

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
Faculdade de Odontologia
Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

**AUTOPERCEPÇÃO DE ESTÉTICA DENTAL E
FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS DE UMA
CIDADE DO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO
TRANSVERSAL**

Relatório Final

Apresentado à Faculdade de Odontologia da
Universidade de Passo Fundo, como requisito
da disciplina de Trabalho de Conclusão de
Curso e para graduação no curso de
Odontologia da Universidade de Passo Fundo.

Aluna – Diandra Genoveva Sachetti

Orientador – Prof. Dr. Paulo Roberto Grafitti Colussi

Passo Fundo, Setembro de 2019.

Sumário

1. TÍTULO	3
2. EQUIPE EXECUTORA	3
2.1. Aluno	3
2.2. Orientador	3
3. RESUMO	3
4. PROBLEMA DE PESQUISA	4
5. JUSTIFICATIVA	4
6. REVISÃO DE LITERATURA	4
7. OBJETIVOS	10
7.1. Objetivos gerais	10
7.2. Objetivos específicos	10
8. MATERIAIS E MÉTODOS	10
9. RESULTADOS	14
10. DISCUSSÃO	18
11. CONCLUSÃO	21
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
13. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO ALUNO	26
14. ANEXOS	27

RELATÓRIO FINAL

1. TÍTULO

Autopercepção de Estética Dental e Fatores Associados em Idosos de Uma Cidade do Sul do Brasil: Um Estudo Transversal

2. EQUIPE EXECUTORA

2.1. Aluno

Diandra Genoveva Sachetti

2.2. Orientador

Prof. Dr. Paulo Roberto Grafitti Colussi

3. RESUMO

O presente estudo avaliou a autopercepção de estética dental e fatores associados em idosos em uma cidade do sul do Brasil. Estudo observacional transversal de base domiciliar com amostra probabilística por conglomerado foi realizado em 282 idosos com 60 anos ou mais residentes na cidade de Veranópolis/RS. Exames clínicos de saúde bucal e questionário estruturado foram aplicados. Preocupação com aparência dos dentes foi obtida através de questionário validado para a população brasileira e categorizado em: aparência preocupa e aparência não preocupa. Associações foram avaliadas pelos testes de qui-quadrado ou Mann-Whitney, por intermédio da distribuição de frequências. Análises uni- e multivariadas foram realizadas, utilizando-se regressão logística para verificar associações. Preocupação com aparência foi observada em 13,5% (n=38) dos idosos. No modelo multivariado final, permaneceram associados à preocupação com a aparência dental, o gênero e a idade. Idosas do sexo feminino tiveram 2,775 (intervalo de confiança 95%, IC95%: 1,092-7,052) maior Razão de Chance (RC) para a preocupação com aparência dental quando comparadas com idosos do sexo masculino. Ser idoso com 70 anos ou mais esteve associado com menor preocupação com a aparência dental quando comparados com idosos com menos de 70

anos. Idosos com 70 anos ou mais tiveram 55,4% ($p=0,034$) menores chances de preocuparem-se com a aparência dental. No entanto, o uso e a necessidade de prótese dentária não estiveram associados com essa preocupação.

Palavras-chave: Estética Dentária, Autoimagem, Envelhecimento.

4. PROBLEMA DE PESQUISA

O Brasil passa por uma transição demográfica, o que implica em um aumento da população com mais de 60 anos. A partir disso, também cresce a demanda por assistência e atenção à saúde desse grupo etário. Mais recentemente, tem-se observado nessa população não apenas preocupação com a saúde bucal, mas também preocupações com a sua aparência estética. Isso pode ser observado, inclusive em comerciais de televisão, onde as questões estéticas são abordadas como uma prioridade dessa faixa etária. Então, conhecer, através de pesquisas científicas, as verdadeiras aspirações e expectativas dos idosos com relação à estética bucal torna-se relevante.

5. JUSTIFICATIVA

Poucos estudos epidemiológicos têm abordado a relação entre o envelhecimento humano e as preocupações com a aparência bucal. No entanto, existe uma tendência natural da população idosa atual em usufruir mais a vida e, portanto, as questões relacionadas à aparência, bem como a estética dental, têm-se tornado um fator importante para essa população. Desta forma, estudos epidemiológicos abordando autopercepção de estética em idosos tendem a se tornar relevantes nas próximas décadas.

6. REVISÃO DE LITERATURA

6.1. Envelhecimento Humano

As transições demográficas e epidemiológicas observadas nas últimas décadas produziram como cenário uma população com elevado número de indivíduos idosos no Brasil (MOREIRA *et al.*, 2005). A expectativa é de que em 2020, o Brasil alcance a

sexta posição de país com a população mais idosa do planeta (CORREA *et al.*, 2013). Esse panorama resulta do processo natural de envelhecimento humano, que envolve múltiplas razões, tais como: fatores moleculares, celulares, sistêmicos, comportamentais, cognitivos e sociais (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009). Frente a esta realidade demográfica, existe a necessidade de proporcionar uma maior qualidade de vida a essa faixa etária, enfocando nos aspectos físicos, sociais, e psicológicos (RIBEIRO; MEIER; PIZ, 2015). Dentre os vários aspectos da saúde, Moreira *et al.* (2005) enfatizam a necessidade de uma atenção especial a saúde bucal do idoso. Historicamente, segundo esses autores, os serviços odontológicos não têm como prioridade a atenção a esse grupo populacional. Além disso, é importante termos a noção de que a saúde bucal está associada à saúde geral do idoso (BARBOSA, 2010).

6.2. Estética

Empregado pela primeira vez por Baumgarten em 1750, o termo *Estética* se refere à ciência ou a teoria do *Belo*, tendo sua origem na palavra grega *Aísthesis*, que denota a ação genérica de sentir (KAUFFMANN, 2008). E, ainda que o filósofo alemão não seja o fundador da estética como uma ciência, o termo por ele introduzido respondeu às necessidades de investigação nessa área (FURTADO, 2011) permitindo, portanto, a instauração de uma nova disciplina filosófica, preocupada em estabelecer, como objeto específico de estudo, a cognição sensível (CERVI, 2014). A partir de então, surgem novas perspectivas para determinar se algo é belo ou não, entre elas o conceito de que o belo é apreendido imediatamente pelo sentimento e não pela razão (KAUFFMANN, 2008). Ainda, sob o ponto de vista psicológico, a estética tem sua origem a partir do outro, isto é, a percepção do belo ou da sua falta se traduz numa sensação de algo agradável ou desagradável, considerando-se que a cultura, experiências prévias e a autoimagem influenciam nessa decisão (BLANCO; PELAEZ; ZAVARCE, 1999; GOLDESTEIN, 1990). Assim, o prazer estético não depende da realidade do objeto, mas exclusivamente de condições subjetivas (KAUFFMANN, 2008).

A busca pela beleza não é uma preocupação característica apenas das sociedades modernas, ao longo do tempo o belo tem sido retratado de diferentes formas, de acordo com a época, podendo ser observado na literatura, arquitetura, ciência e na arte de forma geral (GIURIATO, 2014). Como resultado, obteve-se a proporção Áurea, que se

acredita ser derivada de observações do corpo humano ou de alguma forma da natureza, sendo uma fórmula matemática para definir a harmonia nas proporções de qualquer figura, escultura ou monumento (MONDELLI, 2003; RICKETTS, 1982). No entanto, a referida proporção não é considerada a mais estética, já que beleza é algo subjetivo, logo, o ideal é sempre buscar o equilíbrio (GERMINIANI; TERADA, 2006).

Considera-se como habilidade inata do indivíduo reconhecer uma face bela, porém exprimir essa sensação na definição dos objetivos de um tratamento não é tão simples (GIURIATO, 2014), uma vez que a percepção de beleza pode ser dividida, mais uma vez, em objetiva e subjetiva, sendo que a primeira implica no fato do objeto apresentar propriedades admiráveis, enquanto a beleza subjetiva se relaciona aos valores e às preferências do observador (ZACHIRISSON, 2007). Assim, o conceito estético remete a significados distintos (KIRCHOF, 2003). E, embora seja interpretado de forma individual (PFEIFER; SOARES; CARLO, 2002), possui validade universal (GIURIATO, 2014).

6.3. Estética em Odontologia

O interesse pela estética dentária vem aumentando significativamente nos últimos anos entre pacientes e dentistas (CARLSSON *et al.*, 2008), uma vez que o sorriso pode ser a característica mais atraente em um rosto e é essencial para expressar sentimentos de apreciação, amizade e concordância (DAVIS, 2006; PAGANI; BOTTINO, 2003). Encorajadas pelos avanços da tecnologia e influenciadas pela mídia, as pessoas estão cada vez mais buscando uma boa aparência, especialmente pacientes adultos (BERNABE; FLORES-MIR, 2007). Dessa forma, a Odontologia tem investido em novos materiais e técnicas, possibilitando aos dentistas um uma grande quantidade de soluções para melhorar a aparência dentária de seus pacientes (CARLSSON; OMAR, 2006).

Em um passado recente, ter peças feitas de metais nobres, como o ouro, em dentes anteriores era sinônimo de beleza e status social (GIURIATO, 2014). Além disso, os princípios estéticos em Odontologia estavam limitados às próteses totais e removíveis, visto que, devido às características dos materiais restauradores disponíveis, a única maneira de criar sorrisos estéticos era em pacientes edentados (MONDELLI, 2003). Hoje, um sorriso belo e atraente é aquele que possui dentes com relativa simetria e proporção com as estruturas buco-faciais (MANDARINO, 2003).

O alcance da zona estética é definido pelos movimentos do lábio superior e inferior durante o sorriso e a fala (GELD; OOSTERVELD; KUIJPERS-JAGTMAN, 2008). Alcançar a harmonia dessas estruturas, em muitos casos, pode ser um trabalho multidisciplinar, ou seja, abranger várias áreas dentro da Odontologia (MANDARINO, 2003). Para tanto, três princípios são requeridos: simetria, dominância e proporção regressiva (SNOW, 1999). Portanto, para alcançar estética em Odontologia, devem-se considerar aspectos como a simetria da linha média (SNOW, 1999), exposição dos dentes ao sorrir (KOKICH; KOKICH; KIYAK, 2005; GELD; OOSTERVELD; KUIJPERS-JAGTMAN, 2008), contorno gengival (MOSKOWITZ; NAYYAR, 1995) posição dos lábios (GELD; OOSTERVELD; KUIJPERS-JAGTMAN, 2008) e a linha incisal (SARVER; ACKERMAN, 2000).

6.4. Estética dental em idosos

As necessidades dos idosos com relação à saúde bucal estão crescendo, assim como suas demandas por estética (WULFMAN *et al.*, 2010) fato reconhecido pela mídia que vê na população idosa um novo potencial de mercado (GOLDESTEIN; NIESSEN, 1998; GICQUEL, 2007). Consequentemente, esse grupo tornou-se um novo alvo de marketing, principalmente porque é um mercado emergente, com tendência de crescimento ainda maior nas próximas décadas (WULFMAN *et al.*, 2010). Dessa forma, o anseio por um sorriso harmônico entre os idosos tende a aumentar ainda mais na prática odontológica nas próximas décadas (RIBEIRO; MEIER; PIZ, 2015).

O maior problema de saúde bucal dos idosos brasileiros é, com certeza, a alta extensão e severidade da perda dentária, e como consequência, a alta prevalência da necessidade de reabilitação oral com algum tipo de prótese (SB BRASIL, 2010). A maioria das doenças bucais crônicas é irreversível e têm efeito cumulativo, tornando a extração dentária, muitas vezes, a única opção de tratamento, principalmente para a população mais pobre (ELANI *et al.*, 2017). Esta realidade epidemiológica, além de prejudicar os aspectos funcionais como a mastigação e a fonética, também afeta a estética. O idoso não deve sentir vergonha em sorrir e conviver socialmente. Pois, o sorriso é um importante componente da estética facial, e assim o anseio por um sorriso harmônico pode repercutir na prática odontológica (RIBEIRO; MEIER; PIZ, 2015), como, por exemplo, em reabilitações mais estéticas ou na busca de tratamentos como a harmonização orofacial.

Além disso, o processo de envelhecimento também afeta a estética do sorriso através do desgaste, tamanho, posição e cor dos dentes (MORLEY, 1999). Geralmente, associado a uma perda da dimensão vertical (MORLEY, 1999), o paciente idoso tende a mostrar menos dentes em um sorriso (MORLEY; EUBANK, 2001). Além disso, há uma tendência ao escurecimento, devido ao desgaste de esmalte sofrido à medida que se envelhece (DAVIS, 2006), fato que colabora também para a destruição das bordas incisais (MORLEY, 1999). Tais aspectos resultam em desarmonia da aparência facial (DAVIS, 2006), e retratam a história pregressa, ou seja, a história vivida das condições de saúde, bem como o tipo de atenção à saúde bucal que os idosos receberam ao longo da vida (BULGARELLI; MANÇO, 2008).

O avanço da Odontologia permite aos pacientes opções de escolhas que podem ajudar a criar um sorriso mais harmonioso (DAVIS, 2006). Mesmo em situações em que os materiais restauradores diretos encontram limitações, ainda é possível a realização de trabalhos estéticos de forma indireta (BARATIERI; MONTEIRO; MELO, 2012). Por fim, compete ao profissional a atenção para identificar os problemas que estão causando desconforto ao paciente, por isso é fundamental o estabelecimento de conceitos acerca dos princípios de estética bucal e facial (MENEZES E FILHO *et al.*, 2006).

6.5. Autopercepção de estética dental em idosos

A satisfação humana é um fato cercado de complexidades e de difícil mensuração já que envolve conceitos, valores, expectativas, experiências passadas e estilo de vida (BULGARELLI; MANÇO, 2008; CASTELLANOS, 1997). Assim, a construção da autoimagem é reavaliada durante toda a vida conforme a dinâmica do ambiente pela qual o indivíduo pertence, e está atrelada a aspectos psicológicos que envolvem a autopercepção (TESSMER *et al.*, 2006). Estar satisfeito com a própria aparência, representa um elemento importante na formação da autoestima e bem estar do indivíduo (PHILIPS, 1999), como também na qualidade de vida (CHAVES, 1986). Para estimar o impacto das percepções estéticas, Furtado *et al.* (2012) validou para o Brasil o instrumento *Child's and Parent's Questionnaire about Teeth Appearance* (Questionário da criança e dos pais sobre a aparência dos dentes). Ele foi desenvolvido inicialmente para avaliar o impacto da fluorose sobre a aparência dental de crianças, tendo sua versão para adultos. É composto por cinco questionamentos que envolvem aspectos de ordem psicológica, física e social, além de avaliar a satisfação e insatisfação

com a coloração dos dentes. Assim, é considerado um instrumento válido e confiável, uma vez que pode ser aplicado em indivíduos de diferentes níveis culturais e educacionais.

A idade e o gênero são dois dos principais contribuintes para a imagem corporal (MUCH, 1997; TIGGMAN, 2004). A idade tem demonstrado ser uma influência importante em muitos domínios do corpo, bem como nas percepções (ALKHATIB; HOLT; BED, 2005). De fato, Carlsson *et al.* (2008) observou em seu estudo diferenças significativas entre homens e mulheres em relação à estética dental, bem como entre os indivíduos de 50 e 60, onde as mulheres de 50 anos consideraram a aparência dentária mais importante do que as mulheres de 60 anos. Alkhatib; Holt; Bed (2005) sugerem que, a idade não está necessariamente associada à má aparência dentária autopercebida, pois, embora a aparência dentária esteja mais propensa a deteriorar-se com a idade, o nível de aceitação dessas mudanças pode ser muito maior do que entre jovens.

Em um estudo conduzido por Hassel *et al.* (2008) com a população idosa alemã, 82,7% dos indivíduos do sexo masculino opinaram que os dentes mais claros não melhorariam sua qualidade de vida. Das mulheres, 76,1% não acreditavam que a qualidade de vida seria melhorada pelos dentes mais claros. A maioria dos idosos mostrou-se completamente satisfeita com a cor, a forma e o posicionamento de seus dentes naturais e próteses. Da mesma forma, 74% dos idosos participantes do estudo de Wulfman *et al.*, (2010), conduzido na França, declararam estar satisfeitos em relação ao sorriso atual. Em contrapartida, Cervi (2014) demonstrou que 85,7% dos idosos brasileiros, que frequentam espaços de conveniência e salões de beleza, de alguma forma acreditam que a estética tem influência na qualidade de vida e na saúde. Para Bidinotto *et al.* (2016) viver em área rural foi um fator de risco para mudanças positivas em satisfação com a aparência oral, demonstrando que preocupações sobre a aparência dental podem afetar o bem-estar geral dos idosos. Gulcan; Nasir; Ekback (2015) também evidenciam a relação entre mudanças na satisfação com a aparência oral e declínio na qualidade de vida.

Esse estudo teve como objetivo avaliar a autopercepção de estética dental e fatores associados em idosos da cidade de Veranópolis, Estado do Rio Grande do Sul. A hipótese nula desse estudo é que não existem diferenças estatisticamente significantes na autopercepção de estética dental com relação a variáveis demográficas, socioeconômicas e odontológicas em idosos.

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivos gerais

Este estudo teve o objetivo de avaliar a autopercepção de estética dental em idosos de Veranópolis/RS.

7.2. Objetivos específicos

Esse estudo teve como objetivos específicos avaliar quais fatores sociodemográficas e comportamentais, aspectos de saúde geral e bucal, entre outros fatores, estão relacionados com a autopercepção de estética dental em idosos.

8. MATERIAIS E MÉTODOS

8.1. Delineamento do estudo e localização

O presente estudo observacional transversal de domicílios residenciais entrevistou e examinou idosos com 60 anos mais ou mais na área urbana e rural da cidade de Veranópolis. A cidade de Veranópolis está localizada no nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, distante cerca de 160 km da capital, Porto Alegre. A cidade de Veranópolis conta com uma população de aproximadamente 22.810 habitantes (IBGE, 2011). Desses, 3.554 situam-se na faixa etária de 60 anos ou mais, sendo 42,91% do sexo masculino e 57,09% do sexo feminino. Um total de 87% da população vive na área urbana. O IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) em 2010 foi 0,75 (IBGE, 2010). O PIB per capita foi de R\$ 41.184,25 (IBGE, 2011) e o Índice de Gini em 2010 foi 0,4836 (DATASUS, 2010). A expectativa de vida ao nascer foi de 75,24 anos e a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais foi de 2,82% (FEE, 2010). O presente estudo foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Passo Fundo, parecer número: 2.990.088. Todos os idosos leram e assinaram consentimento livre e esclarecido antes de participarem do estudo.

8.2. Cálculo amostral e estratégia de amostragem

O cálculo amostral do presente estudo foi baseado na prevalência de pobre satisfação com a aparência do sorriso em idosos de 20,69% reportada em outro estudo (VILELA *et al.*, 2013). Ao se assumir um erro alfa de 5%, um intervalo de confiança de 95% e uma taxa de atrição de 20%, um número amostral de 282 idosos foi considerado necessário. Uma amostra probabilística por conglomerado foi conduzida para entrevistar e examinar 282 idosos, sendo 246 na área urbana e 36 na área rural, respeitando a proporcionalidade entre zona urbana e zona rural do município. Com base no mapa da área urbana da cidade, todas as quadras foram numeradas. Um total de 82 quadras (20% do total das quadras) da área urbana foi sorteado de forma aleatória simples para participar do estudo, usando o site www.random.org. Em cada quadra sorteada, três domicílios foram visitados com pelo menos um idoso residente. Além disso, as esquinas dos quarteirões sorteados foram numeradas de um a quatro, e um novo sorteio foi conduzido para determinar o ponto de partida da primeira entrevista. Após a primeira entrevista, as visitas seguiram no sentido horário até a conclusão do trabalho previsto. Novos quarteirões foram sorteados para contemplar o número de domicílios exigidos, quando por algum motivo, as quadras sorteadas não apresentassem idosos suficientes para a pesquisa. Um total de três comunidades da área rural fez parte do estudo, sorteado aleatoriamente entre as comunidades rurais do município. Dentro de cada comunidade, 12 domicílios foram visitados com pelo menos um idoso residente. Os domicílios da zona rural envolveram os domicílios do núcleo central da comunidade e os domicílios localizados ao longo das estradas vicinais de acesso à comunidade. As áreas rurais foram: Monte Bérico, Lajeadinho e Nossa Senhora da Saúde.

8.3. Critérios de inclusão e exclusão

O critério adotado para inclusão neste estudo foram indivíduos com idade de 60 anos mais, residentes nos domicílios sorteados. O presente estudo incluiu indivíduos saudáveis, definidos como indivíduos cuja condição física, médica e mental possibilitaram a realização do estudo, bem como a compreensão dos exames e entrevistas que foram conduzidas. Se durante o contato inicial, o pesquisador observar que o idoso não tinha condições de fazer parte da pesquisa, ou ainda, se o responsável pelo idoso comunicar que o mesmo não tinha condição de participar da pesquisa, o idoso foi excluído do estudo. Se no domicílio, mais de um residente se enquadrar nos

critérios de elegibilidade, estes fizeram parte do estudo. Edifícios residenciais incluíram apenas um apartamento no estudo. No caso da ausência no dia do levantamento de dados, um novo momento foi escolhido para a coleta de dados. Foram excluídas do estudo, pessoas visitantes no domicílio, Instituição de Longa Permanência (ILPI), domicílios comerciais e domicílios desabitados.

8.4. Exame clínico e entrevista

Foi aplicado um questionário estruturado que incluiu: dados sociodemográficos, comportamentais, de histórico médico e odontológico, obtidos através da utilização de blocos de perguntas do instrumento PCATool-Brasil (Ministério da Saúde, 2010). As questões relacionadas à aparência e percepção dos dentes foram obtidas por meio de um questionário validado para o português (FURTADO *et al.*, 2012). Saúde bucal foi avaliada pela contagem de dentes e pela verificação do uso e necessidade de prótese. Os exames clínicos de contagem de dentes e da avaliação do uso e da necessidade de prótese foram realizados com o auxílio de espátula de madeira, sem o uso de iluminação artificial, sem o auxílio de espelhos bucais. A contagem dos dentes foi realizada excluindo-se os terceiros molares.

Os indivíduos foram examinados e entrevistados nos meses de dezembro de 2018 e janeiro de 2019, por duas equipes compostas por um entrevistador e um examinador de saúde bucal que foram previamente treinados pelos coordenadores do estudo para garantir a uniformidade dos dados. O treinamento consistiu de aulas teóricas sobre o assunto, discussão de todas as perguntas do questionário, bem como explicações sobre os exames de saúde bucal. Prévio ao estudo foi realizado treinamento com aplicação do questionário e com o exame de saúde bucal em pacientes idosos em tratamento nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo (UPF). A reprodutibilidade intraexaminador e interexaminador do exame clínico de saúde bucal foi verificada em 5% dos examinados, 14 dias após o exame inicial, escolhidos por sorteio aleatório. O coeficiente Kappa para perda dentária intraexaminador e interexaminador, foi 0,89 e 0,89, respectivamente. O coeficiente Kappa para uso de prótese, intraexaminador e interexaminador, foi 1,00 e 0,935, respectivamente. O coeficiente Kappa para necessidade de prótese, intraexaminador e interexaminador, foi 1,00 e 1,00, respectivamente.

8.5. Análise estatística

A variável dependente do presente estudo foi preocupação com aparência por meio de instrumento validado (FURTADO *et al.*, 2012). Para tanto, foi utilizada a seguinte pergunta: “Durante os últimos dois meses, o quanto a aparência dos seus dentes deixou você preocupado (a)”?. As opções de resposta foram: muito, um pouco, muito pouco, nada e não sei. A amostra foi categorizada em dois grupos, aqueles que responderam “muito pouco”, “nada” ou “não sei” para preocupação com a aparência foram incluídos no grupo que não se preocupa com a aparência. Já aqueles que responderam “muito” ou “um pouco” foram incluídos no grupo que se preocupa com a aparência. As variáveis independentes do presente estudo incluíram: gênero, idade, etnia/cor da pele, nível educacional, moradia, aposentadoria, situação conjugal, problema de saúde, exposição ao fumo e álcool, acesso ao dentista nos últimos 12 meses, frequência de escovação, uso do fio dental, uso de prótese, necessidade de prótese e edentulismo.

Idade foi categorizada em dois grupos, um com idosos com idade <70 anos e outro com idosos com idade ≥ 70 anos. Etnia/cor da pele foi categorizada como branca ou não branca. O grupo não branco incluiu os idosos que se referiram como sendo da cor negra, amarela, parda ou indígena. O nível educacional foi categorizado em escolaridade baixa, que inclui idosos com até no máximo ensino fundamental completo, incluindo os analfabetos; e escolaridade média/alta, para aqueles com ensino médio incompleto ou completo ou com ensino superior incompleto ou completo. Moradia incluiu idosos moradores da zona urbana ou rural, conforme dados e mapas fornecidos pela prefeitura municipal de Veranópolis. Aposentadoria foi categorizada em três grupos: um com idosos não aposentados, outro com idosos aposentados e um terceiro com idosos aposentados que continuam com alguma atividade laboral. Situação conjugal foi categorizada em dois grupos: um com os idosos casados e outro com idosos não casados. O grupo não casado incluiu: viúvos, solteiros ou divorciados.

Problema de saúde foi categorizado em dois grupos, um com idosos que referiram não ter problema de saúde ou que referiram não saber se tem, e outro grupo com idosos que referiram ter algum problema de saúde. Frequência de escovação foi categorizada em <2 vezes ao dia e ≥ 2 vezes ao dia. Necessidade de prótese foi categorizada em sim, para necessidade de algum tipo de prótese, e não, para os idosos sem nenhuma necessidade

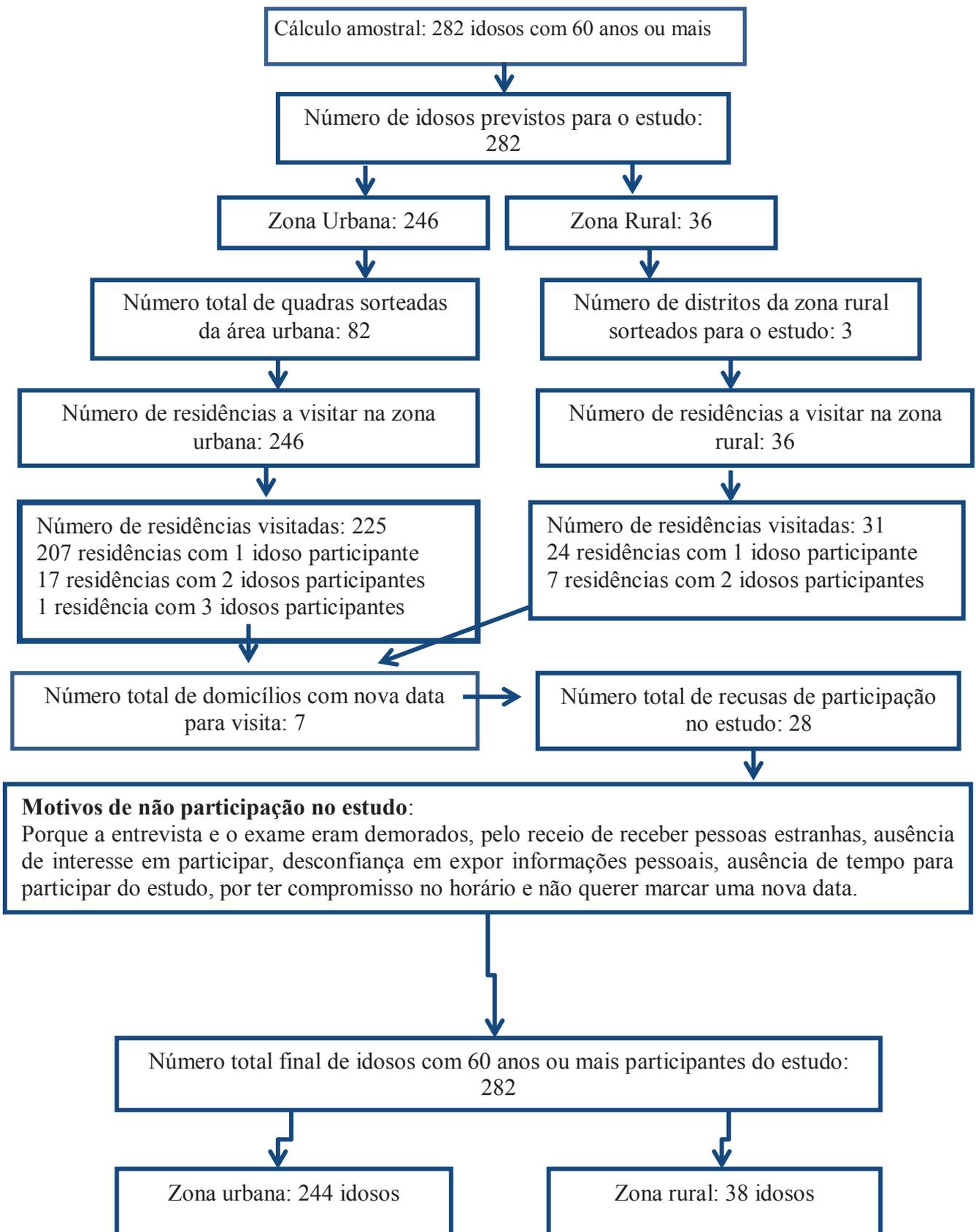
de prótese. Uso de prótese foi categorizado em sim, para idosos usuários de prótese, e não, para aqueles que não usuários de qualquer tipo de prótese.

A análise dos dados foi realizada com o uso do pacote estatístico SPSS 21 (SPSSInc., Chicago, Estados Unidos). Associações entre a variável dependente e independentes foram avaliadas pelos testes de qui-quadrado ou Mann-Whitney, apresentadas por intermédio da distribuição de frequências. O nível de significância foi de 5%. Análises uni- e multivariadas foram realizadas, utilizando-se regressão logística para verificar associações. Foram incluídas no modelo multivariado apenas aquelas variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada.

9. RESULTADOS

Um total de 282 idosos foi entrevistado e examinado, sendo 244 (86,5%) na zona urbana e 38 (13,5%) na zona rural, conforme descrito no fluxograma (Figura 1). A média de idade foi de 71,42 anos (DP $\pm 7,89$), dos quais 81 (28,7%) foram do sexo masculino e 201 (71,3%) do sexo feminino. Quanto à etnia/cor da pele, 252 (89,4%) se declararam brancos e 30 (10,6%) relataram ser não brancos. Em relação ao nível educacional, 208 (79,8%) apresentaram baixa escolaridade, sendo que destes, 17 (6%) se declararam analfabetos. Em torno de 53% dos idosos eram casados, enquanto aproximadamente 47% estavam divididos entre solteiros, divorciados ou viúvos. Algum tipo de problema de saúde foi observado em 248 idosos (87,9%). Foram considerados edêntulos, 137 idosos (48,6%). Além disso, 27% dos idosos necessitavam de algum tipo de reabilitação com prótese (Tabela 1). A prevalência da preocupação com a aparência dental foi de 13,5% (N=38). Apresentou associação estatisticamente significativa com preocupação com a aparência dental, a idade ($p=0,008$) e o edentulismo ($p=0,024$).

Figura 1: Fluxograma do estudo autopercepção de estética dental



A Tabela 2 demonstra a análise univariada da associação entre a preocupação com aparência dental e as variáveis exploratórias. Ser idoso com ≥ 70 anos esteve associado com menor preocupação com a aparência dental quando comparados com idosos com < 70 anos. Idosos com ≥ 70 anos tiveram 61,4% ($p=0,009$) menor Razão de Chance (RC) para preocupação com aparência dental. Idosos não edêntulos tiveram 227% maior Razão de Chance (RC) para a preocupação com aparência dental quando comparados com idosos edêntulos.

Tabela 1. Associação entre preocupação com estética dental e fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais, e histórico médico e oral medical em idosos.

Variáveis		Não preocupação com aparência dental N=244 (86.5%)	Preocupação com aparência dental N=38 (13.5%)	Valor-P
Gênero	Masculino – n (%)	75 (30.7)	6 (15.8)	0.058*
	Feminino – n (%)	169 (69.3)	32 (84.2)	
Idade	<70 – n (%)	104 (42.6)	25 (65.8)	0.008*
	≥ 70 – n (%)	140 (57.4)	13 (34.2)	
Etnia/Cor da pele	Branco – n (%)	220 (90.2)	32 (84.2)	0.263 α
	Não branco – n (%)	24 (9.8)	6 (15.8)	
Área que vive	Urbana – n (%)	212 (86.9)	32 (84.2)	0.653*
	Rural – n (%)	32 (13.1)	6 (15.8)	
Aposentadoria	Não aposentado – n (%)	30 (12.3)	3 (7.9)	0.216*
	Aposentado – n (%)	161 (66.0)	22 (57.9)	
	Aposentado e trabalhando – n (%)	53 (21.7)	13 (34.2)	
Situação conjugal	Casado – n (%)	128 (52.5)	22 (57.9)	0.532*
	Não casado – n (%)	116 (47.5)	16 (42.1)	
Problema de saúde	Sim – n (%)	217 (88.9)	31 (81.6)	0.195*
	Não – n (%)	27 (11.1)	7 (18.4)	
Exposição ao fumo	Fumantes – n (%)	17 (7.0)	3 (7.9)	0.676*
	Ex-fumantes – n (%)	61 (25.0)	7 (18.4)	
	Não fumantes – n (%)	166 (68.0)	28 (73.7)	
Exposição ao álcool	Sim – n (%)	134 (54.9)	22 (57.9)	0.731*
	Não – n (%)	110 (45.1)	16 (42.1)	
Acesso ao dentista	Sim – n (%)	117 (48.0)	14 (36.8)	0.202*
	Não – n (%)	127 (52.0)	24 (63.2)	
Frequência de escovação	<2 vezes/dia – n (%)	27 (11.1)	7 (18.4)	0.195*
	≥ 2 vezes/dia – n (%)	217 (88.9)	31 (81.6)	
Uso de fio dental	Sim – n (%)	68 (27.9)	11 (28.9)	0.890*
	Não – n (%)	176 (72.1)	27 (71.1)	
Necessidade de prótese	Sim – n (%)	62 (25.4)	14 (36.8)	0.140*
	Não – n (%)	182 (74.6)	24 (63.2)	
Uso de prótese	Sim – n (%)	213 (87.3)	33 (86.8)	0.938*
	Não – n (%)	31 (12.7)	5 (13.2)	
Edentulismo	Sim – n (%)	125 (51.2)	12 (31.6)	0.024*
	Não – n (%)	119 (48.8)	26 (68.4)	

Legend: *Chi-square; #Mann-Whitney; α Fisher's exact test.

No modelo multivariado final (Tabela 3), permaneceram associados à preocupação com a aparência dental, o gênero e a idade. Idosas do sexo feminino tiveram 277% maior Razão de Chance (RC) para estarem preocupadas com a aparência dental quando comparados com idosos do sexo masculino. Ser idoso com ≥ 70 anos esteve associado com menor preocupação com a aparência dental quando comparados com idosos com < 70 anos. Idosos com ≥ 70 anos tiveram 55,4% ($p=0,034$) menor Razão de Chance (RC) para preocupação com a aparência dental. No entanto, o uso e a necessidade de prótese dentária não estiveram associados com esta preocupação.

Tabela 2. Análise Univariada da associação entre preocupação com estética dental e variáveis independentes.

Variável		Razão de Chance (95% CI)	Valor-P
Gênero	Male	Ref.	0.064
	Female	2.367 (0.950 – 5.900)	
Idade	<70	Ref.	0.009
	≥ 70	0.386 (0.189 – 0.791)	
Etnia/Cor da pele	Branco	Ref.	0.273
	Não branco	1.719 (0.653 – 4.527)	
Escolaridade	Baixa	Ref.	0.567
	Média/Alta	1.267 (0.563 – 2.854)	
Área que vive	Urbana	Ref.	0.654
	Rural	1.242 (0.481 – 3.205)	
Aposentadoria	Não aposentado	Ref.	0.629
	Aposentado	1.366 (0.385 – 4.854)	
	Aposentado e trabalhando	2.453 (0.647 – 9.301)	
Situação conjugal	Casado	Ref.	0.533
	Não casado	1.246 (0.624 – 2.487)	
Problema de saúde	Sim	Ref.	0.201
	Não	1.815 (0.729 – 4.520)	
Exposição ao fumo	Fumantes	Ref.	0.562
	Ex-fumantes	0.650 (0.152 – 2.787)	
	Não fumantes	0.956 (0.263 – 3.476)	
Exposição ao álcool	Sim	Ref.	0.731
	Não	0.886 (0.444 – 1.769)	
Acesso ao dentista	Sim	Ref.	0.204
	Não	1.579 (0.780 – 3.197)	
Frequência de escovação	<2 vezes/dia	Ref.	0.201
	≥ 2 vezes/dia	1.815 (0.729 – 4.520)	
Uso de fio dental	Sim	Ref.	0.890
	Não	0.948 (0.446 – 2.017)	
Necessidade de prótese	Sim	Ref.	0.143
	Não	0.584 (0.284 – 1.199)	
Uso de prótese	Sim	Ref.	0.938
	Não	1.041 (0.378 – 2.868)	
Edentulismo	Sim	Ref.	0.027
	Não	2.276 (1.098 – 4.716)	

Tabela 3. Análise multivariada da associação entre preocupação com aparência dental e variáveis independentes.

Variáveis		Razão de Chance (95% CI)	Valor-P
Gênero	Masculino	Ref.	0.032
	Feminino	2.775 (1.092 – 7.052)	
Idade	<70	Ref.	0.034
	≥70	0.446 (0.212 – 0.940)	
Edentulismo	Sim	Ref.	0.055
	Não	2.114 (0.984 – 4.542)	

10. DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi o de avaliar a autopercepção de estética bucal em idosos de uma cidade do sul do Brasil. Foi demonstrado que idosos tiveram maior preocupação com a aparência bucal, e que, quanto mais velho o idoso menor é a sua preocupação estética. O estudo sobre a estética em idosos é importante porque a interação dos idosos com a sociedade vem aumentando, repercutindo no crescimento de suas demandas por estética (WULFMAN *et al.*, 2010). Por sua vez, a estética bucal voltada a essa faixa etária deve receber atenção porque a satisfação com a aparência dentária está frequentemente relacionada ao bem estar com a aparência geral, ao convívio social, a autoestima e a qualidade de vida (HASSEL *et al.*, 2008; WULFMAN *et al.*, 2010; GOULART *et al.*, 2018; LAJNERT *et al.*, 2018). Neste sentido, a cidade de Veranópolis foi escolhida por ser pioneira e alvo de vários estudos sobre envelhecimento humano (DA CRUZ *et al.*, 2004) e, além disso, a cidade foi recentemente reconhecida pela OMS como Cidade e Comunidades Amigáveis à Pessoa Idosa (OPAS, 2018).

No presente estudo, a prevalência de preocupação com estética bucal foi de 13,5%. Isso demonstra que uma pequena parcela da população idosa encontra-se insatisfeita com a aparência de seus dentes. Os resultados de Veranópolis são próximos ao encontrado por Stenman *et al* (2012) na Suécia. Neste estudo, cerca de 13% dos idosos demonstraram estar insatisfeitos com a sua aparência dental. Outros autores descreveram para indivíduos a partir de 55 anos, uma prevalência de 11% de insatisfação com o aspecto dental (LAJNERT *et al.* 2012). Da mesma forma, Alkhatib; Holt; Bed (2005) reportaram um resultado de insatisfação de 12.1%. Meng *et al.* (2007), em um estudo com idosos na faixa etária acima de 65 anos, observaram um percentual de 19% de não satisfação, sendo que destes, 4% estavam muito insatisfeitos com sua

aparência bucal. Importantes fatores têm sido apontados como influentes na construção e aceitação da imagem corporal, entre eles, a idade e o gênero.

No presente estudo, a idade foi associada à preocupação com estética bucal autopercebida. De fato, ser idoso com 70 anos ou mais diminuiu em 55,4% a Razão de Chance (RC) para maior preocupação. Esses resultados corroboram com estudos que demonstram que a preocupação com a estética diminui à medida que se envelhece (WULFMAN *et al.*, 2010; VILELA *et al.*, 2013; MENG *et al.*, 2007). Para Alkhatib; Holt; Bed (2005), a idade não está necessariamente associada à percepção negativa da estética bucal, mas sim a fatores cognitivos. Deve-se considerar que o processo do envelhecimento humano é geralmente acompanhado da maior suscetibilidade às doenças crônicas degenerativas. Desta forma, segundo os autores, é esperado que as questões envolvendo a saúde bucal sejam vistas como menos importantes. Além disso, parece haver uma menor predisposição aos tratamentos odontológicos entre os mais idosos. Wulfman *et al.*, (2010) sugerem que embora exista conhecimento das técnicas disponíveis e o desejo por mudanças, são poucos aqueles que buscam atendimento.

Da mesma forma, o gênero foi associado com maior preocupação com estética bucal. No presente estudo, as mulheres demonstraram maior preocupação com a aparência. Vários estudos demonstram que as mulheres são menos satisfeitas com o seu próprio sorriso (WULFMAN *et al.*, 2010; Meng *et al.*, 2007; VILELA *et al.*, 2013). Para Lajnert *et al.* (2018), as mulheres também expressam maior desejo por tratamentos dentais estéticos. De fato, é esperado que a preocupação com a estética esteja mais associada às mulheres. Por muito tempo, ter a aparência dentro de determinados padrões era a única possibilidade de ascensão social para as mulheres e, portanto, foram sujeitas a imposições estéticas percebidas ainda hoje (MACIA; DUBOZ; CHÉVE, 2015).

De outro lado, no presente estudo, questões relacionadas à saúde bucal não foram associadas com preocupação com aparência. No entanto, alguns estudos demonstram essa associação. Em um estudo que avaliou dados do Levantamento Nacional de 2003, Vilela *et al.* (2013) reportaram que a pior autopercepção com a estética bucal foi maior entre os idosos que precisavam de reabilitação oral parcial ou completa. Com relação a isso, dados do último Levantamento Nacional demonstram que 68,7% dos idosos necessitavam de reabilitação com algum tipo de prótese (AZEVEDO *et al.*, 2017). No entanto, no presente estudo, a prevalência de necessidade de prótese foi de 27%. Essa prevalência menor de necessidade de reabilitação pode justificar a baixa

preocupação com aparência estética, visto que muitos idosos consideram essas reabilitações suficientes, principalmente na arcada superior.

Da mesma forma, fatores socioeconômicos não foram associados à preocupação com aparência. No presente estudo, o nível educacional não apresentou associação com estética, ao contrário do estudo conduzido por Strajnić *et al.*, (2016), onde os maiores níveis educacionais foram associados à maior satisfação com estética dental. Os autores sugerem que a formação acadêmica relaciona-se a maior autoestima e, portanto, maior contentamento com a própria aparência. Além disso, um maior nível educacional está associado com maior poder aquisitivo, o que resulta em mais recursos para investimentos em tratamentos estéticos, quando necessários.

Este estudo buscou ser representativo dos estratos socioeconômicos na cidade de Veranópolis, RS, Brasil. Por isso, um estudo com amostra probabilística por conglomerado foi conduzido. Neste sentido, a proporcionalidade entre zona urbana e rural foi observada, da mesma forma, o nível educacional nos idosos participantes foi semelhante ao observado no último censo nacional para essa cidade (IBGE, 2011). Além disso, os examinadores foram treinados e calibrados para coleta dos dados, o que aumenta a validade interna do mesmo. Por outro lado, esse estudo apresenta algumas limitações: o desenho transversal, que não permite avaliar a temporalidade das associações entre a preocupação com a aparência dental e as variáveis exploratórias. Além disso, não foi avaliada a qualidade das reabilitações protéticas em relação à sua aparência. Apesar das limitações, o delineamento do estudo permite a generalização de dados para comparações com outros estudos de base domiciliar com amostra representativa.

A baixa prevalência de preocupação com estética bucal no presente estudo pode ser justificada pelo processo de aceitação com a aparência que parece ocorrer à medida que se envelhece. No entanto, devem-se considerar cada vez mais os investimentos na própria aparência para a manutenção do envelhecimento bem sucedido (Nitschke; Muller, 2004). Assim, a relação entre envelhecimento humano e estética tende a aumentar nos próximos anos, o que justifica estudos epidemiológicos sobre a temática e o desenvolvimento de instrumentos de avaliação (LAJNERT *et al.*, 2018) adequados à essa faixa etária. A presença dos idosos no mercado de trabalho, a maior interação social e o uso de mídias sociais podem ser fatores envolvidos nesse processo.

11. CONCLUSÃO

A preocupação com aparência dental observada em Veranópolis/RS foi baixa. E esteve associada ao gênero e à idade.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALKHATIB, N.; HOLT, R.; BED, R. Age and perception of dental appearance and tooth colour. *Gerodontology*, v. 22, p. 32-36, 2005.

AZEVEDO, J. S.; AZEVEDO, M. S.; OLIVEIRA, L. J. C.; CORREA, M. B.; DEMARCO, F. F. Needs for dental prostheses and their use in elderly Brazilians according to the *National Oral Health Survey* (SB Brazil 2010): prevalence rates and associated factors. *Cad Saúde Pública*, v. 33, n. 8, p. 2017.

BARATIERI, L. N.; MONTEIRO, S. J.; MELO, T. S. *Odontologia restauradora – fundamentos e técnicas*. São Paulo: Ed. Santos, 2012.

BARBOSA, S. A. *Necessidade de prótese em idosos: Breve revisão de literatura odontológica brasileira*. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização/Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Montes Claros, 2010.

BERNABE, E.; FLORES-MIR, C. Influence of anterior occlusal characteristics on self-perceived dental appearance in young adults. *Angle Orthod*, v. 77, n. 5, p. 831–836, 2007.

BIDINOTTO, A. B.; DOS SANTOS, C. M.; TORRES, L. H. N.; SOUSA, M. L. R.; HUGO, F. N.; HILGERT, J. B. Change in Quality of Life and Its Association with Oral Health and Other Factors in Community-Dwelling Elderly Adults—A Prospective Cohort Study. *J Am Geriatr Soc*, v. 64, n. 12, 2533-2538, 2016.

BLANCO, O. G.; PELAEZ, A. L. S.; ZAVARCE, R. B. Estética en Odontología, parte I: aspectos relacionados con la estética bucal. *Acta Odontol Venez*, v. 37, n. 3, p. 33-38, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília, 2012.

BULGARELLI, A. F.; MANÇO, A. R. X. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Rev Ciênc & Saúd Col*, v. 13, n. 4, p. 1165–1174, 2008.

CARLSSON, G. E.; JOHANSSON, A.; JOHANSSON, A. K.; ORDELL, S.; EKBÄCK, G. Attitudes towards dental appearance in individuals aged 50 and 60 living in Sweden. *J Esthet Restor Dent*, v. 20, n. 1, p. 46–55, 2008.

CARLSSON, G. E.; OMAR, R. Trends in prosthodontics. *Med Princ Pract*, v 15, n. 3, p. 167-179, 2006.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações atuais. In: Barata, Rita Barradas. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997, p. 31-75.

CERVI, C. R. *Estética na qualidade de vida de idosos*. 2014. Dissertação (Mestrado/Gerontologia Biomédica) - Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

CHAVES, M. *Odontologia social*. São Paulo: Artes Médicas; 1986.

CORREA, D. G.; BORBA-PINHEIRO, C. J.; DANTAS, E. H. M. *Qualidade de vida no envelhecimento humano*. [artigo científico]. Disponível em: <https://www.academia.edu/8755675/Qualidade_de_vida_no_envelhecimento_humano>. Acesso em: 09 ago. 2019.

DA CRUZ, B. M.; ALMEIDA, M. S. C.; SCHWANKE, C. H. A.; MORIGUCHI, E. H. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. *Rev Assoc Med Bras*, v. 50, n. 2, p. 172-177, 2004.

DATASUS, Ministério da Saúde. Índice de gini da renda domiciliar per capita – Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <<http://tanet.datasus.gov.br/cgi/ibge/cnv/ginirs.def>>. Acesso em: 01 dez. 2017>.

DAVIS, B. K. Dental aesthetics and the aging patient. *Facial Plast Surg*, v. 22, n. 2, p. 154–160, 2006.

ELANI, H.W.; HARPER, S.; THOMSON, W.M.; ESPINOZA, I.L.; MEJIA, G.C.; JU, X.; *et al*. Social inequalities in tooth loss: A multinational comparison. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 45, n.3, 266-274, 2017.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (FEE). Perfil Socioeconômico do RS, 2010. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/municipios/detalhe/?municipio=Veran%F3polis>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

FURTADO, G.E.S.; SOUSA, M.L.R.; BARBOSA, T.S.; WADA R.S.; MARTÍNEZ-MIER E.A.; ALMEIDA, M.E.L. Perceptions of dental fluorosis and evaluation of agreement between parents and children: validation of a questionnaire. *Cad Saúde Pública*, v.28, n. 8, p. 1493-1505, 2012.

FURTADO, J. R. Relações estéticas e uma ética para um mundo vivo. *Fractal Rev. Psicol.*, v. 23, n. 1, p. 205–218, 2012.

GELD, P. V. D.; OOSTERVELD, P.; KUIJPERS-JAGTMAN, A. M. Age-related changes of the dental aesthetic zone at rest and during spontaneous smiling and speech. *Eur J Orthod*, v. 30, n. 4, p. 366–373, 2008.

GERMINIANI, W. I. S.; TERADA, H. H. Avaliação da preferência estética de cirurgiões-dentistas (clínicos gerais e ortodontistas), acadêmicos de Odontologia e leigos quanto às medidas indicadas por proporções conhecidas como padrão estético para o sorriso. *Rev Dental Press Estét*, v. 3, n. 3, p. 85-89, 2006.

GICQUEL, Y. *Le marketing des seniors*. Paris: Legénie des glaciers, 2007.

GIURIATO, J. B. *Estética em odontologia: percepções de acadêmicos de odontologia e pacientes*. 2014. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

GOLDESTEIN, R. E.; NIESSEN, L. E.. Issues on aesthetic dentistry for the elderly. *J Esthet Dent*, v. 10, n. 2, p. 335-242, 1998.

GOLDESTEIN, R.E. *A estética em Odontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.

GOULART, M. A.; CONDESSA, A. M.; HILGERT, J. B.; HUGO, F. N.; CELESTE, R. K. Concerns about dental aesthetics are associated with oral health related quality of life in Southern Brazilian adults. *Cien Saude Colet*, v. 23, n. 11, p. 3957-3964, 2018.

GULCAN, F.; NASIR, E.; EKBACK, G. Change in Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) with increasing age: Testing the evaluative properties of the OIDP frequency inventory using prospective data from Norway and Sweden. *BMC Oral Health*, v. 14, n. 58, p. 24-32, 2015.

HASSEL, A. J.; WEGWNR, I.; ROLKO, C.; NITSCHKE, I. Self-rating of satisfaction with dental appearance in an elderly German population. *Int Dent J*, v. 58, n. 2, p. 98-102, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Índice de Desenvolvimento Humano*, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=430610&idtema=118&se arch=rio-grande-do-sul|veranópolis|C3%8Dndice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Censo Demográfico 2010: Características da população e domicílios – resultados gerais*. Rio de Janeiro, Brasil, 2011.

KAUFFMANN, A. L. Sobre a contemplação reflexiva estética na sessão psicanalítica. *Rev. bras. psicanál*, v. 42, n. 4, p. 29-39, 2008.

KIRCHOF, E. *A Estética antes da Estética*. Canoas: Ed. ULBRA. 2003.

KOKICH, V. O.; KOKICH, V. G.; KIYAK, H. A. Percepção de dentistas e leigos sobre alterações estéticas: situações de simetria e assimetria. *Rev Dental Press Estet*, v.1, n. 2, p. 47-52, 2005.

LAJNERT, V.; KAVACEVIC, P. D.; PAVLIC, A.; POKRAJAC-BULIAN, A.; SPALJ,

S. Smile Aesthetics Satisfaction Scale: development and validation of a new brief five-item measure of satisfaction with smile aesthetics in adults and the elderly. *Int Dent J*, v. 68, n. 3, p. 162-170, 2018.

LAJNERT, V.; PAVIČIĆ, D. K.; GRŽIĆ, R.; KOVAČ, Z.; PAHOR, D.; KUIS, D.; SIMONIĆ-KOCIJAN, S., ANTONIĆ R, BAKARČI, D. Influences of age and maxillary anterior teeth status on patient's satisfaction with dental appearance and tooth colour. *Gerodontology*, v. 29, n. 2, p. 674-676, 2012.

MACIA, E.; DUBOZ, P.; CHEVÉ, D. The paradox of impossible beauty: body changes and beauty practices in aging women. *J Women Aging*, v. 27, n. 2, p.174-187, 2015.

MANDARINO, F. *Cosmética em Restaurações Estéticas*. Disponível em: <www.forp.usp.br/restauradora/dentistica/temas/este_cosm/este_cosm.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.

MENEZES E FILHO, P. F.; BARROS, C.; NORONHA, J.; MELO JR, P.; CARDOSO, R. Avaliação crítica do sorriso. *Int J Dent*, v.1, n.1, p. 14-19, 2006.

MENG, X.; GILBERT, G. H.; DUNCAN, R. P.; HEFT, M. W. Satisfaction with dental appearance among diverse groups of dentate adults. *J Aging Health*, v. 19, n. 5, p. 778-791, 2007.

Ministério da Saúde. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil*. Brasília, Brasil, 2010.

MONDELLI, J. *Estética e cosmética na clínica integrada restauradora*. São Paulo: Quintessence Ed, 2003.

MOREIRA, R. S; NICO, L. S; TOMITA, N. E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad de Saúde Pública*, v. 21, n. 6, p. 1665–1675, 2005.

MORLEY, J. The role of cosmetic dentistry in restoring a youthful appearance. *J Am Dent Assoc*, v. 130, n. 8 p. 1166–1172, 1999.

MORLEY, J.; EUBANK, J. Macroesthetic elements of smile design. *J Am Dent Assoc* v. 132, n. 1 p. 39–45, 2001.

MOSKOWITZ, M. E.; NAYYAR, A. Determinantes da estética dentária: uma racional para a análise e tratamento do sorriso. *Compend Contin Educ Dent*, v. 12, p. 1164-1166, 1995.

MUTH, J; CASH, T. Body image attitudes: what difference does gender make? *J Appl Soc Psychol*, v. 27, p. 1438–1452, 1997.

NITSCHKE, I., MULLER, F. The impact of oral health on the quality of life in the elderly. *Oral Health Prev Dent*, v. 2, n. 1, p. 271-275, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Quatro cidades brasileiras já*

possuem certificação internacional de Cidade e Comunidades Amigáveis à Pessoa Idosa, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5716:quatro-cidades-brasileiras-ja-possuem-certificacao-internacional-de-cidade-e-comunidades-amigaveis-a-pessoa-idosa&Itemid=820> Acesso em: 24 jun. 2019.

PAGANI, C.; BOTTINO, M. C. Proporção Áurea e a Odontologia Estética. *J bras dent estét*, v. 2, n. 5, p. 80–85, 2003.

PFEIFER, J. M. G. A.; SOARES, C. J.; CARLO, H. L. Ajuste estético em coroas de resina em laboratório. *Rev Paul Odontol*, v.24, n. 4, p.20-23, 2002.

PHILIPS, E. The classification of smiles patterns. *J Can Dent Assoc*, v. 65, n. 5, p. 252-254, 1999.

RIBEIRO, A. C. S.; MEIER, N. L.; PIZ, E C. G. Análise do impacto da autopercepção estética dental na qualidade de vida dos idosos. [artigo científico] Disponível em: <<http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/view/1508/1566>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

RICKETTS, R.M. The biological significance of the divine proportion and the Fibonacci sequence. *Am J Orthod*, v.8, n. 5, p. 351-370, 1982.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, A. O. F. Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em estudo*, v. 14, n. 1, p. 3-10, 2009.

SARVER, D. M.; ACKERMAN, J.L. Orthodontics on the face: the resurgence of the aesthetic paradigm. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 5, p. 575-576, 2000.

SNOW, S. R. Análise estética do sorriso e largura do dente anterior maxilar: a porcentagem dourada. *J Esthe Dent*, v. 4, p. 805-808, 1999.

STENMAN, U.; AHLQWIST, M.; BJÖRKELUND, C.; HAKEBERG M. Oral health-related quality of life--associations with oral health and conditions in Swedish 70-year-old individuals. *Gerodontology*, v. 29, n. 2, p. 440-446, 2012.

STRAJNIĆ, L.; BULATOVIĆ, D.; STANČIĆ, I.; ŽIVKOVIĆ, R. Self-perception and satisfaction with dental appearance and aesthetics with respect to patients' age, gender, and level of education. *Srp Arh Celok Lek*, v. 114, n. 12, p. 580-589, 2016.

TESSMER, C. S.; SILVA, M. C; PINHO, M. N.; GAZZALE, F. K.; FASSA, A. G. Insatisfação corporal em frequentadores de academia. *Revi Bras de Ciênc e Mov*, v. 14, n. 1, p. 7-12, 2006.

TIGGMANN, M. Body image across the adult life span: satiability and change. *Body Image*, v. 1, p. 4-8, 2004.

VILELA, E. A.; MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; VARGAS, A. M. D.; FERREIRA, R. C. Association between self-rated oral appearance and the need for dental prostheses among elderly Brazilians. *Braz. oral res*, vol. 27 no. 3, p. 203-210,

2013.

WULFMAN, C.; DU MONTCEL, S. T.; JONAS, P.; FATTOUH, J.; RIGNON-BRET, C. Aesthetic demand of French seniors: a large-scale study. *J Gerontol*, v. 27, n.4, p. 266-271, 2010.

ZACHIRISSON, B.U. Estética na exposição dos dentes e desenho do sorriso. In: NANDA, R. *Estratégias biomecânicas e estéticas em clínica ortodôntica*. 1 ed. São Paulo: Ed. Elsevier, 2007. p. 110-130.

13. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO ALUNO

Prof. Dr. Paulo Roberto Grafitti Colussi

não

L10- Você é usuário de drogas ou já usou no passado?

- sim, uso atualmente
 parei de usar
 não, nunca fui usuário

L11- Qual droga você era ou é usuário? (citar)

L12- Você está fazendo uso de algum (uns) medicamentos (s)?

- sim
 não

L13- Qual?

- A) _____
B) _____
C) _____
D) _____
E) _____
F) _____

L14- Você teve acesso a atendimento bucal nos últimos 12 meses

- sim
 não

M - SAÚDE BUCAL - QUALIDADE DE VIDA – OHIP-14

Entrevistador para todas as próximas perguntas use o Cartão de Respostas 2

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:

M1 - Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

- nunca raramente às vezes repetidamente sempre

M2 - Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

- nunca raramente às vezes repetidamente sempre

M3 - Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

- nunca raramente às vezes repetidamente sempre

M4 - Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

- nunca raramente às vezes repetidamente sempre

M5 - Você ficou preocupado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

M6 - Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

M7 - Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

M8 - Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

M9 - Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

M10 - Você se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

M11 - Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

M12 - Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

M13 - Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

M14 - Você ficou totalmente incapaz de realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

O - APARÊNCIA DE SEUS DENTES

Por favor, indique a melhor opção:

Isto não é uma prova, e não existem respostas certas ou erradas, pois este questionário pergunta sobre a sua **OPINIÃO** a respeito dos seus próprios dentes. Tudo o que você precisa fazer é escolher **apenas uma** alternativa (aquela com a qual você mais concorda), não deixando nenhuma questão em branco.

- O1 - O senhor(a) já fez alguma coisa pra clarear ou branquear os dentes?
 () nunca fiz nada para clarear os dentes
 () uso/usei creme dental específico para clarear ou branquear os dentes (exemplo: "whitening")
 () faço/fiz clareamento/branqueamento no dentista
 () uso/usei produtos caseiros

Entrevistador: para todas as próximas perguntas use o Cartão de Respostas 3

O2 - Durante os últimos dois meses, o quanto a aparência dos seus dentes incomodou você?

- Muito Um pouco Muito pouco Nada Não sei

O3 - Durante os últimos dois meses, o quanto a aparência dos seus dentes deixou você preocupado(a)?

- Muito Um pouco Muito pouco Nada Não sei

O4 - Durante os últimos dois meses, o quanto a aparência dos seus dentes impediu você de sorrir espontaneamente?

- Muito Um pouco Muito pouco Nada Não sei

O5 - Por favor, classifique seus dentes de acordo com descrição abaixo e indique se a situação preocupa você (**leia as alternativas**):

A	Meus dentes estão: <input type="checkbox"/> Muito alinhados <input type="checkbox"/> Levemente alinhados <input type="checkbox"/> Nem alinhados nem tortos <input type="checkbox"/> Levemente tortos <input type="checkbox"/> Muito tortos	Estou preocupado(a) por causa disto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
B	Meus dentes estão: <input type="checkbox"/> Muito brancos <input type="checkbox"/> Levemente brancos <input type="checkbox"/> Nem brancos nem manchados <input type="checkbox"/> Levemente manchados <input type="checkbox"/> Muito manchados	Estou preocupado(a) por causa disto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
C	Meus dentes estão: <input type="checkbox"/> Muito saudáveis <input type="checkbox"/> Levemente saudáveis <input type="checkbox"/> Nem saudáveis nem doentes <input type="checkbox"/> Levemente doentes <input type="checkbox"/> Muito doentes	Estou preocupado(a) por causa disto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

O6 - Por favor, diga o quanto você concorda com a frase: "A COR DOS MEUS DENTES É AGRADÁVEL E BONITA".

- () concordo totalmente () concordo () nem concordo nem discordo
 () discordo () discordo totalmente

P – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/SÓCIO-ECONÔMICAS

Por favor, indique a melhor opção:

P2 – Qual o seu estado marital

- casado
- solteiro
- divorciado
- viúvo

P3 - Qual a sua escolaridade

- ela não sabe ler nem escrever
- ensino fundamental (1º grau) incompleto
- ensino fundamental (1º grau) completo
- ensino médio (2º grau) incompleto
- ensino médio (2º grau) completo
- ensino superior (faculdade) completo

P5 - A situação econômica da sua família HOJE, poderia ser classificada como:

- muito pobre
- pobre
- renda média
- rica
- muito rica

P7 - Você é a pessoa com maior renda individual no seu seu domicílio?

- sim **(pule para P9)**
- não

P8 - Qual é a sua relação com a pessoa que tem a maior renda individual (chefe da família) no seu domicílio?

- cônjuge/companheiro (a)
- filho(a)/ enteado(a)
- neto(a)
- pai, mãe, sogro (a)
- irmão (ã)

Outro _____

P10 - Quantas pessoas moram na casa?

_____ jovens e adultos (15 anos ou mais) _____ crianças (14 anos ou menos)

P13 - Escolha a alternativa que melhor descreve a atividade principal do chefe de sua família:

(leia as opções e marque apenas uma)

- Desempregado Há quanto tempo? (Meses) _____ **(pule para P16)**
- Empregado (com carteira assinada)
- Empregado (sem carteira assinada)
- Fazendo biscates
- Dona de casa (pule para P15)
- Estudante (pule para P15)
- Aposentado (pule para P15)
- Auxílio doença (encostado por doença) (pule para P15)
- Pensionista (pule para P15)
- Dono do próprio negócio

- Autônomo
 Outro (especificar) _____

P14 - Qual a sua ocupação atual (no que você está trabalhando)

P15 - Quantas horas por dia você trabalhou no último mês? _____ horas

P17 - No último mês, excluindo você, quanto ganharam as pessoas que moram neste domicílio? (considere como renda individual o valor líquido, descontados impostos e INSS de: salários, pensões, bolsa-família, etc. de todos que moram na casa)

Pessoa 1? R\$ líquida por mês _____

Pessoa 2? R\$ líquida por mês _____

Pessoa 3? R\$ líquida por mês _____

Pessoa 4? R\$ líquida por mês _____

Pessoa 5? R\$ líquida por mês _____

Pessoa 6? R\$ líquida por mês _____

P18 - No último mês, quanto você ganhou? R\$ _____

P19 - A família tem outra renda não citada até agora? Quanto ganha com essa renda?

sim não Outra renda R\$ _____ (00 caso não tenha outra fonte de renda)

S - HIGIENE ORAL

S1) Quantas vezes você escova os seus dentes?

1x dia 2x dia 3x dia acima de 3x dia

alguns dias da semana, mas não todos os dias

não tem regularidade

S2) Você usa fio dental?

sim não

Em caso de resposta afirmativa, responda a questão seguinte sobre fio dental:

S3) Quando você usa fio dental?

todos os dias alguns dias da semana, mas não todos os dias

pelo menos uma vez por semana não tem regularidade

T – HALITOSE (usando respostas OHIP-14)

T1) Você tem mau hálito?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

T2) Alguém já reclamou do seu hálito para você?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

T3) Você se preocupa com o seu hálito?

() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre

IMPLANTES

Você já colocou algum implante dentário?

() Sim () Não

Se sim, detalhar quantos e há quanto tempo (tentar descrever qual área (dente

ÍNDICE ANAMNÉSICO DE FONSECA

QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO

Nome: _____

Nascimento: ___/___/___ Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Estado civil: _____ Renda mensal: _____

DTM (1994) Respostas: S – sim: 10 pontos/ AV – Às vezes: 05 pontos/ N - não: 0 ponto

	S	AV	N
1- Sente dificuldade para abrir a boca?			
2- Você sente dificuldade para movimentar sua mandíbula para os lados?			
3- Tem cansaço ou dor muscular quando mastiga?			
4- Sente dores de cabeça com frequência?			
5- Sente dor na nuca ou torcicolo?			
6- Tem dor de ouvido ou próximo dele?			
7- Já notou se tem ruídos nas ATMs quando mastiga ou quando abre a boca?			
8- Você já se observou se tem algum hábito como apertar ou ranger os dentes?			
9- Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?			
10- Você se considera uma pessoa tensa (nervosa)? Em uma escala de 0 a 10: 0 “não é nervosa” e 10 “muito nervosa”: 012345678910			
Soma parcial			
Soma total			

(0 – 15) Não DTM; (20 – 40) DTM leve; (45 – 65) DTM moderada; (70 – 100) DTM severa

R - NÚMERO DE DENTES

Entrevistador pegue uma espátula de madeira, calce as luvas e diga: “esta é a última parte da pesquisa, agora vou contar quantos dentes naturais você tem. Por favor, se você usa alguma prótese, ponte ou dentadura removível, retire e abra a boca”

OBS. Nesta parte não estão incluídos os terceiros molares

R1 - Número de dentes naturais superiores _____

R2 - Número de dentes naturais inferiores _____

R3 - Cite o número dos dentes ausentes: _____

S – USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE

Uso de Prótese	
SUP	INF
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessidade de Prótese	
SUP	INF
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

USO DE PRÓTESE	NECESSIDADE DE PRÓTESE
1- Não usa	1- Não necessita
2- Uma ponte fixa	2- Prótese parcial
3- Mais de uma ponte fixa	3- Prótese total
4- PPR	
5- Ponte fixa+ PPR	
6- Prótese total	

Após a contagem dos dentes e o exame do uso e necessidade de prótese, descarte as luvas e a espátula em saco branco para material contaminado

Mini Nutritional Assessment MNA®



Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A	Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão <input type="checkbox"/>
B	Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso <input type="checkbox"/>
C	Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal <input type="checkbox"/>
D	Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não <input type="checkbox"/>
E	Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos <input type="checkbox"/>
F	Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m) ² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12-14 pontos: estado nutricional normal	
8-11 pontos: sob risco de desnutrição	
0-7 pontos: desnutrido	
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	

Avaliação global	
G	O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)? 1 = sim 0 = não <input type="checkbox"/>
H	Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não <input type="checkbox"/>
I	Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não <input type="checkbox"/>

Referências

- Vellas B, Villars H, Abellan-G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Patients: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377.
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2000. N67200 12/99 10M
Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J	Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições <input type="checkbox"/>
K	O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • carne, peixe ou aves todos os dias? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim» <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L	O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim <input type="checkbox"/>
M	Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N	Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade <input type="checkbox"/>
O	O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional <input type="checkbox"/>
P	Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q	Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R	Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31 <input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Pontuação da triagem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Pontuação total (máximo 30 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Avaliação do Estado Nutricional	
de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos <input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos <input type="checkbox"/>	desnutrido

Anexo C. Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ Forma longa, semana usual /normal, adaptado por Benedetti *et al.*, 2007

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana normal/habitual

Para responder às questões lembre-se que:

- Atividades físicas **vigorosas** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **muito** mais forte que o normal.
- Atividades físicas **moderadas** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **um pouco** mais forte que o normal.
- Atividades físicas **leves** são aquelas em que o esforço físico é normal, fazendo com que a respiração seja normal.

DAS QUESTÕES 1B a 4C O QUADRO ABAIXO DEVERÁ ESTAR DISPONÍVEL PARA PREENCHIMENTO

Dia da semana	Tempo horas/Min			Dia da semana	Tempo horas/Min		
	Manhã	Tarde	Noite		Manhã	Tarde	Noite
2ª feira				6ª feira			
3ª feira				Sábado			
4ª feira				Domingo			
5ª feira				XXXXXXXX			

DOMÍNIO 1 – ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO:

Este domínio inclui as atividades que você faz no seu trabalho remunerado ou voluntário, e as atividades na universidade, faculdade ou escola (trabalho intelectual). Não incluir as tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas no Domínio 3.

1a. Atualmente você tem ocupação remunerada ou faz trabalho voluntário fora de sua casa? () Sim () Não

– Caso você responda não, Vá para o Domínio 2: Transporte As próximas questões relacionam-se com toda a atividade física que você faz em uma semana normal/habitual, como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário. Não inclua o transporte para o trabalho. Pense apenas naquelas atividades que durem pelo menos 10 minutos contínuos dentro de seu trabalho:

1b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você realiza atividades VIGOROSAS como: trabalho de construção pesada, levantar e transportar objetos pesados, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário, por pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS? _____ horas _____ min. _____ dias por semana () Nenhum. Vá para a questão 1c.

1c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você realiza atividades MODERADAS, como: levantar e transportar pequenos objetos, lavar roupas com as mãos, limpar vidros, varrer ou limpar o chão, carregar crianças no colo, como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário, por pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS? _____ horas _____ min. _____ dias por semana () Nenhum. Vá para a questão 1d.

1d. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você CAMINHA, NO SEU TRABALHO remunerado ou voluntário por pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS? Por favor, não inclua o caminhar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ou do local que você é voluntário. _____ horas _____ min. _____ dias por semana () Nenhum. *Vá para a Domínio 2 - Transporte.*

DOMÍNIO 2 – ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma normal como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, trabalho, cinema, lojas e outros.

2a. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você ANDA DE ÔNIBUS E CARRO/MOTO? _____ horas _____ min. _____ dias por semana () Nenhum. *Vá para questão 2b. Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.* ►

2b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você ANDA DE BICICLETA para ir de um lugar para outro por pelo menos 10 minutos contínuos? (Não inclua o pedalar por lazer ou exercício) _____ horas _____ min. _____ dias por semana () Nenhum. *Vá para a questão 2d.*

2c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você CAMINHA para ir de um lugar para outro, como: ir ao grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, médico, banco, visita a amigo, vizinho e parentes por pelo menos 10 minutos contínuos? (NÃO INCLUA as Caminhadas por Lazer ou Exercício Físico) _____ horas _____ min. _____ dias por semana () Nenhum. *Vá para o Domínio 3.*

DOMÍNIO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA OU APARTAMENTO: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Esta parte inclui as atividades físicas que você faz em uma semana normal/habitual dentro e ao redor da sua casa ou apartamento. Por exemplo: trabalho doméstico, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa e para cuidar da sua família. Novamente pense somente naquelas atividades físicas com duração por pelo menos 10 minutos contínuos.

3a. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz Atividades Físicas VIGOROSAS AO REDOR DE SUA CASA OU APARTAMENTO (QUINTAL OU JARDIM) como: carpir, cortar lenha, serrar madeira, pintar casa, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama, por pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS? _____ horas _____ min. _____ dias por semana () Nenhum. *Vá para a questão 3b.*

3b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz atividades MODERADAS AO REDOR de sua casa ou apartamento (jardim ou quintal) como: levantar e carregar pequenos objetos, limpar a garagem, serviço de jardinagem em geral, por pelo menos 10 minutos contínuos? _____ horas _____ min. _____ dias por semana () Nenhum. *Vá para questão 3c.*

3c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz atividades MODERADAS DENTRO da sua casa ou apartamento como: carregar pesos leves, limpar vidros e/ou janelas, lavar roupas a mão, limpar banheiro e o chão, por pelo menos 10 minutos contínuos? _____ horas _____ min. _____ dias por semana () Nenhum. *Vá para o Domínio 4.*

DOMÍNIO 4 – ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Este domínio se refere às atividades físicas que você faz em uma semana normal/habitual unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que você faz por pelo menos 10 minutos contínuos. Por favor não inclua atividades que você já tenha citado.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você CAMINHA (exercício físico) no seu tempo livre por PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS? _____ horas _____ min. _____ dias por semana () Nenhum. *Vá para questão 4c.*

4b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades VIGOROSAS no seu tempo livre como: correr, nadar rápido, musculação, canoagem, remo, enfim, esportes em geral por pelo menos 10 minutos contínuos? _____ horas _____ min. _____ dias por semana () Nenhum. *Vá para questão 4d.*

4c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades MODERADAS no seu tempo livre como: pedalar em ritmo moderado, jogar voleibol recreativo, fazer hidroginástica, ginástica para a terceira idade, dançar... pelo menos 10 minutos contínuos? _____ horas _____ min. _____ dias por semana () Nenhum. *Vá para o Domínio 5.*

DOMÍNIO 5 – TEMPO GASTO SENTADO Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado em diferentes locais como exemplo: em casa, no grupo de convivência para idosos, no consultório médico e outros. Isso inclui o tempo sentado, enquanto descansa, assiste a televisão, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras, telefonemas e realiza as refeições. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, carro, trem e metrô.

5. Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante UM DIA de semana normal? UM DIA _____ horas _____ minutos Dia da semana Tempo horas/Min. Um dia manhã tarde noite
 5b. Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante UM DIA de final de semana normal? UM DIA _____ horas _____ minutos Final da semana Tempo horas/Min. Um dia manhã tarde noite

Final de semana	Tempo horas/minutos
Um dia	Manhã tarde noite

Anexo D. Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ Forma Curta

QUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FISICA
Versão curta

Nome:

Data: ___/___/_____ Idade: Sexo: F (M ()

Você trabalha de forma remunerada: () Sim () Não

Quantas horas você trabalha por dia: _____

Quantos anos completos você estudou: _____

De forma geral sua saúde está: () Excelente () Muito boa () Boa

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação a pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana NORMAL, USUAL ou HABITUAL. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação! Para responder as questões lembre-se que: • atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal • atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal. Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:

1a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar BASTANTE ou aumentem MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

() dias por SEMANA () Nenhum

1b. Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanta tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar,

dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumentem moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NAO INCLUA CAMINHADA)
() dias por SEMANA () Nenhum

2b. Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos quanta tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?
horas: _____ Minutos: _____

3a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?
() dias por SEMANA () Nenhum

3b. Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos quanta tempo no total você gasta caminhando par dia?
horas: _____ Minutos: _____

4a. Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo ligação de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.
Quanto tempo **por dia** você fica sentado em um dia da semana?
horas: _____ Minutos: _____

4b. Quanto tempo por dia você fica sentado no final de semana?
horas: _____ Minutos: _____

15. APÊNDICES

Apêndice A. Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE BUCAL E FATORES ASSOCIADOS EM UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL	
Pesquisador: Marluce de Oliveira Muhi	
Área Temática:	
Versão: 4	
CAAE: 97924118.0.0000.5342	
Instituição Proponente: Universidade de Passo Fundo/Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
DADOS DO PARECER	
Número do Parecer: 2.990.088	
Apresentação do Projeto: O projeto foi apresentado na íntegra pelos pesquisadores.	
Objetivo da Pesquisa: Avaliar quais fatores sociodemográficos estão associados com atividade física; Avaliar se as condições de saúde bucal interferem no nível de atividade física; Avaliar se o nível de atividade física está associado às doenças crônicas não transmissíveis.	
Avaliação dos Riscos e Benefícios: Riscos: Os exames ou questionários, podem gerar desconforto ao respondente. Benefícios: Em caso de haver algum diagnóstico alterado em dentes ou em tecidos moles, será comunicado ao entrevistado. Da mesma maneira, os respondentes da pesquisa com diagnóstico de pouca de atividade física, serão orientados a buscar uma orientação com profissionais habilitados.	
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população mundial constituem-se numa nova realidade demográfica que deve ser acompanhada por qualidade de vida. Conhecer as características e transformações que ocorrem no processo de envelhecer torna-se cada vez mais importante, em particular investigar o impacto da saúde geral relacionadas a outras enfermidades. A atividade física é um fator determinante, podendo diminuir a mortalidade, melhorar as condições de saúde e a capacidade funcional nessa faixa etária, atuando como um preventivo.	
Endereço: BR 285 - Km 292 - Campus I - Centro Administrativo Cidade: Divisão de Pesquisas / São José CEP: 99.052-000 UF: RS Município: PASSO FUNDO Telefone: (54)3315-8157 E-mail: cep@upf.br	

Página 11 de 12

Contribuição do Parecer: 2.950.088

valeroso no ganho de qualidade de vida. Objetivo: Avaliar o nível de atividade física e fatores associados em uma população idosa, em cidade do Sul do Brasil. Método: Estudo observacional transversal de base domiciliar, que terá como população alvo indivíduos na faixa etária igual ou superior a 60 anos, em domicílios residenciais da cidade de Veranópolis (RS). Para avaliação da atividade física será aplicado o IPAQ versão longa, adaptado para idosos, além de um questionário estruturado que incluirá dados demográficos, condição socioeconômica, estado mental, hábitos de higiene bucal, comportamento de saúde geral, histórico de saúde, aparência dos dentes, halitose, histórico de implantes, qualidade de vida relacionada à saúde bucal e classificar os idosos em portadores ou não de DTM. Estudos relacionando atividade física e fatores associados são significativos, pois podem caracterizar fatores determinantes para um envelhecimento bem-sucedido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no TCLE. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos do pesquisador e das instituições estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

Recomendações:

Após o término da pesquisa, o CEP UFF solicita:

- a) A devolução dos resultados do estudo aos sujeitos da pesquisa ou a instituição que forneceu os dados;
- b) Enviar o relatório final da pesquisa, pela plataforma, utilizando a opção, no final da página, "Enviar Notificação" + relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO - 1211675.pdf	08/10/2018 22:00:00		Aceito

Endereço: BR 285 - Km 282 - Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.052-000
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (51)3315-6157 E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 2.985.088

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.docx	07/10/2018 10:01:47	Martuce de Oliveira Muti	Aceto
Outros	Declaração2.pdf	06/09/2018 20:13:41	Martuce de Oliveira Muti	Aceto
Folha de Rosto	tituladerostocomite.pdf	06/09/2018 13:49:43	Martuce de Oliveira Muti	Aceto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Veranopolis_Comitêdoetica_MartuceMuti_.pdf	31/08/2018 13:36:45	Martuce de Oliveira Muti	Aceto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PASSO FUNDO, 30 de Outubro de 2018

Assinado por:
Felipe Cittolin Abal
(Coordenador(a))

Endereço: BR 285 - Km 290 Campus 1 - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 98.052-900
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (51)3316-8157 E-mail: pro@ufpf.br

Página 13 de 13

Apêndice B. Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
MESTRADO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (o) Senhor (a):

A Faculdade de Odontologia e o Mestrado em Envelhecimento Humano da UPF estão realizando uma pesquisa sobre a Saúde Bucal, qualidade de vida relacionada à saúde bucal, estado nutricional, disfunção temporomandibular (DTM) e atividade física em indivíduos na faixa etária igual ou superior a 60 anos da cidade de Veranópolis/RS.

Nesta investigação, será realizada uma entrevista e um exame clínico, que inclui perdas dentárias, uso e necessidade de prótese, avaliação do estado nutricional e avaliação da atividade física da vida diária. O exame clínico será somente visual, sem o uso de instrumentos odontológicos. Por ser um exame visual, este procedimento não apresenta riscos, nem desconforto físico. No caso do diagnóstico de alguma alteração visível em dentes ou em tecidos moles, está será comunicada ao entrevistado. As informações fornecidas aos pesquisadores não serão reveladas, nem o seu nome, mas os resultados da pesquisa ajudarão nas ações de planejamento de serviços de saúde e de educação em saúde. Sendo assim, a sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a entrevista, é muito importante. Esclarecemos que a sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que o Sr. (a) julgue necessárias. O Sr. (a), não será prejudicado (a) de forma alguma, caso sua vontade seja de não colaborar.

Se quiser mais informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para Marluce de Oliveira Muhl (54 999761337) ou para o Prof. Dr. Paulo R. G. Colussi (54 3316 8402/ 54 99833768) ou para a Prof^a Eliane Lucia Colussi (54 3316 8384/ 54 99654897).

Esperamos contar com o seu apoio, e desde já agradecemos.

Atenciosamente,

A coordenação da pesquisa.

Autorização

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “Atividade Física e fatores associados em indivíduos na faixa de 60 anos ou mais da cidade de Veranópolis/RS, autorizo a realização da pesquisa.

Em ___ de _____ de _____.

Assinatura: _____

Observação: O presente documento, em conformidade com o Código de Ética Odontológica Seção III ART. 34 e Capítulo XIV Art. 35, será assinado em duas via de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com o responsável pela pesquisa.

**Autopercepção de Estética Dental e Fatores Associados em Idosos de Uma Cidade
do Sul do Brasil: Um Estudo Transversal**

Diandra Genoveva Sachetti*

Thaís Carleso Trevizan**

Fernanda Pretto Zatt***

Koriandher Dezingrini****

Paulo Roberto Grafitti Colussi*****

*Acadêmica de Odontologia da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

** Acadêmica de Odontologia da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

*** Acadêmica de Odontologia da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

**** Acadêmica de Odontologia da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

***** Doutor em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professor

Adjunto da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

Resumo - Introdução: O interesse por estética no campo Odontológico cresce não somente entre Cirurgiões-Dentistas, mas também entre pacientes. Mais recentemente, tem-se observado o aumento da demanda por estética entre idosos, portanto é necessário investigar quais as reais aspirações em relação à aparência nesse grupo etário. **Objetivo:** O presente estudo avaliou a autopercepção de estética dental e fatores associados em uma cidade do sul do Brasil. **Metodologia:** Estudo observacional transversal de base domiciliar com amostra probabilística por conglomerado foi realizado em 282 idosos com 60 anos ou mais residentes na cidade de Veranópolis/RS. Exames clínicos de saúde bucal e questionário estruturado foram aplicados. Preocupação com aparência dos dentes foi obtida através de questionário validado para a população brasileira e categorizado em: aparência preocupa e aparência não preocupa. Associações foram avaliadas pelos testes de qui-quadrado ou Mann-Whitney, por intermédio da distribuição de frequências. Análises uni- e multivariadas foram realizadas, utilizando-se regressão logística para verificar associações. **Resultados:** Preocupação com aparência foi observada em 13,5% (n=38) dos idosos. No modelo multivariado final, permaneceram associados à preocupação com a aparência dental, o gênero e a idade. Idosas do sexo feminino tiveram 2,775 (intervalo de confiança 95%, IC95%: 1,092-7,052) maior Razão de Chance (RC) para a preocupação com aparência dental quando comparadas com idosos do sexo masculino. **Conclusão:** Ser idoso com 70 anos ou mais esteve associado com menor preocupação com a aparência dental quando comparados com idosos com menos de 70 anos. Idosos com 70 anos ou mais tiveram 55,4% (p=0,034) menores chances de preocuparem-se com a aparência dental. No entanto, o uso e a necessidade de prótese dentária não estiveram associados com essa preocupação.

Palavras-chave: Estética Dentária, Autoimagem, Envelhecimento.

Introdução: O Brasil passa por uma transição demográfica, o que implica em um aumento da população com mais de 60 anos. A partir disso, também cresce a demanda por assistência e atenção à saúde desse grupo etário. Mais recentemente, tem-se observado nessa população não apenas preocupação com a saúde bucal, mas também preocupações com a sua aparência estética. Isso pode ser observado, inclusive em comerciais de televisão, onde as questões estéticas são abordadas como uma prioridade dessa faixa etária. Então, conhecer, através de pesquisas científicas, as verdadeiras aspirações e expectativas dos idosos com relação à estética bucal torna-se relevante.

A busca pela beleza não é uma preocupação característica apenas das sociedades modernas, ao longo do tempo o belo tem sido retratado de diferentes formas, de acordo com a época, podendo ser observado na literatura, arquitetura, ciência e na arte de forma geral¹. O sorriso é um importante componente da estética facial, e assim o anseio por um sorriso harmônico pode repercutir na prática odontológica² como, por exemplo, em reabilitações mais estéticas ou na busca de tratamentos como a harmonização orofacial.

Poucos estudos epidemiológicos têm abordado a relação entre o envelhecimento humano e as preocupações com a aparência bucal. No entanto, existe uma tendência natural da população idosa atual em usufruir mais a vida e, portanto, as questões

relacionadas à aparência, bem como a estética dental, têm-se tornado um fator importante para essa população. Desta forma, estudos epidemiológicos abordando autopercepção de estética em idosos tendem a se tornar relevantes nas próximas décadas.

Materiais e Métodos: O presente estudo observacional transversal de domicílios residenciais entrevistou e examinou idosos com 60 anos mais ou mais na área urbana e rural da cidade de Veranópolis. A cidade de Veranópolis está localizada no nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, distante cerca de 160 km da capital, Porto Alegre. A cidade de Veranópolis conta com uma população de aproximadamente 22.810 habitantes³. Desses, 3.554 situam-se na faixa etária de 60 anos ou mais, sendo 42,91% do sexo masculino e 57,09% do sexo feminino. Um total de 87% da população vive na área urbana. O IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) em 2010 foi 0,75. O PIB per capita foi de R\$ 41.184,25 e o Índice de Gini em 2010 foi 0,4836². A expectativa de vida ao nascer foi de 75,24 anos e a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais foi de 2,82%⁴. O presente estudo foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Passo Fundo, parecer número: 2.990.088. Todos os idosos leram e assinaram consentimento livre e esclarecido antes de participarem do estudo.

O cálculo amostral do presente estudo foi baseado na prevalência de pobre satisfação com a aparência do sorriso em idosos de 20,69% reportada em outro estudo⁵. Ao se assumir um erro alfa de 5%, um intervalo de confiança de 95% e uma taxa de atrição de 20%, um número amostral de 282 idosos foi considerado necessário. Uma amostra

probabilística por conglomerado foi conduzida para entrevistar e examinar 282 idosos, sendo 246 na área urbana e 36 na área rural, respeitando a proporcionalidade entre zona urbana e zona rural do município. Com base no mapa da área urbana da cidade, todas as quadras foram numeradas. Um total de 82 quadras (20% do total das quadras) da área urbana foi sorteado de forma aleatória simples para participar do estudo, usando o site www.random.org. Em cada quadra sorteada, três domicílios foram visitados com pelo menos um idoso residente. Além disso, as esquinas dos bairros sorteados foram numeradas de um a quatro, e um novo sorteio foi conduzido para determinar o ponto de partida da primeira entrevista. Após a primeira entrevista, as visitas seguiram no sentido horário até a conclusão do trabalho previsto. Novos bairros foram sorteados para contemplar o número de domicílios exigidos, quando por algum motivo, as quadras sorteadas não apresentassem idosos suficientes para a pesquisa. Um total de três comunidades da área rural fez parte do estudo, sorteado aleatoriamente entre as comunidades rurais do município. Dentro de cada comunidade, 12 domicílios foram visitados com pelo menos um idoso residente. Os domicílios da zona rural envolveram os domicílios do núcleo central da comunidade e os domicílios localizados ao longo das estradas vicinais de acesso à comunidade. As áreas rurais foram: Monte Bérico, Lajeado e Nossa Senhora da Saúde.

O critério adotado para inclusão neste estudo foram indivíduos com idade de 60 anos mais, residentes nos domicílios sorteados. O presente estudo incluiu indivíduos saudáveis, definidos como indivíduos cuja condição física, médica e mental possibilitaram a realização do estudo, bem como a compreensão dos exames e entrevistas que foram conduzidas. Se durante o contato inicial, o pesquisador observar que o idoso não tinha condições de fazer parte da pesquisa, ou ainda, se o responsável

pelo idoso comunicar que o mesmo não tinha condição de participar da pesquisa, o idoso foi excluído do estudo. Se no domicílio, mais de um residente se enquadrar nos critérios de elegibilidade, estes fizeram parte do estudo. Edifícios residenciais incluíram apenas um apartamento no estudo. No caso da ausência no dia do levantamento de dados, um novo momento foi escolhido para a coleta de dados. Foram excluídas do estudo, pessoas visitantes no domicílio, Instituição de Longa Permanência (ILPI), domicílios comerciais e domicílios desabitados.

Foi aplicado um questionário estruturado que incluiu: dados sociodemográficos, comportamentais, de histórico médico e odontológico, obtidos através da utilização de blocos de perguntas do instrumento PCATool-Brasil⁶. As questões relacionadas à aparência e percepção dos dentes foram obtidas por meio de um questionário validado para o português⁷. Saúde bucal foi avaliada pela contagem de dentes e pela verificação do uso e necessidade de prótese. Os exames clínicos de contagem de dentes e da avaliação do uso e da necessidade de prótese foram realizados com o auxílio de espátula de madeira, sem o uso de iluminação artificial, sem o auxílio de espelhos bucais. A contagem dos dentes foi realizada excluindo-se os terceiros molares.

Os indivíduos foram examinados e entrevistados nos meses de dezembro de 2018 e janeiro de 2019, por duas equipes compostas por um entrevistador e um examinador de saúde bucal que foram previamente treinados pelos coordenadores do estudo para garantir a uniformidade dos dados. O treinamento consistiu de aulas teóricas sobre o assunto, discussão de todas as perguntas do questionário, bem como explicações sobre os exames de saúde bucal. Prévio ao estudo foi realizado treinamento com aplicação do

questionário e com o exame de saúde bucal em pacientes idosos em tratamento nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo (UPF). A reprodutibilidade intraexaminador e interexaminador do exame clínico de saúde bucal foi verificada em 5% dos examinados, 14 dias após o exame inicial, escolhidos por sorteio aleatório. O coeficiente Kappa para perda dentária intraexaminador e interexaminador, foi 0,89 e 0,89, respectivamente. O coeficiente Kappa para uso de prótese, intraexaminador e interexaminador, foi 1,00 e 0,935, respectivamente. O coeficiente Kappa para necessidade de prótese, intraexaminador e interexaminador, foi 1,00 e 1,00, respectivamente.

A variável dependente do presente estudo foi preocupação com aparência por meio de instrumento validado⁸. Para tanto, foi utilizada a seguinte pergunta: “Durante os últimos dois meses, o quanto a aparência dos seus dentes deixou você preocupado (a)”?. As opções de resposta foram: muito, um pouco, muito pouco, nada e não sei. A amostra foi categorizada em dois grupos, aqueles que responderam “muito pouco”, “nada” ou “não sei” para preocupação com a aparência foram incluídos no grupo que não se preocupa com a aparência. Já aqueles que responderam “muito” ou “um pouco” foram incluídos no grupo que se preocupa com a aparência. As variáveis independentes do presente estudo incluíram: gênero, idade, etnia/cor da pele, nível educacional, moradia, aposentadoria, situação conjugal, problema de saúde, exposição ao fumo e álcool, acesso ao dentista nos últimos 12 meses, frequência de escovação, uso do fio dental, uso de prótese, necessidade de prótese e edentulismo.

Idade foi categorizada em dois grupos, um com idosos com idade <70 anos e outro com idosos com idade ≥ 70 anos. Etnia/cor da pele foi categorizada como branca ou não branca. O grupo não branco incluiu os idosos que se referiram como sendo da cor negra, amarela, parda ou indígena. O nível educacional foi categorizado em escolaridade baixa, que inclui idosos com até no máximo ensino fundamental completo, incluindo os analfabetos; e escolaridade média/alta, para aqueles com ensino médio incompleto ou completo ou com ensino superior incompleto ou completo. Moradia incluiu idosos moradores da zona urbana ou rural, conforme dados e mapas fornecidos pela prefeitura municipal de Veranópolis. Aposentadoria foi categorizada em três grupos: um com idosos não aposentados, outro com idosos aposentados e um terceiro com idosos aposentados que continuam com alguma atividade laboral. Situação conjugal foi categorizada em dois grupos: um com os idosos casados e outro com idosos não casados. O grupo não casado incluiu: viúvos, solteiros ou divorciados.

Problema de saúde foi categorizado em dois grupos, um com idosos que referiram não ter problema de saúde ou que referiram não saber se tem, e outro grupo com idosos que referiram ter algum problema de saúde. Frequência de escovação foi categorizada em <2 vezes ao dia e ≥ 2 vezes ao dia. Necessidade de prótese foi categorizada em sim, para necessidade de algum tipo de prótese, e não, para os idosos sem nenhuma necessidade de prótese. Uso de prótese foi categorizado em sim, para idosos usuários de prótese, e não, para aqueles que não usuários de qualquer tipo de prótese.

A análise dos dados foi realizada com o uso do pacote estatístico SPSS 21 (SPSSInc., Chicago, Estados Unidos). Associações entre a variável dependente e independentes

foram avaliadas pelos testes de qui-quadrado ou Mann-Whitney, apresentadas por intermédio da distribuição de frequências. O nível de significância foi de 5%. Análises uni- e multivariadas foram realizadas, utilizando-se regressão logística para verificar associações. Foram incluídas no modelo multivariado apenas aquelas variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada.

Resultados: Um total de 282 idosos foi entrevistado e examinado, sendo 244 (86,5%) na zona urbana e 38 (13,5%) na zona rural, conforme descrito no fluxograma (Figura 1). A média de idade foi de 71,42 anos (DP $\pm 7,89$), dos quais 81 (28,7%) foram do sexo masculino e 201 (71,3%) do sexo feminino. Quanto à etnia/cor da pele, 252 (89,4%) se declararam brancos e 30 (10,6%) relataram ser não brancos. Em relação ao nível educacional, 208 (79,8%) apresentaram baixa escolaridade, sendo que destes, 17 (6%) se declararam analfabetos. Em torno de 53% dos idosos eram casados, enquanto aproximadamente 47% estavam divididos entre solteiros, divorciados ou viúvos. Algum tipo de problema de saúde foi observado em 248 idosos (87,9%). Foram considerados edêntulos, 137 idosos (48,6%). Além disso, 27% dos idosos necessitavam de algum tipo de reabilitação com prótese (Tabela 1). A prevalência da preocupação com a aparência dental foi de 13,5% (N=38). Apresentou associação estatisticamente significativa com preocupação com a aparência dental, a idade ($p=0,008$) e o edentulismo ($p=0,024$).

Tabela 1. Associação entre preocupação com estética dental e fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais, e histórico médico e oral medical em idosos.

Variáveis		Não preocupação com aparência dental N=244 (86.5%)	Preocupação com aparência dental N=38 (13.5%)	Valor-P
Gênero	Masculino – n (%)	75 (30.7)	6 (15.8)	0.058*
	Feminino – n (%)	169 (69.3)	32 (84.2)	
Idade	<70 – n (%)	104 (42.6)	25 (65.8)	0.008*
	≥70 – n (%)	140 (57.4)	13 (34.2)	
Etnia/Cor da pele	Branco – n (%)	220 (90.2)	32 (84.2)	0.263 α
	Não branco – n (%)	24 (9.8)	6 (15.8)	
Área que vive	Urbana – n (%)	212 (86.9)	32 (84.2)	0.653*
	Rural – n (%)	32 (13.1)	6 (15.8)	
Aposentadoria	Não aposentado – n (%)	30 (12.3)	3 (7.9)	0.216*
	Aposentado – n (%)	161 (66.0)	22 (57.9)	
	Aposentado e trabalhando – n (%)	53 (21.7)	13 (34.2)	
Situação conjugal	Casado – n (%)	128 (52.5)	22 (57.9)	0.532*
	Não casado – n (%)	116 (47.5)	16 (42.1)	
Problema de saúde	Sim – n (%)	217 (88.9)	31 (81.6)	0.195*
	Não – n (%)	27 (11.1)	7 (18.4)	
Exposição ao fumo	Fumantes – n (%)	17 (7.0)	3 (7.9)	0.676*
	Ex-fumantes – n (%)	61 (25.0)	7 (18.4)	
	Não fumantes – n (%)	166 (68.0)	28 (73.7)	
Exposição ao álcool	Sim– n (%)	134 (54.9)	22 (57.9)	0.731*
	Não– n (%)	110 (45.1)	16 (42.1)	
Acesso ao dentista	Sim – n (%)	117 (48.0)	14 (36.8)	0.202*
	Não– n (%)	127 (52.0)	24 (63.2)	
Frequência de escovação	<2 vezes/dia – n (%)	27 (11.1)	7 (18.4)	0.195*
	≥2 vezes/dia – n (%)	217 (88.9)	31 (81.6)	
Uso de fio dental	Sim – n (%)	68 (27.9)	11 (28.9)	0.890*
	Não– n (%)	176 (72.1)	27 (71.1)	
Necessidade de prótese	Sim – n (%)	62 (25.4)	14 (36.8)	0.140*
	Não – n (%)	182 (74.6)	24 (63.2)	
Uso de prótese	Sim – n (%)	213 (87.3)	33 (86.8)	0.938*
	Não – n (%)	31 (12.7)	5 (13.2)	
Edentulismo	Sim – n (%)	125 (51.2)	12 (31.6)	0.024*
	Não – n (%)	119 (48.8)	26 (68.4)	

Legend: *Chi-square; #Mann-Whitney; α Fisher's exact test.

No modelo multivariado final (Tabela 2), permaneceram associados à preocupação com a aparência dental, o gênero e a idade. Idosas do sexo feminino tiveram 277% maior Razão de Chance (RC) para estarem preocupadas com a aparência dental quando comparados com idosos do sexo masculino. Ser idoso com ≥ 70 anos esteve associado com menor preocupação com a aparência dental quando comparados com idosos com < 70 anos. Idosos com ≥ 70 anos tiveram 55,4% ($p=0,034$) menor Razão de Chance (RC)

para preocupação com a aparência dental. No entanto, o uso e a necessidade de prótese dentária não estiveram associados com esta preocupação.

Tabela 2. Análise multivariada da associação entre preocupação com aparência dental e variáveis independentes.

Variáveis		Razão de Chance (95% CI)	Valor-P
Gênero	Masculino	Ref.	0.032
	Feminino	2.775 (1.092 – 7.052)	
Idade	<70	Ref.	0.034
	≥70	0.446 (0.212 – 0.940)	
Edentulismo	Sim	Ref.	0.055
	Não	2.114 (0.984 – 4.542)	

Discussão: O objetivo do presente estudo foi o de avaliar a autopercepção de estética bucal em idosos de uma cidade do sul do Brasil. Foi demonstrado que idosas tiveram maior preocupação com a aparência bucal, e que, quanto mais velho o idoso menor é a sua preocupação estética. O estudo sobre a estética em idosos é importante porque a interação dos idosos com a sociedade vem aumentando, repercutindo no crescimento de suas demandas por estética ⁹. Por sua vez, a estética bucal voltada a essa faixa etária deve receber atenção porque a satisfação com a aparência dentária está frequentemente relacionada ao bem estar com a aparência geral, ao convívio social, a autoestima e a qualidade de vida. Neste sentido, a cidade de Veranópolis foi escolhida por ser pioneira e alvo de vários estudos sobre envelhecimento humano¹⁰ e, além disso, a cidade foi

recentemente reconhecida pela OMS como Cidade e Comunidades Amigáveis à Pessoa Idosa.

No presente estudo, a prevalência de preocupação com estética bucal foi de 13,5%. Isso demonstra que uma pequena parcela da população idosa encontra-se insatisfeita com a aparência de seus dentes. Os resultados de Veranópolis são próximos ao na Suécia¹¹. Neste estudo, cerca de 13% dos idosos demonstraram estar insatisfeitos com a sua aparência dental. Outros autores descreveram para indivíduos a partir de 55 anos, uma prevalência de 11% de insatisfação com o aspecto dental¹². Da mesma forma, outros autores¹¹ reportaram um resultado de insatisfação de 12.1%. Em um estudo com idosos na faixa etária acima de 65 anos¹³, observou-se um percentual de 19% de não satisfação, sendo que destes, 4% estavam muito insatisfeitos com sua aparência bucal. Importantes fatores têm sido apontados como influentes na construção e aceitação da imagem corporal, entre eles, a idade e o gênero.

No presente estudo, a idade foi associada à preocupação com estética bucal autopercibida. De fato, ser idoso com 70 anos ou mais diminuiu em 55,4% a Razão de Chance (RC) para maior preocupação. A idade não está necessariamente associada à percepção negativa da estética bucal¹⁴, mas sim a fatores cognitivos. Deve-se considerar que o processo do envelhecimento humano é geralmente acompanhado da maior suscetibilidade às doenças crônicas degenerativas. Desta forma, segundo os autores, é esperado que as questões envolvendo a saúde bucal sejam vistas como menos

importantes. Além disso, parece haver uma menor predisposição aos tratamentos odontológicos entre os mais idosos.

Da mesma forma, o gênero foi associado com maior preocupação com estética bucal. No presente estudo, as mulheres demonstraram maior preocupação com a aparência. Vários estudos demonstram que as mulheres são menos satisfeitas com o seu próprio sorriso ^{4,7}. As mulheres também expressam maior desejo por tratamentos dentais estéticos. De fato, é esperado que a preocupação com a estética esteja mais associada às mulheres. Por muito tempo, ter a aparência dentro de determinados padrões era a única possibilidade de ascensão social para as mulheres e, portanto, foram sujeitas a imposições estéticas percebidas ainda hoje¹⁵.

De outro lado, no presente estudo, questões relacionadas à saúde bucal não foram associadas com preocupação com aparência. No entanto, alguns estudos demonstram essa associação. Em um estudo que avaliou dados do Levantamento Nacional de 2003, os autores ⁴ reportaram que a pior autopercepção com a estética bucal foi maior entre os idosos que precisavam de reabilitação oral parcial ou completa. Com relação a isso, dados do último Levantamento Nacional demonstram que 68,7% dos idosos necessitavam de reabilitação com algum tipo de prótese¹⁶. No entanto, no presente estudo, a prevalência de necessidade de prótese foi de 27%. Essa prevalência menor de necessidade de reabilitação pode justificar a baixa preocupação com aparência estética, visto que muitos idosos consideram essas reabilitações suficientes, principalmente na arcada superior.

Da mesma forma, fatores socioeconômicos não foram associados à preocupação com aparência. No presente estudo, o nível educacional não apresentou associação com estética, ao contrário do estudo conduzido em 2016¹⁷, onde os maiores níveis educacionais foram associados à maior satisfação com estética dental. Os autores sugerem que a formação acadêmica relaciona-se a maior autoestima e, portanto, maior contentamento com a própria aparência. Além disso, um maior nível educacional está associado com maior poder aquisitivo, o que resulta em mais recursos para investimentos em tratamentos estéticos, quando necessários.

Este estudo buscou ser representativo dos estratos socioeconômicos na cidade de Veranópolis, RS, Brasil. Por isso, um estudo com amostra probabilística por conglomerado foi conduzido. Neste sentido, a proporcionalidade entre zona urbana e rural foi observada, da mesma forma, o nível educacional nos idosos participantes foi semelhante ao observado no último censo nacional para essa cidade. Além disso, os examinadores foram treinados e calibrados para coleta dos dados, o que aumenta a validade interna do mesmo. Por outro lado, esse estudo apresenta algumas limitações: o desenho transversal, que não permite avaliar a temporalidade das associações entre a preocupação com a aparência dental e as variáveis exploratórias. Além disso, não foi avaliada a qualidade das reabilitações protéticas em relação à sua aparência. Apesar das limitações, o delineamento do estudo permite a generalização de dados para comparações com outros estudos de base domiciliar com amostra representativa.

A baixa prevalência de preocupação com estética bucal no presente estudo pode ser justificada pelo processo de aceitação com a aparência que parece ocorrer à medida que se envelhece. No entanto, devem-se considerar cada vez mais os investimentos na própria aparência para a manutenção do envelhecimento bem sucedido¹⁸. Assim, a relação entre envelhecimento humano e estética tende a aumentar nos próximos anos, o que justifica estudos epidemiológicos sobre a temática e o desenvolvimento de instrumentos de avaliação ¹⁹ adequados à essa faixa etária. A presença dos idosos no mercado de trabalho, a maior interação social e o uso de mídias sociais podem ser fatores envolvidos nesse processo.

Conclusão: A preocupação com aparência dental foi observada em 13,5% (n=38) dos idosos. No modelo multivariado final, permaneceram associados à preocupação com a aparência dental, o gênero e a idade.

Referências:

1. Giuriato, JB. Estética em odontologia: percepções de acadêmicos de odontologia e pacientes. 2014. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
2. Ribeiro, ACS.; Meier, NL.; Piz, ECG. Análise do impacto da autopercepção estética dental na qualidade de vida dos idosos. [artigo científico] Disponível em: <<http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/view/1508/1566>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo Demográfico 2010: Características da população e domicílios – resultados gerais. Rio de Janeiro, Brasil, 2011.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo Demográfico 2010: Características da população e domicílios – resultados gerais. Rio de Janeiro, Brasil, 2011.
5. Fundação de Economia e Estatística (FEE). Perfil Socioeconômico do RS, 2010. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/municipios/detalhe/?municipio=Veran%F3polis>>. Acesso em: 01 dez. 2017.
6. Vilela EA, Martins AMEBL, Barreto SM, Vargas AMD, FERREIRA RC. Association between self-rated oral appearance and the need for dental prostheses among elderly Brazilians. *Braz. oral res*, 2013, 27 (3):203-210.
7. Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil. Brasília, Brasil, 2010.
8. Furtado, GES, Sousa MLR, Barbosa, TS. Perceptions of dental fluorosis and evaluation of agreement between parents and children: validation of a questionnaire. *Cad Saúde Pública*, 2012, 28, (8):1493-1505.
9. Wulfman C, Du Montcel ST, Jonas P, Fattouh J, Rignon-Bret C. Aesthetic demand of French seniors: a large-scale study. *J Gerontol*, 2010, 27, (4) 266-271.
10. Da Cruz BM., Almeida MSC, Schwanke CHA, Moriguchi E. H. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. *Rev Assoc Med Bras*, 2004, 50 (2): 172-177.
11. Stenman, U, Ahlqwist M, Björkelund C, Hakeberg M. Oral health-related quality of life--associations with oral health and conditions in Swedish 70-year-old individuals. *Gerodontology*, 2012, 29(2):440-446.
12. Lajnert V, Pavičić DK, Gržić R, Simonić-Kocijan S. Influences of age and maxillary anterior teeth status on patient's satisfaction with dental appearance and tooth colour. *Gerodontology*, 2012, 29(2): 674-676.
13. Alkhatib N, Holt R, Bed R. Age and perception of dental appearance and tooth colour. *Gerodontology*, 2005, 22 (5): 32-36.
14. Meng X. Satisfaction with dental appearance among diverse groups of dentate adults. *J Aging Health*, 2007,19(5): 778- 791.

15. Macia E. The paradox of impossible beauty: body changes and beauty practices in aging women. *J Women Aging*, 2015, 27, (2):174-187.
16. Azevedo JS.; Needs for dental prostheses and their use in elderly Brazilians according to the National Oral Health Survey (SB Brazil 2010): prevalence rates and associated factors. *Cad Saúde Pública*, 2017, 33(8): 155-172.
17. Strajnić, L.; Bulatović, D.; Stančić, I.; Živković, R. Self-perception and satisfaction with dental appearance and aesthetics with respect to patients' age, gender, and level of education. *Srp Arh Celok Lek*, 2017, 114(12): 580-589.
18. Nitschke, I., Muller, F. The impact of oral health on the quality of life in the elderly. *Oral Health Prev Dent*, 2012, 2(1): 271-275.
19. Lajnert, V.; Kavacevic, P. D.; Pavlic, A.; Pokrajac-Bulian, A.; Spalj, S. Smile Aesthetics Satisfaction Scale: development and validation of a new brief five-item measure of satisfaction with smile aesthetics in adults and the elderly. *Int Dent J*, 2018, 68, (3): 162-170.