

Fatores associados à autopercepção negativa da saúde bucal em idosos institucionalizados

Factors associated with negative self-perception of oral health among institutionalized elderly

Laércio Almeida de Melo ¹
Meily de Mello Sousa ¹
Annie Karoline Bezerra de Medeiros ¹
Adriana da Fonte Porto Carreiro ¹
Kenio Costa de Lima ¹

Abstract *The aim of this study was to determine self-perception of oral-health in institutionalized elderly, and look into the sociodemographic and clinical aspects associated with negative self-perception. One hundred and sixty-six elderly were assessed by answering a self-perception question that predicts the GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index). Sociodemographic data was obtained from a previously validated questionnaire and clinical data taken from the WHO file and QST-TMD used to check the existence of TMD (temporomandibular disturbance). The data gathered was submitted to Mann-Whitney, Fisher's Exact and Chi-squared tests with a 5% significance level. The average age of the study population was 80.5, and 75.9% were women. The mean DMFT (decayed, missing, and filled teeth in permanent teeth) was 28.9, the majority of the sample subject (65%) reported good to excellent teeth, gums and prostheses (dentures and bridges). Three questions in the TMD questionnaire (QST-DTM) were associated with negative self-perception. Those claiming that their jaws "lock" when they open or close their mouth, who always have pain at the front or side of their jaw, or whose jaws get tired during the course of the day are less satisfied with their oral health. We conclude that clinical and sociodemographic conditions have little influence on self-perception of oral health, possibly because pain is the main factor associated with negative self-perception in these individuals.*

Key words Self-perception, Elderly, Oral health

Resumo *Objetivou-se identificar a autopercepção da saúde bucal em idosos institucionalizados e investigar se aspectos sociodemográficos e clínicos estão associados à autopercepção negativa. Foram avaliados 166 idosos, os quais responderam a uma questão de autopercepção que prediz o GOHAI. Os dados sociodemográficos foram obtidos a partir de questionários previamente validados, assim como os clínicos, que se fundamentaram na ficha da OMS e no QST-DTM, utilizado para verificar a presença de DTM. Os dados obtidos foram submetidos aos testes de Mann-Whitney, Exato de Fisher e Qui-quadrado com nível de significância de 5%. Em média, os idosos tinham 80,5 anos e 75,9% eram do sexo feminino. O CPO-D médio foi de 28,9, tendo a maioria, 65%, relatado uma boa ou excelente condição de seus dentes, gengivas e próteses. Três questões do questionário QST-DTM se mostraram associadas à autopercepção negativa. Os que dizem que sempre sua mandíbula "trava" quando abre ou fecha a boca, sempre têm dor na frente ou lateralmente a ela e sempre seus maxilares ficam cansados ao longo dia, estão mais insatisfeitos com a sua saúde bucal. Concluiu-se que a autopercepção em saúde bucal teve pouca influência das condições clínicas e sociodemográficas, provavelmente por ser a dor o principal fator associado à autopercepção desfavorável nestes indivíduos.*

Palavras-chave Autopercepção, Idoso, Saúde bucal

¹ Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. Sen. Salgado Filho 1787, Lagoa Nova. 59056-000 Natal RN Brasil. laercio_melo91@hotmail.com

Introdução

Na atualidade, o envelhecimento populacional consiste em um fenômeno cada vez mais frequente no mundo, estando comumente associado às regiões mais desenvolvidas¹. Ao contrário dos países desenvolvidos, os quais se tornaram economicamente estáveis antes de envelhecer, no Brasil, estamos envelhecendo sem tempo para uma reorganização social e econômica^{2,3}.

Paralelamente ao incremento da população idosa e do aumento da expectativa de vida, a demanda por instituições voltadas para o atendimento da população acima de 60 anos cresce proporcionalmente, o que tem aumentado significativamente a necessidade de cuidados em saúde⁴. A reduzida oferta de cuidadores familiares tem sido constantemente associada ao aumento da institucionalização do idoso em residências coletivas, conhecidas como Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), as quais prestam assistência nas atividades diárias e algum tipo de cuidado de saúde, quando necessário⁵.

Os estudos demonstram uma pior condição de saúde bucal em idosos institucionalizados, quando comparados aos não institucionalizados⁶⁻⁸. Em sua grande maioria, idosos residentes em ILPI constituem de uma população de desdentados, o que pode trazer consequências como restrições alimentares, perda no prazer em comer e, consequentemente, perda de peso e desnutrição^{9,10}.

É a partir da identificação de fatores determinantes envolvidos na autopercepção em saúde que podemos compreender e avaliar o comportamento e as necessidades individuais⁷. No caso da saúde bucal, a identificação de como os indivíduos percebem seu estado de saúde bucal é um requisito importante para aumentar a adesão aos comportamentos saudáveis, os quais podem ocasionar impactos positivos na qualidade de vida (QV)^{8,11-13}.

A principal razão para os indivíduos na faixa etária com 60 anos ou mais não procurarem tratamento odontológico, é o reconhecimento deles próprios de que não necessitam de cuidados com a saúde bucal¹⁴. A literatura relata que as preocupações dos idosos com relação à saúde bucal se apresentam em décimo quarto lugar, em uma lista com vinte queixas mais comuns presentes nesses indivíduos¹⁵.

Apesar de alguns estudos mostrarem uma associação entre autopercepção em saúde bucal com fatores sociodemográficos^{14,16} e aspectos clínicos^{17,18}, essas associações continuam controversas na literatura¹⁴. Sendo assim, o objetivo do

presente estudo é identificar a autopercepção da saúde bucal em idosos institucionalizados e investigar se aspectos sociodemográficos e clínicos estão associados à autopercepção negativa. Mediante tal conhecimento, é possível nortear políticas públicas que visam melhorar a saúde e a qualidade de vida desse segmento populacional.

Métodos

Trata-se de um estudo do tipo individuado, observacional e transversal, tendo o idoso como unidade de observação e análise. O referido estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sendo aprovado.

A pesquisa foi desenvolvida no período de Agosto a Dezembro de 2013 nas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal, estado do Rio Grande do Norte, cadastradas como tal na Vigilância Sanitária (VISA) da cidade do Natal. A população para o estudo compreendeu idosos de ambos os gêneros, residentes nessas instituições.

A definição de idoso para este estudo foi baseada na delimitação cronológica, ou seja, pessoas com 60 anos de idade ou mais foram selecionados, seguindo as normas legais estabelecidas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹⁹.

A população do estudo foi composta por 318 indivíduos, referentes ao total de idosos residentes nas 12 instituições presentes no atual momento da pesquisa. Do total da população, 166 idosos responderam como eles avaliam a sua condição de saúde bucal, caracterizando a amostra do estudo. Os demais, por apresentarem restrições físicas e mentais bastante acentuadas, tiveram apenas suas condições sociodemográficas coletadas, sendo assim excluídos do presente estudo.

Os procedimentos realizados durante a coleta dos dados constituíram na aplicação de um questionário sociodemográfico e avaliação das condições de saúde bucal do idoso. Tanto o exame intrabucal, quanto o questionário foram realizados por examinadores previamente treinados e calibrados.

As variáveis do questionário aplicado para a caracterização do perfil sociodemográfico dos indivíduos, “idade”, categorizada a partir da mediana oriunda dos dados, “sexo”, “tipo de instituição” e “grau de dependência para realizar atividades da vida diária”, foram provenientes do Projeto de Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE)²⁰ e do estudo realizado em Caxias do Sul,

Institucionalização do idoso: identidade e realidade²¹. Os dados referentes às condições de saúde bucal fundamentaram-se na ficha clínica para avaliação bucal da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual para este estudo contemplou a presença ou ausência de cárie radicular, molares (nenhum molar ou pelo menos 1 molar), pares em oclusão (nenhum par ou pelo menos 1 par), lesão em boca (ausente ou presente), assim como o uso (sim ou não) e necessidade de prótese dentária (sim ou não). A autopercepção foi aferida a partir de uma questão: “Como você avalia seus dentes, gengivas ou próteses?”, com cinco respostas possíveis, “Péssimas”, “Ruins”, “Regulares”, “Boas” e “Excelentes”. Posteriormente, a autopercepção foi categorizada em “Regulares, ruins ou péssimas” e “Boas e excelentes” para a análise dos dados. Tal pergunta é capaz de prever, individualmente, o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)²², instrumento amplamente utilizado para avaliar se, nos últimos três meses, o idoso apresentou algum problema funcional, psicológico ou doloroso devido a problemas bucais.

Ademais, a fim de se aferir as Disfunções Temporomandibulares (DTM), para buscar sua associação com a autopercepção, foi aplicado um questionário simplificado para triagem de pacientes com disfunção temporomandibular (QST/DTM). Tal instrumento foi validado frente ao padrão ouro Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD), responsável pelo diagnóstico de DTM²³. O QST/DTM é composto por sete perguntas: “Você tem dor ou dificuldade para abrir a boca?”, “Você escuta estalos ou outros ruídos nas articulações?”, “Sua mandíbula trava quando você abre ou fecha a boca?”, “Você tem dor de ouvido ou em volta das orelhas?”, “Você tem dor na frente ou lateralmente a ela?”, “Você tem dor na região das bochechas?” e “Seus maxilares ficam cansados ao longo do dia?”, com respostas “nunca”, “às vezes” ou “sempre”.

A análise dos resultados do questionário e do levantamento epidemiológico foi realizada pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) 20.0. Para a confecção das Tabelas, realizou-se a distribuição de frequência de todas as variáveis de estudo. E por fim, com o objetivo de verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com a autopercepção da saúde bucal, foram utilizados os testes não paramétricos Exato de Fisher e Qui-quadrado. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar os grupos classificados com a autopercepção regulares, ruins ou péssimas e boas ou ex-

celentes com os domínios do QST-DTM. O nível de significância para todos os testes foi de 5%.

Resultados

Foram avaliados 166 indivíduos residentes em 6 ILPI com fins lucrativos e 6 sem, com a idade média de 80,5 anos (DP \pm 8,1), entre 63 e 98 anos. A maior participação entre os idosos no estudo foi de mulheres (75,9%). Houve uma predominância de indivíduos da cor branca (55,6%) e dependentes para realizar atividades da vida diária (AVD) (72,9%).

De acordo com os dados obtidos a partir do levantamento epidemiológico, as condições de saúde bucal encontram-se em estado precário. O valor médio de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) foi de 28,9 (DP \pm 4,7), com apenas 6% dos indivíduos apresentando mais de 20 elementos dentários. No que se refere à necessidade de prótese dentária, 66,9% dos idosos necessitavam de prótese total em pelo menos um dos maxilares. Naqueles que usam algum tipo de prótese superior (40,9%) e inferior (20,1%), a maioria das peças protéticas superiores (64,1%) e inferiores (71,0%) apresentam algum tipo de deslocamento ou bácia.

Em relação aos dados subjetivos, a autopercepção da saúde bucal mostrou que a maioria, 65%, relatou uma boa ou excelente condição de seus dentes, gengivas e próteses, apesar das pobres condições orais.

Na Tabela 1, a amostra foi dividida segundo a categorização da autopercepção de saúde bucal. Dois grupos foram compostos, o primeiro que abrange as pessoas que avaliaram sua saúde bucal como regulares, ruins ou péssima, e um segundo grupo com indivíduos que avaliaram sua condição como boas ou excelentes.

A análise dos dados mostrou que a autopercepção em saúde bucal teve pouca influência das condições clínicas e sociodemográficas nesta população. É possível observar que a idade dos indivíduos permaneceu no limiar de significância ($p = 0,055$) em sua associação com a autopercepção, com idosos mais velhos classificando 40% menos seus dentes, gengivas e próteses como regular, ruins ou péssimas que os idosos mais longevos.

Os resultados do presente estudo, apresentados na Tabela 2, mostram que três questões do questionário QST-DTM se mostraram diferentes significativamente ($p < 0,05$). Os que dizem que sempre sua mandíbula “trava” quando abre ou fecha a boca, sempre têm dor na frente ou late-

Tabela 1. Descrição dos idosos segundo variáveis sociodemográficas e condições de saúde bucal e suas associações com a autopercepção em saúde bucal categorizada.

Variável	Regulares, ruins ou péssimas n(%)	Boas ou excelentes n(%)	RP	IC 95%	p
Idade					
Mais que 83 anos	15(25,4%)	44(74,6%)	0,602	0,365-0,992	0,055
Até 83 anos	38(42,2%)	52(57,8%)			
Sexo					
Masculino	19(47,5%)	21(52,5%)	1,535	1,011-2,329	0,850
Feminino	39(31%)	87(69%)			
Tipo de instituição					
Sem fins lucrativos	47(37,6%)	78(68,4%)	1,401	0,806-2,438	0,286
Com fins lucrativos	11(26,8%)	30(73,2%)			
Grau de dependência para realização das AVD					
Independente	12(31,6%)	26(68,4%)	0,976	0,566-1,685	1,000
Dependente	33(32,4%)	69(67,6%)			
Cárie radicular					
Presença	12(37,5%)	20(62,5%)	1,099	0,662-1,826	0,878
Ausência	44(34,1%)	85(65,9%)			
Molares presentes					
Nenhum molar	34(31,5%)	74(68,5%)	0,721	0,479-1,086	0,174
Pelo menos 1 molar	24(43,6%)	31(56,4%)			
Pares em oclusão					
Nenhum par	43(35,5%)	78(64,5%)	0,995	0,621-1,594	1,000
Pelo menos 1 par	15(35,7%)	27(64,3%)			
Lesão em boca					
Ausente	13(28,9%)	32(71,1%)	0,745	0,446-1,243	0,321
Presente	45(38,8%)	71(61,2%)			
Uso de prótese superior					
Não	37(39,4%)	57(60,6%)	1,347	0,855-2,120	0,252
Sim	19(29,2%)	46(70,8%)			
Uso de prótese inferior					
Não	49(38,6%)	78(61,4%)	1,764	0,884-3,518	0,118
Sim	7(21,95)	28(78,1%)			
Necessidade de prótese superior					
Sim	53(35,8%)	95(64,2%)	1,074	0,469-2,461	1,000
Não	4(33,3%)	8(66,7%)			
Necessidade de prótese inferior					
Sim	56(36,1%)	99(63,9)	1,445	0,261-7,992	1,000
Não	1(25%)	3(75%)			

ralmente a ela e sempre seus maxilares ficam cansados ao longo dia, estão mais insatisfeitos com a sua saúde bucal.

Discussão

Este estudo transversal identificou a autopercepção em saúde bucal de idosos institucionalizados, buscando associação com as condições clínicas e sociodemográficas. Os resultados encontrados

são representativos para a população idosa institucionalizada na cidade do Natal, RN, e seus dados podem ser generalizados no Brasil, uma vez que esse segmento populacional apresenta, em sua grande maioria, condições clínicas orais precárias, e características sociodemográficas semelhantes em todo país²⁴.

Compreender a percepção da condição de saúde bucal é de grande relevância para orientar políticas públicas que visam melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida¹². No que se refere

Tabela 2. Associação entre os domínios do QST-DTM e a autopercepção em saúde bucal categorizada.

QST-DTM	Você tem dor ou dificuldade para abrir a boca?	Você escuta estalos ou outros ruídos nas articulações?	Sua mandíbula trava quando você abre ou fecha a boca?	Você tem dor de ouvido ou em volta das orelhas?	Você tem dor na frente ou lateralmente a ela?	Você tem dor na região das bochechas?	Seus maxilares ficam cansados ao longo do dia?
Autopercepção categorizada	Mediana (Q25-Q75)	Mediana (Q25-Q75)	Mediana (Q25-Q75)	Mediana (Q25-Q75)	Mediana (Q25-Q75)	Mediana (Q25-Q75)	Mediana (Q25-Q75)
Regulares, ruins ou péssimas	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-1,0)	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,5)	0,0(0,0-1,0)	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-1,0)
Boas ou excelentes	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-1,0)	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)
p	0,324	0,455	0,003*	0,303	0,013*	0,343	0,039*

* estatisticamente significativa.

aos idosos institucionalizados, sua compreensão, torna-se ainda mais oportuno ressaltar, já que pelo caráter de fragilidade dos idosos residentes em ILPI, estes tendem a ser grandes consumidores dos serviços públicos de saúde^{25,26}. Além disso, a maioria dos estudos epidemiológicos presentes refere-se à população idosa que reside sozinha ou com familiares, sobretudo, aqueles de grandes dimensões realizados pelo Ministério da Saúde, os quais foram de base domiciliar^{27,28}.

No presente estudo, a caracterização da amostra estudada nos mostra idosos com precárias condições de saúde bucal. Metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Dentária Internacional (FDI)²⁹ estimam que pelo menos 50% dos indivíduos entre 65 e 79 anos devem possuir no mínimo vinte dentes funcionais na cavidade bucal. No entanto, o percentual encontrado neste estudo foi bem abaixo do preconizado, apenas 6% da amostra apresentavam uma quantidade de vinte ou mais dentes funcionais na cavidade bucal, o que reflete uma prática odontológica mutiladora a qual os idosos foram submetidos no passado^{30,31}.

Dados do último levantamento epidemiológico realizado no país em 2010, SB Brasil²⁷, indicam que a média do CPO-D de idosos na faixa etária entre 65 e 79 anos é de 27,53, e no que se refere à necessidade de prótese dentária, 23,9% dos idosos necessitam de prótese total em pelo menos um dos maxilares. Quando comparamos com os resultados deste estudo, verificamos uma pior situação dos idosos institucionalizados, os quais apresentam um CPO-D médio de 28,9 e um percentual bem maior, 66,9%, que necessitavam de

prótese total em pelo menos um dos maxilares. Os dados indicam que os idosos brasileiros, institucionalizados ou não, compreendem uma população de desdentados, os quais necessitam de uma atenção especial às suas condições de saúde bucal.

Com relação à autopercepção de saúde bucal em idosos, uma série de estudos relatam que sua avaliação pode prever a necessidade de cuidados. Além disso, pode ser um método de triagem e contribuir para o planejamento de serviços odontológicos³². Com o intuito de facilitar o diagnóstico das condições de saúde bucal, a hipótese inicial do presente estudo era de que a autopercepção poderia preceder aos exames epidemiológicos, facilitando o diagnóstico.

No entanto, a saúde bucal referida pelos idosos não condiz com a realidade das condições clínicas apresentadas neste estudo. A maioria dos indivíduos, 65%, relatou uma boa ou excelente condição de seus dentes, gengivas ou próteses, apesar das pobres condições bucais. Tal resultado corrobora a literatura pré-existente. Estudos realizados em todo o país com idosos institucionalizados realizados por Piuvezam e Lima²⁴ e Abud et al.³³, mostram uma predominância de autopercepção positiva, contrapondo-se às condições de saúde bucal, as quais apresentaram-se em má estado.

Outro estudo, realizado em Hong Kong, observou baixos percentuais de autopercepção negativa em idosos institucionalizados, mesmo utilizando outro método de aferição, o índice Oral Health Impact Profile (OHIP). Os autores concluíram que outros fatores poderiam influenciar na percepção das condições de saúde bucal em idosos,

como os sociais e culturais³⁴. No intuito de verificar tais hipóteses, o presente estudo objetivou também verificar a associação entre a autopercepção em saúde bucal e as condições sociodemográficas em idosos institucionalizados. No entanto, assim como as condições clínicas, as sociodemográficas pouco influenciaram na autopercepção desses indivíduos. A idade dos idosos foi o único fator que permaneceu no limiar de significância ($p = 0,055$), com os mais velhos classificando 40% menos seus dentes, gengivas e próteses como regular, ruins ou péssimas que os mais jovens.

Diante do paradoxo presente entre as condições clínicas de saúde bucal e a autopercepção encontrada neste e em outros estudos prévios, sugere-se que a autopercepção referida seja insuficiente para prever e identificar as condições de saúde bucal da população estudada. Uma das explicações para a fraca associação entre a percepção das condições de saúde bucal e as condições clínicas e sociodemográficas é a “secundarização dos problemas bucais” frente a outros problemas psicológicos, físicos e sociais⁹. Os idosos residentes em ILPI são considerados pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), como indivíduos mais fragilizados, os quais apresentam maiores riscos a determinados agravos à saúde e de exclusão social¹⁹. Sendo assim, diante de tantos outros problemas, a saúde bucal torna-se irrelevante para os idosos institucionalizados, o que pode levar a uma autopercepção positiva, mesmo apresentando condições clínicas e sociodemográficas desfavoráveis.

Outro fator a ser considerado é o fato de que os sujeitos investigados viveram em uma época em que a perda dentária, as condições de saúde bucal precárias e o fato de adoecer eram considerados naturais como parte do processo de envelhecimento²⁴. Além disso, a grande maioria das condições clínicas precárias são assintomáticas e desconhecidas pelos indivíduos. Os idosos tendem a referir-se mal quando experimentam manifestações bucais dolorosas ou limitantes, em vez de processos crônicos e irreversíveis que levam à perda do dente.

Tal fato pode ser verificado neste estudo a partir de um questionário simplificado, o QST-DTM, que é responsável em triar pacientes com DTM²³. Aqueles idosos que dizem que sempre sua mandíbula “trava” quando abre ou fecha a boca, sempre têm dor na frente ou lateralmente a ela e sempre seus maxilares ficam cansados ao longo dia, estão mais insatisfeitos com a sua saúde bucal. Os resultados evidenciam que os idosos ao apresentarem situações dolorosas ou limitan-

tes na cavidade bucal, referem uma percepção negativa de sua saúde bucal.

É importante ressaltar a relevância do uso de instrumentos simplificados em exames epidemiológicos para aferir a autopercepção em saúde bucal e a presença de DTM, principalmente em estudos que possuem idosos como unidade de observação e análise. Neste estudo utilizou-se para aferir a autopercepção uma questão: “Como você avalia seus dentes, gengivas ou próteses?”. Tal pergunta é capaz de prever individualmente o GOHAI, de acordo com Silva²². Para identificar os indivíduos que possuíam DTM foi utilizado um questionário com apenas sete questões, o QST-DTM, o qual corresponde a um instrumento validado frente ao padrão ouro (RDC/TMD)²³. A sensibilidade encontrada foi de 95% (IC 95%, 91 a 99) e especificidade de 87% (IC 95%, 81 a 93) na validação do questionário. O GOHAI e o RDC/TMD, quando aplicados juntos, tornam-se questionários grandes que quando utilizados em idosos podem gerar cansaço e conseqüentemente desistência ou efeito complacência e prejuízos nos estudos. Os resultados encontrados utilizando esses instrumentos corroboram a literatura em estudos semelhantes^{24,33,34}, o que demonstra uma confiabilidade e reprodutibilidade para serem utilizados em estudos posteriores.

De acordo com os resultados deste estudo, torna-se evidente que é necessário se trabalhar cada vez mais a fim de que haja políticas públicas que gerem uma reformulação no serviço público odontológico, e assim possibilitar condições bucais ideais na população idosa. Ademais, são necessárias, além de ações educativas e preventivas, medidas que objetivem a reabilitação desse segmento populacional. Finalmente, mediante um pequeno impacto das condições clínicas na percepção de saúde bucal referida, é recomendável que os profissionais da área avaliem cuidadosamente as queixas de pacientes idosos, levando, principalmente, sua fragilidade e comorbidades em consideração.

Conclusão

Apesar da maioria dos idosos avaliarem as condições de seus dentes, gengivas e próteses como boa ou excelente, concluiu-se que a autopercepção em saúde bucal teve pouca influência das condições clínicas e sociodemográficas nesta população, provavelmente por ser a dor o principal fator associado à autopercepção desfavorável nestes indivíduos.

Colaboradores

LA Melo trabalhou na coleta e interpretação dos dados, na concepção e redação final do manuscrito. MM Sousa trabalhou na interpretação dos dados e redação do manuscrito. AKB Medeiros trabalhou na metodologia do estudo e redação do manuscrito. AFP Carreiro trabalhou na análise crítica e redação do manuscrito. KC Lima trabalhou na orientação do estudo, análise dos dados, análise crítica e redação do manuscrito.

Referências

1. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saude Publica* 2009; 43(5):796-805.
2. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):700-701.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
4. Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMDM, Freire MCM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(1):67-73.
5. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul* 2010; 27(1):232-235.
6. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saude Publica* 2002; 18(5):1313-1320.
7. Silva SRC. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8(4):268-271.
8. Ferreira RC. *Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte* [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
9. Piuvezam G. *Saúde Bucal de idosos Institucionalizados no Brasil* [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011.
10. Pucca Júnior GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):243-246.
11. Da Costa EHM, Saintrain MVL, Vieira APGE. Auto-percepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2925-2930.
12. Martins AMEB, Barreto SM, Pordeus IA. Objective and subjective factors related to self-rated oral health among elderly. *Cad Saude Publica* 2009; 25(2):421-435.
13. Benyaminy Y, Leventhal H, Leventhal EA. Self rated oral health as an independent predictor of self rated general health, self esteem and life satisfaction. *Soc Sci Med* 2004; 59(5):1109-1116.
14. Silva SRC, Fernandes RAC. Self-perception of oral health status by the elderly. *Rev Saude Publica* 2001; 35(4):349-355.
15. Marinelli RD, Sreebny LM. Perception of dental needs by the well elderly. *Spec Care Dent* 1982; 2(4):161-164.
16. Stahlacke K, Söderfeldt B, Unell L, Halling A, Axteilius B. Perceived oral health: changes over 5 years in on Swedish age-cohort. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(4):292-299.
17. Locker D, Matear D, Lawrence H. General health status and changes in chewing ability in older Canadians over seven years. *J Public Health Dent* 2002; 62(2):70-77.
18. Ekanayke L, Pereira I. Factors associated with perceived oral health status in older individuals. *Int Dent J* 2005; 55(1):31-37.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 2006; 19 out.

20. Lebrao ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2):127-141.
21. Herédia VBM, Cortelletti IA, Casara MB. Institucionalização do idoso: identidade e realidade. In: Cortelletti IA, Casara MB, Herédia VBM, organizadores. *Idoso asilado, um estudo gerontológico*. Caxias do Sul: Educs/Edipucrs; 2004. p. 13-60.
22. Silva SRC. *Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
23. Paiva AMFV. *Construção e validação de questionário simplificado para triagem de pacientes com disfunção temporomandibular (QST/DTM)* [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013.
24. Piuvezam G, Lima KC. Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 5(1):5-11.
25. Shaughnessy PW, Kramer AM. The Increased Needs of Patients in Nursing Homes and Patients Receiving Home Health Care. *N Engl J Med* 1990; 322(1):21-27.
26. Saliba D, Kington R, Buchanan J, Bell R, Wang M, Lee M, Herbst M, Lee D, Sur D, Rubenstein L. Appropriateness of the decision to transfer nursing facility residents to the hospital. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(2):154-163.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa nacional de saúde bucal 2010: nota para a imprensa*. Brasília: MS; 2010.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002 – 2003*. Brasília: MS; 2004.
29. Fédération Dentaire Internationale (FDI). Global goals for oral health in 2000. *Int Dent J* 1982; 32(1):74-77.
30. Sá IPC, Junior LRA, Corvino MPF, Sá SPC. Condições de saúde bucal de idosos da instituição de longa permanência Lar Samaritano no município de São Gonçalo-RJ. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1259-1265.
31. Silva MES, Villaca EL, Magalhaes CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):841-850.
32. Pinzón-Pulido SA, Gil-Montoya JA. Validación del índice de valoración de salud bucodental en geriatría en una población geriátrica institucionalizada de Granada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1999; 34(5):273-282.
33. Abud MC, Santos JFF, Cunha VPP, Marchini L. TMD and GOHAI indices of Brazilian institutionalized and community-dwelling elderly. *Gerodontology* 2009; 26(1):34-39.
34. McMillan AS, Wong MC, Lo EC, Allen PF. The impact of oral disease among institutionalized and non-institutionalized elderly in Hong Kong. *J Oral Rehabil* 2003; 30(1):46-54.

Artigo apresentado em 15/06/2015

Aprovado em 03/09/2015

Versão final apresentada em 05/09/2015