humana.

Essa naturalização da perda dentária passa a contribuir ainda mais com a imagem estigmatizada do idoso desdentado, fortificando a sua exclusão social, perdas afetivas e socioculturais. Por não perceber o impacto negativo causado sobre a sua qualidade de vida, o idoso passa a acreditar que isso faz parte do envelhecimento. Essa naturalização pode, muitas vezes, acabar velando o impacto causado pela falta de políticas públicas no campo da saúde bucal para a população adulta, que deveriam ser destinadas para manutenção e/ou reabilitação dos dentes até idades mais avançadas (HIRAMATSU; TOMITA; FRANCO, 2007).

Em relação ao autocuidado em saúde bucal, os achados mostraram que a maior parte dos idosos possui autonomia para realizá-lo e o faz com maior frequência durante o dia. Isso se torna relevante já que a cárie dentária, doença periodontal, e outras doenças relacionadas à presença e ao acúmulo de placa bacteriana podem ser evitadas por meio do controle da placa e hábitos adequados de higienização bucal (LOPES; OLIVEIRA; FLÓRIO, 2010).

A maior frequência de escovação foi o único fator de autocuidado que se associou com melhor autopercepção da QVSB nos idosos avaliados. Isso pode ser explicado pelo fato de idosos que possuem mais cuidados de higiene oral têm melhor autopercepção da QVSB (CHIESI *et al.*, 2019; PORTER *et al.*, 2015). Assim, por estarem cuidando mais de sua saúde bucal, os idosos que possuem melhor autocuidado passam a ter impacto mais positivo nessa autopercepção.

Quanto aos domínios do GOHAI, foi possível observar maior impacto do domínio psicossocial na autopercepção da QVSB. O resultado mostra que mesmo com os problemas de saúde bucal presentes, a forma como o idoso se relaciona com as outras pessoas e suas preocupações internas quanto à sua saúde bucal não são afetadas. Assim, os idosos que compõem a amostra continuam se sentindo felizes com a sua aparência bucal, tendo boas relações sociais e não se preocupando com os problemas bucais que se apresentam.

É possível que o próprio ambiente institucional seja capaz de favorecer essa maior socialização entre os idosos através do compartilhamento de espaços e da própria rotina estabelecida para os residentes. Outra hipótese é de que a convivência com pessoas com problemas semelhantes aos seus, ao contrário de idosos que vivem em comunidade, também pode estar favorecendo maior impacto desse domínio na autopercepção da QVSB.

O domínio funcional teve menor impacto na autopercepção da QVSB, principalmente devido às condições de saúde bucal inadequadas encontradas no estudo. Estas condições podem ter representado impacto negativo na funcionalidade bucal desses idosos, como no ato de falar, mastigar e engolir.

Torna-se evidente a necessidade de resolução dos problemas de saúde bucal enfrentados por essa população, já que apesar da boa autopercepção da QVSB, estão impactando negativamente. Com efeito, é preciso fornecer o restabelecimento da função mastigatória desses idosos institucionalizados por meio do acesso aos serviços de saúde bucal que permitam adequada reabilitação protética e demais tratamentos odontológicos, para que os mesmos tenham melhor percepção de sua QVSB (MEDEIROS *et al.*, 2020).

Acredita-se que a avaliação da autopercepção da QVSB através do escore geral do GOHAI, assim como através de suas três dimensões (dor e desconforto, psicossocial, funcional), ajuda a identificar de formas mais específica necessidades subjetivas dos idosos. Alguns estudos corroboraram com os achados do presente estudo a respeito do maior impacto da dimensão psicossocial na autopercepção da QVSB (ANDRADE *et al.*, 2012; ECHEVERRIA *et al.*, 2019; OLIVEIRA; MATTOS, 2012), mostrando, assim, que maior impacto psicossocial na QVSB representa maior chance de precárias condições de saúde bucal. Dois desses estudos também destacam que a autopercepção da QVSB dos idosos avaliados pode ser mais afetada por problemas psicossociais do que funcionais (ANDRADE *et al.*, 2012; ECHEVERRIA *et al.*, 2019).

Considerando que índices subjetivos têm como finalidade avaliar experiências humanas relacionadas à saúde, é preciso também considerar a capacidade dos índices objetivos de medirem doenças que podem ser assintomáticas, desconhecidas ou não valorizadas pelas pessoas (CORNEJO *et al.*, 2013).

Os achados da presente pesquisa refletem o fato de as condições de saúde bucal serem fracamente associadas à QVSB quando comparadas com resultados de indicadores objetivos que foram usados para medir a doença utilizando os dentes como referência em populações muito desdentadas (PIUVEZAM; LIMA, 2012). Ainda assim, é interessante que um levantamento epidemiológico em saúde bucal seja complementado por dados de qualidade de vida. Avaliações desse tipo em populações institucionalizadas são importantes para a identificação dos fatores determinantes ao estado de saúde em que esses indivíduos se encontram (PIUVEZAM; LIMA, 2012).

Dentre as limitações, destaca-se o desenho transversal do estudo que não permite uma identificação direta de fatores causais, assim como não é possível verificar como progrediram as condições bucais encontradas e as alterações da autopercepção com o avançar da idade. O baixo número de respondentes do GOHAI devido ao grande número de idosos com cognição afetada na amostra e o viés de memória dos entrevistados também são fatores limitantes desse estudo.

Apesar das piores condições de saúde bucal encontradas, os idosos avaliados apresentaram alta autopercepção da QVSB. Essa relação inversa está relacionada a fatores intrínsecos dos idosos e suas vidas, como os fatores psicossociais, compreendidos nos domínios do GOHAI, enquanto fatores funcionais exerceram pouca influência sobre a percepção dos idosos. O autocuidado com a saúde bucal apresentou relação direta com a autopercepção da QVSB, reforçando a necessidade de fortalecer o autocuidado nas ILPIs. Os achados revelam a necessidade de desenvolvimento de melhor atenção à saúde bucal para a população institucionalizada.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F. B. de *et al.* Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1965-1975, Oct. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dQvwCNyjTdNYYZC9GXBvBpn/?lang=en>. Acesso em: 6 dez. 2021.
- ATCHISON, K. A.; DOLAB, T. A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **Journal of Dental Education**, Washington, v. 54, n. 11, p. 680-687, Nov. 1990. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.1990.54.11.tb02481.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2229624/>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais**. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 5 dez. 2021.
- CHIESI, F. *et al.* Older people living in nursing homes: an oral health screening survey in Florence, Italy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 16, n. 18, 3492, Sep. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16183492>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31546837/>. Acesso em: 6 dez. 2021.
- CORNEJO, M. *et al.* Oral health-related quality of life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valencia, v. 18, n. 2, e285-292, Mar. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/doi:10.4317/medoral.18280>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23385501/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

COSTA, E. H. M. da; SAINTRAIN, M. V. de L.; VIEIRA, A. P. G. F. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2925-2930, set. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600030>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zjdzLkpjJbMFN6X78zhCjvN/?lang=pt>. Acesso em: 5 dez. 2021.

COSTA, M. J. F. *et al.* Clinical and self-perceived oral health assessment of elderly residents in urban, rural, and institutionalized communities. **Clinics**, São Paulo, v. 74, e972, 2019. DOI: <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e972>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/wdSmxSpSZCv8qbMJkXRzgF/?lang=en>. Acesso em: 6 dez. 2021.

ECHEVERRIA, M. S. *et al.* Oral health-related quality of life in older adults-longitudinal study. **Gerodontology**, [s.l.], v. 36, n. 2, p. 118-124, June 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/ger.12387>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30565315/>. Acesso em: 6 dez. 2021.

HIRAMATSU, D. A.; TOMITA, N. E.; FRANCO, L. J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1051-1056, ago. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400026>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nrYWfb5ncfpbM7zB36pVrgB/?lang=pt>. Acesso em: 6 dez. 2021.

KOHLI, R. *et al.* Oral health needs, dental care utilization, and quality of life perceptions among Oregonian seniors. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 37, n. 2, p. 85-92, Mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/scd.12221>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28181683/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

LOPES, M. C.; OLIVEIRA, V. M. B. de; FLÓRIO, F. M. Condição bucal, hábitos e necessidade de tratamento em idosos institucionalizados de Araras (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2949-2954, set. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600033>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kzkrvDqKmgVr7WwrCvvsZKq/?lang=pt>. Acesso em: 6 dez. 2021.

MAILLE, G. *et al.* Objective and perceived oral health status of elderly nursing home residents: a local survey in southern France. **Clinical Interventions in Aging**, Auckland, v. 14, p. 1141-1151, June 2019. DOI: <https://doi.org/10.2147/cia.s204533>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31308640/>. Acesso em: 6 dez. 2021.

MCMILLAN, A. S. *et al.* The impact of oral disease among the institutionalized and non-institutionalized elderly in Hong Kong. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 30, n. 1, p. 46-54, Jan. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2842.2003.01046.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12485383/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

MEDEIROS, M. M. D. de *et al.* Masticatory function in nursing home residents: correlation with the nutritional status and oral health-related quality of life.

Journal of Oral Rehabilitation, Oxford, v. 47, n. 12, p. 1511-1520, Dec. 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.13096>. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32964471/>. Acesso em: 6 dez. 2021.

MELO, L. A. de *et al.* Fatores associados à autopercepção negativa da saúde bucal em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.

11, p. 3339-3346, nov. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.08802015>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/sBhQVB3Ftz6Th4k59fhqxVn/?lang=pt>. Acesso em: 5 dez. 2021.

OLIVEIRA, P. H. de; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 395-406, set. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000300005>. Disponível em:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000300005. Acesso em: 6 dez. 2021.

PFEIFFER, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 23, n. 10, p. 433-441, Oct. 1975. DOI:

<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1159263/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

PIUVEZAM, G.; LIMA, K. C. de. Factors associated with missing teeth in the Brazilian elderly institutionalised population. **Gerodontology**, [s.l.], v. 30, n. 2, p. 141-149, June 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00655.x>.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22607365/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

PIUVEZAM, G.; LIMA, K. C. de. Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 55, n. 1, p. 5-11, July/Aug. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.04.017>.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21621283/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

PORTER, J. *et al.* The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 13, July 2015. DOI:

<https://doi.org/10.1186%2Fs12955-015-0300-y>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4501060/>. Acesso em: 6 dez. 2021.

SOUZA, E. H. A. de *et al.* Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil).

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2955-2964, set. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600034>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/XTmJMGxG5HN9FghcgzTMvvR/?lang=pt>. Acesso em: 6 dez. 2021.

SOUZA, R. F. de *et al.* Validation of the Brazilian versions of two inventories for measuring oral health-related quality of life of edentulous subjects.

Gerodontology, [s.l.], v. 29, n. 2, e88-95, June 2012. DOI:

<https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00417.x>. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20735490/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

SRISILAPANAN, P.; SHEIHAM, A. Assessing the difference between sociodental and normative approaches to assessing prosthetic dental treatment needs in dentate older people. **Gerodontology**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 25-34, 2001. DOI:

<https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2001.00025.x>. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11813386/>. Acesso em: 7 jan. 2021.

WONG, F. M. F.; NG, Y. T. Y.; LEUNG, W. K. Oral health and its associated factors among older institutionalized residents: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 16, n. 21, 4132, Oct. 2019. DOI:

<https://doi.org/10.3390/ijerph16214132>. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31717812/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

ZENTHÖFER, A. *et al.* Determinants of oral health-related quality of life of the institutionalized elderly. **Psychogeriatrics**, v. 14, n. 4, p. 247-254, Dec. 2014. DOI:

<https://doi.org/10.1111/psyg.12077>. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25495087/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

AGRADECIMENTOS

O estudo foi apoiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) [bolsa número 88887.176248 / 2010-00]. As organizações de financiamento não tiveram papel direto no desenvolvimento do desenho do estudo, análise e/ou redação do manuscrito.