



Revista Prevenção de Infecção e Saúde

The Official Journal of the Human Exposome and Infectious Diseases Network

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v8i1.3060>

Análise do perfil, da autonomia e da autopercepção da saúde bucal de idosos institucionalizados

Analysis of the profile, autonomy and self-perception of oral health of institutionalized elderly

Análisis del perfil, autonomía y autopercepción de la salud bucal de ancianos institucionalizados

Caroline Soares Santos¹ , Camila Soares Santos¹ , Grazielle Cristina Alvim¹ , Gabriella Rodovalho Paiva¹ , Syllas Scussel Junior¹ , César Penazzo Lepri¹ , Denise Tornavoi de Castro¹ 

Como citar este artigo:

Santos CS, Santos CS, Alvim GC, Paiva GR, Scussel Junior S, Lepri CP, Castro DT. Análise do perfil, da autonomia e da autopercepção da saúde bucal de idosos institucionalizados. Rev Pre Infec e Saúde [Internet]. 2022;8:3060. Available from: <http://periodicos.ufpi.br/index.php/repis/article/view/3060>. DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v8i1.3060>

¹ Universidade de Uberaba, Departamento de Biomateriais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: The institutionalization of the elderly population grows proportionally to the rise in life expectancy. **Aim:** The profile of institutionalized elderly at home Lição de Vida in Uberaba, family coexistence, autonomy, functionality in performing basic activities of daily living (BADL) and self-perception of oral health were evaluated. **Outlining:** The medical records of 60 elderly people were analyzed regarding gender, age, ethnicity, schooling, time in the institution, prevalence of health problems and medication. Autonomy and functionality in performing BADL were evaluated using the modified Katz index. Through the GOHAI Index, self-perception about oral health was evaluated. **Results:** The majority of the elderly are male (56%), white (64%), aged between 65 and 74 years (54%) and have a low educational level. Hypertension (40%) and mental disorders (36%) are the most prevalent diseases. Antipsychotics/neuroleptics (53.33%) and antihypertensives (41.66%) are the most used drugs. Most have free walking (62.5%), are independent when performing daily activities (67.3%) and consider their oral health to be good. **Implications:** A population with several health problems is identified. Polypharmacy, whether major or minor, occurs in most seniors, who in turn are independent and have a good perception of oral health.

DESCRIPTORS

Aged; Homes for the Aged; Oral Health; Personal Autonomy.

Autor correspondente

Denise Tornavoi de Castro
Endereço: Av. Nené Sabino, 1801 - Bairro
Universitário, Uberaba - MG.
CEP: 38.055.500 - Campus Aeroporto,
Uberaba, MG, Brasil.
Telefone: + 55 (34) 3319-8913
E-mail: denise.castro@uniube.br

Submetido: 2022-09-22
Aceito: 2022-09-22
Publicado: 2022-10-12

INTRODUÇÃO

No novo cenário mundial, observa-se o aumento da expectativa de vida, o que representa novos desafios para os cuidados em saúde.¹⁻² Nota-se que a temática da promoção da saúde no envelhecimento é um objeto de interesse mundial visto que o planejamento em saúde, em curto, médio e longo prazo, resulta no aumento da longevidade e favorece o bem-estar do idoso.³⁻⁴ Há uma preocupação voltada ao envelhecimento ativo, ou seja, à manutenção da saúde do idoso para que as suas atividades diárias sejam potencializadas, resultando em uma melhor qualidade de vida.⁵

Embora esteja clara a importância do envelhecimento ativo e da melhor qualidade de vida dos idosos, os cuidados voltados a esta população têm deixado de ser domínio exclusivo da esfera familiar e tem sido transferido para as organizações alheias a ela, como é o caso das instituições de longa permanência.⁶

Diante das elevadas taxas de institucionalização, as casas de repouso devem oferecer boa qualidade de vida para seus residentes. A situação de complexidade clínica frequentemente observada no envelhecimento representa um fator complicador para a assistência à terceira idade. Os profissionais devem estar atentos a mudanças físicas, psicológicas e sociais que geralmente acontecem, exigindo um cuidado singularizado.⁷ Atividades comuns da vida diária, como caminhar, se alimentar e realizar a higiene pessoal são prejudicadas, necessitando muitas vezes de uma ajuda maior dos cuidadores. Porém, muitas vezes as pessoas responsáveis pelos cuidados são leigas e assumem a responsabilidade de executar tarefas complexas para manter o bem-estar do idoso, tais como a higiene da cavidade bucal.⁸

No Brasil, poucos são os programas que visam orientar e capacitar estes cuidadores a realizarem tarefas, como por exemplo a higiene bucal, o que torna uma atividade complexa para os mesmos. Por esse motivo tem sido observada a precariedade na

saúde bucal de idosos institucionalizados,⁹ embora saiba-se que está intimamente ligada à saúde geral e à qualidade de vida.¹⁰

Diante deste cenário, é importante conhecer o perfil, a autonomia e a autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal visando subsidiar as instituições de acolhimento aos idosos na realização de ações voltadas à melhor qualidade de vida desta população.

MÉTODO

Este estudo foi iniciado mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Uberaba (CAAE: 09885519.1.0000.5145).

Trata-se de um estudo experimental de campo de caráter qualitativo envolvendo idosos institucionalizados no Lar Lição de Vida do município de Uberaba, realizado no período de agosto de 2019 a julho de 2020. Os idosos foram convidados a participar da pesquisa e, os que aceitaram, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os participantes deste estudo foram selecionados pelo método da conveniência, de abordagem direta, no momento da visita ao lar de acolhimento. Participaram deste estudo 60 idosos. Os critérios de inclusão abrangeram idosos institucionalizados no lar de acolhimento Lição de Vida.

Os dados foram coletados a partir de questionários semiestruturados. Dos prontuários foram obtidos dados como idade, sexo, etnia, tempo na instituição, escolaridade, estado de saúde geral, medicamentos, intercorrências de origem médica ou odontológica.

O Índice de GOHAI (General Oral Health Evaluation Index) avalia a autopercepção do idoso quanto à saúde bucal. É composto por 12 perguntas associadas às dimensões funcionais, psicológicas, sociais e de dor, relacionadas a frequência nos três últimos meses, sendo: 1. Limita o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com os dentes ou próteses? 2. Tem

problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã? 3. Foi capaz de engolir confortavelmente? 4. Seus dentes ou próteses o impediram de falar como queria? 5. Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto? 6. Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses? 7. Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses? 8. Usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativo à boca? 9. Preocupou-se com seus dentes, gengivas ou próteses? 10. Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses? 11. Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com dentes ou próteses? 12. Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?

O instrumento de coleta de dados foi aplicado por membros da equipe executora, afim de facilitar a compreensão da participante. Para facilitar a aplicação e compreensão do idoso, foram utilizadas três alternativas: “sempre”, “algumas vezes”, ou “nunca”.⁸ Para obtenção do índice final, os valores foram somados. O valor de cada item variou de 1 a 5 pontos, portanto, cada indivíduo recebeu uma pontuação de 12 a 60 e, quanto mais alto esse valor, consideramos melhores as condições bucais e mais reduzido seu impacto na qualidade de vida do idoso. A resposta NUNCA correspondeu a 5 pontos, ALGUMAS VEZES a 3 pontos e SEMPRE a 1 ponto. Para as perguntas 3, 5 e 7, pontuou-se invertidamente, em função da pergunta: a resposta NUNCA correspondeu a 1 ponto, ALGUMAS VEZES a 3 pontos e SEMPRE a 5 pontos.

A capacidade de locomoção dos idosos foi avaliada, através da qual foram classificados em acamados (sem marcha), marcha com auxílio (de terceiros ou de órteses) e marcha livre (não necessita de nenhum auxílio para locomoção). Ainda, os idosos responderam a um questionário relacionado à convivência familiar, onde responderam se mantiveram qualquer contato com alguém da família

nos últimos 3 meses, independente da frequência; ou se não houve nenhum contato com ninguém da família nos últimos 3 meses.

Para avaliação das atividades diárias foi utilizado o índice de Katz-modificado, através de um questionário composto por 6 perguntas, sendo: 1. Banha-se totalmente sozinho ou recebe ajuda em somente uma parte do corpo? (Pode ser auxiliado com a esponja de banho ou chuveiro para lavar determinada parte do corpo); 2. Escolhe as roupas e veste-se sem assistência, exceto para calçar os sapatos?; 3. Vai ao toalete, usa-o, organiza as roupas e retorna sem assistência? (pode usar bengala ou andador); 4. Deita-se ou levanta-se da cama ou senta-se em uma cadeira sem assistência? (pode usar bengala ou andador); 5. Tem autocontrole do intestino (fezes) e da bexiga (urina)? (não considerar “acidentes” ocasionais”) e 6. Alimenta-se sem assistência? (pode ser auxiliado para cortar carne ou passar manteiga no pão).

Para cada resposta afirmativa a pessoa idosa recebeu um ponto; ao final os pontos foram somados, sendo considerados dependentes os idosos que obtiverem de 0 a 2 pontos, semidependentes os que tiverem de 2 a 4 e independentes os que obtiverem 5 e 6.

Para a análise da capacidade para realização de atividades diárias de higiene bucal foram consideradas as seguintes ações: 1. Abrir a pasta de dente; 2. Colocar pasta na escova; 3. Levar a escova à boca; 4. Escovar os dentes; 5. Cuspir a saliva; 6. Usar fio dental e 7. Limpar a escova. De acordo com as atividades foi estabelecida uma pontuação. Quanto mais baixa a pontuação obtida pelo idoso, maior é a sua independência para estas atividades. A referência para pontuação foi: 0 - independente; 1 - necessita de adaptações ou auxílio; 2 - totalmente dependente.

Para análise dos resultados, os dados foram tabulados e processados em planilhas eletrônicas elaboradas no Excel e em seguida foram descritos em forma de gráficos e tabelas. Utilizou-se a estatística descritiva, expressa sob a forma de porcentagem.

RESULTADOS

A maioria dos idosos participantes do estudo é do sexo masculino (56%), branca (64%), com idade entre 65 a 74 anos (54%), apresenta nível educacional baixo, sendo que 48% não completaram o ensino fundamental e 21% são analfabetos, e residem na instituição a mais de 1 ano (64%). A maioria dos idosos relata que manteve qualquer contato com alguém da família nos últimos 3 meses (71%).

A Tabela 1 mostra informações sobre a prevalência de doenças e uso de medicamentos pelos idosos. As doenças mais comumente apresentadas são: Hipertensão (40%), Transtornos mentais (36%), AVC (20%), Alzheimer (20%), Diabetes (13%) e Depressão (10%).

A polifarmácia é caracterizada como o uso concomitante de múltiplos medicamentos, dividida em polifarmácia menor (2 a 4 medicamentos) e polifarmácia maior (5 ou mais medicamentos) e é considerada um problema importante no atendimento ao idoso.⁸ Os idosos que residem em Instituições de Longa Permanência (ILPs) possuem os riscos aumentados por apresentarem muitas doenças

limitantes, maior fragilidade e são atendidos por diferentes profissionais. Foi avaliada a quantidade de idosos que se enquadram no perfil de polifarmácia e os fármacos mais utilizados no Lar Lição de Vida.

A grande maioria dos gerontas faz uso de pelo menos 1 medicamento. 47,05% dos idosos do sexo masculino se enquadram no perfil de polifarmácia maior, 50% em polifarmácia menor e apenas 3,84% não fazem uso de nenhum medicamento. Do sexo feminino, 40% se enquadram no perfil de polifarmácia maior e 60% em polifarmácia menor.

Os fármacos mais utilizados na instituição são: os antipsicóticos/ neurolépticos (53,33%), seguido dos anti-hipertensivos (41,66%), anti-agregante plaquetário (26,66%), antiulceroso (26,66%), antidepressivos (25,0%), anticonvulsivantes (21,66%), diuréticos (21,66%) ansiolíticos (20,0%), antilipêmico (20,0%), analgésicos (16,66%) e vitaminas e suplementos minerais (16,66%).

Tabela 1 - Prevalência de doenças e uso de medicamentos (% de idosos). Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

Doenças	Polifarmácia	Medicamentos
Hipertensão 40%	Polifarmácia maior Homens 47,05%	Antipsicóticos/Neurolépticos 53,33%
Transtorno mental 36%	Polifarmácia maior Mulher 40%	Anti- Hipertensivos 41,66%
AVC 20%	Polifarmácia menor Homens 50%	Antiulceroso 26,66%
Alzheimer 20%	Polifarmácia maior mulher 60%	Antidepressivos 25,0%
Diabetes 13%	Não usa medicamento 3,84%	Anticonvulsivantes 21,66%
Depressão 10%		Diuréticos 21,66%
		Ansiolíticos 20%
		Antilipêmicos 20%
		Analgésicos 16,66%
		Vitaminas e suplementos 16,66%

Fonte: Pesquisa direta

Cada pergunta no Índice GOHAI apresenta três respostas possíveis. Na Tabela 2 encontra-se a

frequência de respostas de acordo com cada pergunta.

Tabela 2 - Frequência de respostas a cada pergunta do índice GOHAI. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
Limita o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com os dentes ou próteses?	19,5%	31,8%	48,7%
Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?	22,0%	34,1%	43,9%
Foi capaz de engolir confortavelmente?	7,5%	22,0%	70,5%
Seus dentes ou próteses o impediram de falar como queria?	2,5%	9,7%	87,8%
Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?	7,5%	36,5%	56,0%

Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?	2,5%	4,8%	92,7%
Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?	24,3%	31,8%	43,9%
Usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativo à boca?	2,5%	9,7%	87,8%
Preocupou-se com seus dentes, gengivas ou próteses?	34,1%	41,5%	24,4%
Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?	14,7%	34,1%	51,2%
Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com dentes ou próteses?	4,8%	12,1%	83,1%
Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?	2,5%	9,7%	87,8%

Fonte: Pesquisa direta

Ao considerar a pontuação obtida por cada idoso, observa-se que todos eles apresentaram escores superiores a 40, exceto 3 idosos. Portanto, a auto percepção avaliada acerca da saúde bucal foi

positiva pois no geral eles estão satisfeitos com a própria saúde bucal.

Quanto à locomoção, a grande parcela dos residentes apresenta marcha livre, não necessitando de nenhum auxílio.

Figura 1 - Capacidade para locomoção dos idosos (%). Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

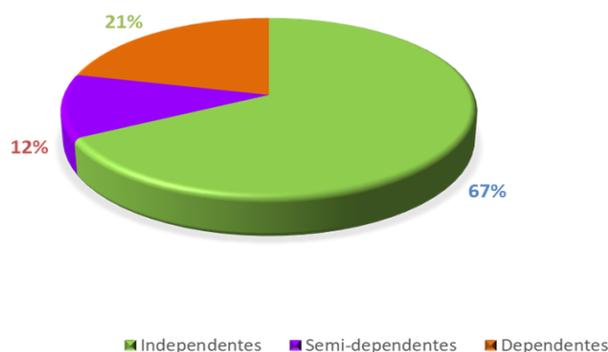


Fonte: Pesquisa direta.

Quanto à capacidade em realizar as atividades diárias a higiene bucal, a maioria dos

institucionalizados foi classificada como independente (Figura 2 e Tabela 3).

Figura 2 - Avaliação das atividades básicas diárias (%).Uberaba, Minas Gerais, Brasil.



Fonte: Pesquisa direta.

Tabela 3 - Avaliação das atividades relacionadas à higiene bucal (%).Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

	Independente	Necessita de adaptações ou auxílio	Totalmente dependente
Abrir a pasta de dente	80%	13,33%	6,66%
Colocar pasta na escova	80%	13,33%	6,66%
Levar a escova à boca	82,22%	11,11%	6,66%
Escovar os dentes	80%	13,33%	6,66%
Cuspir a saliva	88,88%	6,66%	4,44%
Uso do fio dental	68,88%	20%	11,11%
Limpar a escova	82,22%	11,11%	6,66%

Fonte: Pesquisa direta.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa avaliou o perfil dos idosos institucionalizados no Lar Lição de Vida do Município de Uberaba, Minas Gerais, a convivência familiar, a autonomia, a funcionalidade na realização de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), e a autopercepção sobre a saúde bucal.

Verificou-se que a maioria dos idosos é do sexo masculino, embora a literatura relate um número maior de indivíduos do sexo feminino residentes em Instituições de Longa Permanência devido a maior expectativa de vida e, conseqüentemente maiores chances de apresentar doenças e incapacidades.¹¹⁻¹² Além disso, existe maior probabilidade de as mulheres perderem seus maridos e ficarem em situações socioeconômicas desvantajosas, necessitando do acolhimentos dessas instituições.¹³

Entretanto, os resultados do presente estudo podem ser atribuídos à alterações da dinâmica familiar e da sociedade nos últimos anos ou até mesmo a diferença regional voltada ao perfil dos institucionalizados.¹⁴ Foi notório que a maioria dos idosos envolvidos neste estudo apresenta um nível educacional baixo, o que pode refletir a dificuldade de acesso às escolas quando eram mais jovens. O nível educacional, assim como a capacidade funcional estão relacionados à autonomia dos idosos. Estudos relatam maior suscetibilidade a demências e um déficit nas funções cognitivas em pessoas com baixo nível de escolaridade.¹⁵⁻¹⁶

A sensação de vulnerabilidade e de falta de proteção muitas vezes está associada ao aspecto da solidão, o que pode acarretar em um retrocesso no processo humanizador.¹⁷ Ao avaliar o convívio familiar, a maioria dos idosos relata ter tido contato

com a família nos últimos três meses, fato extremamente importante pois a ausência de apoio familiar poderia agravar quadros depressivos, que envolvem 10% da população estudada.

O envelhecimento é um processo inevitável na vida de qualquer indivíduo, e o declínio fisiológico e o agravamento do estado da doença estão interligados. Correlacionado a isso, quanto às condições de saúde dos idosos, foram encontrados dados semelhantes a estudos prévios. Há um alto índice de Hipertensão Arterial (40%) e Diabete Melitus (13%), condições de saúde que muitas vezes poderiam ter sido prevenidas na fase adulta por meio da adoção de hábitos saudáveis de vida tais como a prática de atividades físicas, interrupção do tabagismo e do uso de álcool e outras drogas.¹⁸ A Hipertensão é um fator de risco grave para as doenças cardiovasculares e para os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), a principal causa de morte nos últimos tempos,¹⁹ e observada em 20% dos idosos.

O aumento da polifarmácia em idosos é determinado principalmente pela prevalência de doenças crônicas, que requerem a associação de vários medicamentos.²⁰ É frequente o idoso apresentar receitas médicas nas quais são prescritas mais de um medicamento e, muitas vezes, com duplicidade terapêutica, ou seja, princípios ativos com a mesma finalidade.²¹⁻²² Identificou-se neste estudo alta prevalência de polifarmácia. A referida população enquadra-se no contexto mundial de ampla utilização de medicamentos para o sistema cardiovascular e transtornos mentais, em consonância com o padrão de prevalência das doenças crônicas não transmissíveis entre os idosos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.²³

O índice geriátrico para avaliação de saúde bucal (Geriatric Oral Health Assessment Index - GOHAI) permite a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal. No presente estudo, a auto percepção avaliada acerca da saúde bucal foi positiva pois no geral os idosos estão satisfeitos com a própria saúde bucal. Bulgareli e Manço,²³ detectaram em sua pesquisa com idosos que 65,1% deles estavam satisfeitos e/ou muito satisfeitos com a própria saúde bucal. No estudo de Unfer,²⁴ os idosos reconheciam a importância dos dentes naturais; contudo, não percebiam como a perda dentária poderia alterar a saúde. Essa contradição leva a uma reflexão de que os idosos possam considerar natural a má condição de

saúde bucal. Em idosos, a percepção também pode ser afetada por valores pessoais, como a crença, visto que algumas dores e incapacidades são inevitáveis nessa idade. Assim, de acordo com Sarti,²⁵ o sentimento de dor dos idosos é visto como um fenômeno natural, tornando mais difícil conceber para si a ideia de bem-estar.

CONCLUSÃO

Através do estudo foi possível identificar uma população com vários problemas de saúde. Polifarmácia seja ela maior ou menor ocorre em grande parte dos gerontas institucionalizados no Lar Lição de Vida. A maioria dos idosos é independente e tem boa percepção sobre sua saúde bucal, entretanto deve-se verificar se isto está relacionado às condições bucais uma vez que os idosos podem considerar como natural a má condição de saúde bucal.

RESUMO

Introdução: A institucionalização da população idosa cresce proporcionalmente à ascensão da expectativa de vida. **Objetivo:** Avaliou-se o perfil dos idosos institucionalizados no Lar Lição de Vida de Uberaba, a convivência familiar, a autonomia, a funcionalidade na realização de atividades básicas da vida diária (ABVD) e a autopercepção sobre a saúde bucal. **Delineamento:** Foram analisados os prontuários de 60 idosos quanto ao sexo, idade, etnia, escolaridade, tempo na instituição, prevalência dos problemas de saúde e medicamentos. A autonomia e funcionalidade na realização de ABVD foram avaliadas pelo índice de Katz-modificado. Através do Índice de GOHAI foi avaliada a autopercepção acerca da saúde bucal. **Resultados:** A maioria dos idosos é do sexo masculino (56%), branca (64%), com idade entre 65 a 74 anos (54%) e nível educacional baixo. Hipertensão (40%) e transtornos mentais (36%) são as doenças mais prevalentes. Os antipsicóticos/neurolépticos (53,33%) e os anti-hipertensivos (41,66%) são os medicamentos mais utilizados. A maioria apresenta marcha livre (62,5%), é independente ao realizar as atividades diárias (67,3%) e considera a saúde bucal boa. **Conclusão:** Identifica-se uma população com vários problemas de saúde. Polifarmácia seja ela maior ou menor ocorre em grande parte dos gerontas que por sua vez são independentes e tem boa percepção sobre a saúde bucal.

DESCRIPTORES

Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Saúde bucal; Autonomia.

RESUMEN

Introducción: La institucionalización de la población anciana crece proporcionalmente al aumento de la esperanza de vida. **Objetivo:** Se evaluó el perfil de los ancianos institucionalizados en la casa Lição de Vida de Uberaba, la convivencia familiar, la autonomía, la funcionalidad en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la autopercepción de la salud bucal. **Delineación:** Se analizaron los prontuarios de 60 ancianos en cuanto a género, edad, etnia, escolaridad, tiempo de internación, prevalencia de problemas de salud y medicación. La autonomía y la funcionalidad en la realización de BADL se evaluaron mediante el índice de Katz modificado. A través del Índice GOHAI se evaluó la autopercepción sobre la salud bucal. **Resultados:** La mayoría de los ancianos son hombres (56%), blancos (64%), con edades entre 65 y 74 años (54%) y con bajo nivel educativo. La hipertensión (40%) y los trastornos mentales (36%) son las enfermedades más prevalentes. Los antipsicóticos/neurolépticos (53,33%) y los antihipertensivos (41,66%) son los fármacos más utilizados. La mayoría tiene deambulación libre (62,5%), son independientes a la hora de realizar las actividades diarias (67,3%) y consideran que su salud bucal es buena. **Implicaciones:** Se identifica una población con varios problemas de salud. La polifarmacia, ya sea mayor o menor, se presenta en la mayoría de los adultos mayores, quienes a su vez son independientes y tienen una buena percepción de la salud bucal.

DESCRIPTORES

Anciano; Hogares para Ancianos; Salud bucal; Autonomía personal.

REFERENCES

1. Parahyba MI, Simões CC da S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2006. [cited 2022 Jan 02];11(4):967-74. Available form: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400018>
2. Dietrich T, Webb I, Stenhouse L, Pattni A, Ready D, Wanyonyi KL, *et al*. Evidence summary: the relationship between oral and cardiovascular disease. *Br Dent J*. [Internet] 2017. [cited 2022 Mar 02];222(5):381-5. Available form: <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.224>
3. Almeida LFF, Freitas EL de, Salgado SML, Gomes IS, Franceschini S do CC, Ribeiro AQ. Projeto de intervenção comunitária “Em Comum-Idade”: contribuições para a promoção da saúde entre idosos de Viçosa, MG, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2015. [cited 2022 Jan 02]; 20(12):3763-74. Available form: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.10082015>
4. Pishkar Mofrad Z, Jahantigh M, Arbabisarjou A. Health Promotion Behaviors and Chronic Diseases of Aging in the Elderly People of Iranshahr*- IR Iran. *Glob J Health Sci*. [Internet] 2015. [cited 2022 Jul 02]; 8(3):139-45. Available form: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4803959/>
5. Medeiros MMD, Carletti TM, Magno MB, Maia LC, Cavalcanti YW, Rodrigues-Garcia RCM. Does the institutionalization influence elderly’s quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. [Internet] 2020. [cited 2022 Feb 02]; 20(1):44. Available form: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32024479/>
6. Neri AL. *Idosos no Brasil Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007. Available form: <https://fpabramo.org.br/2007/05/07/idosos-no-brasil-vivencias-desafios-e-expectativas-na-3a-idade/>
7. Bonfá K, Mestriner SF, Fumagalli IHT, Mesquita LP de, Bulgarelli AF. Perception of oral health in home care of caregivers of the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet] 2017. [cited 2022 Oct 02] ;20(5):650-9. Available form: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170010>
8. Moimaz SAS, Garbin CAS, Silva MM, Joaquim RC, Saliba NA. Projeto Sempre Sorrindo:10 anos de atenção ao idoso institucionalizado. *Rev Bras Pesq Saúde*. [Internet] 2011. [cited 2022 Feb 02]; 13(1):46-51. Available form: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/1328>
9. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. [Internet] 1990. [cited 2022 Feb 02]; 54(11):680-7. Available form: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2229624/>
10. Wong FMF, Ng YTY, Leung WK. Oral Health and Its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents—A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet] 2019. [cited 2022 Feb 02]; 16(21):4132. Available form: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31717812/>
11. Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, *et al*. Polypharmacy among the elderly in the city of São Paulo, Brazil - SABE Study. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet] 2012. [cited 2022 Feb 02]; 15(4):817-27. Available form: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23515777/>
12. Carvalho MP de, Luckow ELT, Siqueira FV. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2011. [cited 2022 Jun 02]; 16:2945-52. Available form: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600032>
13. Pavan FJ, Meneghel SN, Junges JR. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cad.Saúde Pública*. [Internet] 2008. [cited 2022 Set 02]; 24:2187-9. Available form: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900025>
14. Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*. [Internet] 2007. [cited 2022 Jun 02]; 7(1):1-14. Available form: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-13>
15. Foss MP, Vale FAC, Speciali JG. Influência da Escolaridade na Avaliação Neuropsicológica de Idosos. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. [Internet] 2005. [cited 2022 Mar 02]; 63(1):119-126. Available form: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2005000100022>
16. Contador I, Del Ser T, Llamas S, Villarejo A, Benito-León J, Bermejo-Pareja F. Impact of literacy and years of education on the diagnosis of dementia: A population-based study. *J Clin Exp Neuropsychol*. [Internet] 2017. [cited 2022 Mar 02]; 39(2):112-9. Available form: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27484199/>
17. Zapata Lopez BI, Delgado Villamizar NL, Cardona Arango D. Apoyo social y familiar del adulto mayor del área urbana. Angelópolis, Antioquia 2011. *Rev Salud Pública*. [Internet] 2016. [cited 2022 Feb 02]; 17(6):848-60. Available form: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642015000600003
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: MS, 2011. Available form: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças cardiovasculares. Organização Pan-Americana da saúde. Brasília: MS, 2009. Available form: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>

20. Sales AS, Sales MGS, Casotti CA. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. [Internet] 2017. [cited 2022 Fev 02]; 26(01):121-32. Available form: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100013>
21. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet] 2008. [cited 2022 Jun 02]; 24(6):1439-46. Available form: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600024>
22. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Scie Med*. [Internet] 1995. [cited 2022 Jun 02]; 41(10):1403-9. Available form: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8560308/>
23. Bulgarelli AF, Manço ARX. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2008. [cited 2022 Ago 02]; 13(4):1165-74. Available form: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400012>
24. Unfer B, Braun K, Silva CP da, Pereira Filho LD. Autopercepção da perda de dentes em idosos. *Interface*. [Internet] 2006. [cited 2022 Jun 02]; 10(19):217-26. Available form: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100015>
25. Sarti CA. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saude Soc*. [Internet] 2001. [cited 2022 Jul 02]; 10(1):3-13. Available form: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902001000100002>

COLABORAÇÕES

CSS: contribuições substanciais na coleta, análise dos resultados e redação do manuscrito. CSS: contribuições substanciais na coleta de dados, análise dos resultados e redação do manuscrito. GCA: contribuições substanciais na revisão do manuscrito. GRP: contribuições substanciais na coleta de dados, análise dos resultados e revisão do manuscrito. SSJ, CPL e DTC. **Todos os autores concordam e são responsáveis pelo conteúdo desta versão do manuscrito a ser publicado.**

AGRADECIMENTOS

Programa de extensão velho amigo da Universidade de Uberaba.

DISPONIBILIDADE DOS DADOS

Os dados originais são de responsabilidade do autor correspondente e estão disponíveis em planilhas.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Programa Institucional de Apoio à Pesquisa - PAPE UNIUBE (PIBIC 2019/13).

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesses a declarar.