



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS AVANÇADO GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA



HÁBITOS DELETÉRIOS, FATORES ASSOCIADOS E IMPACTO PSICOSSOCIAL ESTÉTICO EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS: RESULTADOS DE UM LEVANTAMENTO *ONLINE*

João Francisco Torres Piski

2019

ufjf | CAMPUS GV

JOÃO FRANCISCO TORRES PISKI

**HÁBITOS DELETÉRIOS, FATORES ASSOCIADOS E IMPACTO
PSICOSSOCIAL ESTÉTICO EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS:
RESULTADOS DE UM LEVANTAMENTO *ONLINE***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Profa. Dra. Mabel Miluska Suca Salas

Governador Valadares

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Torres Piski, João Francisco .

Hábitos deletérios, fatores associados e aspecto psicossocial estético em jovens universitários: Resultados de um levantamento online / João Francisco Torres Piski. -- 2019.

107 p.

Orientadora: Mabel Miluska Suca Salas

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2019.

1. Hábitos deletérios. 2. Adulto jovem. 3. Impacto psicossocial . 4. Satisfação estética. 5. Levantamento online. I. Miluska Suca Salas, Mabel, orient. II. Título.

JOÃO FRANCISCO TORRES PISKI

**HÁBITOS DELETÉRIOS, FATORES ASSOCIADOS E IMPACTO
PSICOSSOCIAL ESTÉTICO EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS:
RESULTADOS DE UM LEVANTAMENTO *ONLINE***

Aprovada em 04 de Julho de 2019, por:

Banca Examinadora



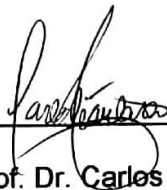
Profa. Dra. Mabel Mluska Suca Salas

Orientadora – UFJF/GV



Profa. Dra. Valéria De Oliveira

Examinadora – UFJF/GV



Prof. Dr. Carlos Eduardo Pinto Alcântara

Examinador – UFJF/GV

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho primeiramente a minha filha Helena, que mesmo chegando com ele em andamento foi o meu maior guia e motivação. Aos meus pais, Graça e Joca, por me darem todo o suporte necessário e apoio nos momentos difíceis, e meu irmão Dudu pelo incentivo e amizade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a orientadora Profa. Dra. Mabel, pelos textos traduzidos, orientação, organização, paciência, e grande desprendimento em ajudar. Agradeço a minha dupla de clínica Antônio, por toda ajuda e companheirismo. E a todos os meus amigos que de alguma forma me ajudaram a buscar o melhor.

“Faça o teu melhor, na condição que você tem, enquanto você não tem condições melhores, para fazer melhor ainda.”

(MARIO SÉRGIO CORTELLA)

RESUMO

Hábitos nocivos à saúde bucal estão associados a doenças e agravos à saúde geral e bucal, observando-se aumento na sua prevalência em jovens. O objetivo do estudo foi determinar a prevalência de hábitos deletérios e a sua associação com fatores sociodemográficos e agravos à saúde bucal auto referidos de jovens universitários. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e realizada com jovens universitários entre 18 e 35 anos matriculados na universidade. A coleta de dados incluiu a aplicação de um questionário *online* elaborado com base na literatura com dados socioeconômicos, demográficos, hábitos como tabagismo, consumo de álcool, dieta, atividade física e agravos à saúde bucal. Participaram do estudo 225 estudantes de seis cursos de saúde. A maioria dos universitários foram mulheres (76,4%), entre 18 e 25 anos (89,7%), de cor de pele branca (44,9%) e parda (41,8%), com renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos (71,1%), que moram em repúblicas ou residências com amigos (43,1%). A prevalência de consumo de álcool entre os jovens foi de 73,3%. A maioria (60,5%) relatou beber menos de 4 vezes por mês, 12,9% 2 ou mais vezes por semana, 63% relataram consumir, 6 ou mais doses de álcool. Entre os universitários atualmente 14,7% fumam, menos que diário (78,8%), menos de 1 cigarro de palha (83,8%). A insatisfação com a aparência dentária foi de 61,8%. Os jovens relataram experiência de cárie(71,6%), traumatismo(24,0%), sangramento gengival(18,2%), apinhamento (35,1%), *overjet* alterado(21,3%), mordida aberta(20,0%) e dor dentária (40,0%). Os estudantes praticam alguma atividade física (48,0%), 86,2% relataram ter mudado de dieta após ingressarem à universidade e 84,9% dos estudantes mudariam de hábitos alimentares por saúde (75,6%). A maioria consome no mínimo 3 vezes por semana *fast food* (72,9%), comida industrializada (50,2%), refrigerantes (46,2%), guloseimas (51,1%), bolachas (49,8%) e salgadinhos (53,8%). A análise multivariada mostrou que o consumo de álcool esteve associado à idade de 21 e 25 anos (RP 1.23 IC95%[1.03: 1.46]) e 26 a 30 anos (RP 1.34 IC95%[1.08:1.67]), ao fumo (RP 1.37 IC95%[1.20:1.57]), a receber auxílio (RP 1.18 IC95%[1.02:1.37]) e a morar em repúblicas ou compartilhadas com amigos (RP 1.22 IC95%[1.03: 1.44]). A insatisfação com a aparência dentária esteve associada à percepção de traumatismo (RP 1.33 IC95% [1.10:1.60]), apinhamento (RP1.26 IC95%[1.06:1.49]), baixa autoconfiança dentária (RP2.74 IC95%[1.84:4.08]) e

média (RP 2.84 IC95% [1.96:4.10]), satisfação com a cor dental (RP0.70 IC95%[0.56:0.88]) e aparência facial (RP0.80 IC95%[0.67:0.96]). A análise multivariada indicou que o desejo de mudar de hábitos alimentares diminui com o alto consumo de frutas naturais (RP 0.76 IC95% [0.64:0.90]); verduras e vegetais de 6 ou mais vezes por semana (RP 0.86 IC95% (0.76:0.97)) e a satisfação com a cor dentaria (RP 0.85 95% (0.77:0.94)). Nos universitários, a prevalência de consumo de álcool, de comidas industrializadas e a insatisfação com a aparência dentaria foram altos e estiveram associados a fatores sociodemográficos e comportamentais.

Palavras-chave: Hábitos deletérios, adulto Jovem, fatores associados, impacto psicossocial, satisfação estética, levantamento on-line.

ABSTRACT

Deleterious habits to oral health are associated with diseases and injuries affecting general and oral health, increasing the prevalence among youngsters. The objective of the study was to determine the prevalence of deleterious habits and their association with socio-demographic factors and self-reported oral health problems among university students. The study was approved by the ethics committee and conducted with university students between 18 and 35 years of age enrolled in the university. Data collection included the application of an online questionnaire based on the literature with socioeconomic, demographic data, habits such as smoking, alcohol consumption, diet, physical activity and oral health problems. Twenty-five students from six health courses participated in the study. Most of the university students were women (76.4%), 18-25 (89.7%), white (44.9%) and brown (41.8%), with a family income of 1 and 5 minimum wages (71.1%), living in republics or with friends (43.1%). The prevalence of alcohol consumption among the youngsters was 73.3%. Most of them (60.5%) reported drinking less than 4 times a month, 12.9% 2 or more times per week, 63% reported consuming, 6 or more doses of alcohol. Among the students, 14.7% currently smoke, less than daily (78.8%) and less than 1 cigar (83.8%). The dissatisfaction with the dental appearance was 61.8%. The young people reported experience of caries (71.6%), trauma (24.0%), gingival bleeding (18.2%), crowding (35.1%), altered overjet (21.3%), open bite (20%) and dental pain (40.0%). Students had some physical activity (48.0%), 86.2% reported having changed their diet after admission to university and 84.9% of students food habits for health (75.6%). Most consume at least 3 times a week fast food (72.9%), processed food (50.2%), soft drinks (46.2%), candies (51.1%), cookies (49.8%), and fries (53.8%). The multivariate analysis showed that alcohol consumption was associated with the age of 21 and 25 years (RP 1.23 95% CI [1.03: 1.46]) and 26 to 30 years (RP 1.34 CI 95% [1.08 : 1.67]), to smoke (RP 1.37 IC95% [1.20: 1.57]), to receive help (RP 1.18 IC95% [1.02: 1.37]) and to live in republics or shared with friends (RP 1.22 IC95% [1.03: 1.44]). Dental dissatisfaction was associated with perceived trauma (PR 1.33 95% CI 1.10: 1.60), crowding (RP1.26 95% CI [1.06: 1.49]), low dental self-confidence (RP2.74 CI 95% [1.84: Satisfaction with dental color (RP0.70 IC95% [0.56: 0.88]) and facial appearance (RP0.80 IC95% [0.67:

0.96]). Multivariate analysis indicated that the desire to change eating habits decreased with the high consumption of natural fruits (RP 0.76 95% CI 0.64: 0.90); (0.76: 0.97) and satisfaction with tooth color (PR 0.85 95% (0.77: 0.94). In the university students, the prevalence of the consumption of alcohol, industrialized foods and dissatisfaction with the dental appearance were high and were associated with sociodemographic and behavioral factors.

Keywords: Deleterious habits, young adult, associated factors, psychosocial impact, aesthetic satisfaction, online survey.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
GYTS	<i>Smoking Consequences Questionnaire-Adult and the Global Youth Tobacco Survey</i>
RP	Razão de prevalência
IC	Intervalo de confiança
SM	Salário mínimo
PIDAQ	Índice de impacto psicossocial da estética dentária

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Tabela 1– Características sócio demográficas, biológicas e comportamentais de um grupo de universitários, Governador Valadares, Brasil (n=225).	19
Tabela 2	Tabela 2- Associação entre consumo de álcool e fatores sociodemográficos, comportamentais e saúde bucal de universitários, Governador Valadares, Brasil, 2018.	24
Tabela 3	Tabela 3 - Razão de Prevalência (RP) bruta (c) e ajustada (a) para o consumo de álcool dos universitários de acordo a fatores sociodemográficos, comportamentais e psicológicos, Governador Valadares, MG, Brasil. 2018.	25
Tabela 4	Tabela 1– Características sócio demográficas, biológicas e comportamentais de um grupo de universitários de cursos da área da saúde, Governador Valadares, Brasil (n=225).	40
Tabela 5	Tabela 2 - Associação entre a insatisfação com a aparência dentária e fatores sociodemográficos, comportamentais e psicoafetivos em universitários, Governador Valadares, Brasil, 2018.	42
Tabela 6	Tabela 3 - Razão de Prevalência (RP) bruta (c) e ajustada (a) para insatisfação com a aparência dentária de universitários de acordo a fatores sociodemográficos, comportamentais e psicológicos. Governador Valadares, MG, Brasil. 2018.	45
Tabela 7	Tabela 1 - Características sócio demográficas, biológicas e comportamentais de um grupo de universitários, Governador Valadares, MG, Brasil. 2018 (n=118).	50
Tabela 8	Tabela 2 - Associação entre desejo de mudança de dieta e fatores sociodemográfico e comportamental de universitários, Governador Valadares, MG, Brasil, 2018.	54

Tabela 9	Tabela 3 - Razão de Prevalência (RP) bruta (c) e ajustada (a) do desejo de mudar de dieta dos universitários segundo fatores sociodemográficos, comportamentais e psicológicos. Governador Valadares, MG, Brasil. 2018.	58
----------	---	----

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	01
2.	METODOLOGIA.....	04
3.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	06
4.	CONCLUSÃO.....	60
	REFERÊNCIAS.....	61
	ANEXOS.....	72

1 INTRODUÇÃO

Hábitos Deletérios incluem um grupo de condições que influenciam negativamente na saúde do indivíduo como tabagismo, consumo de álcool, dieta inadequada e insuficiente atividade física. O início do tabagismo e o consumo de álcool começam de forma precoce em indivíduos jovens (1). Entre os jovens o início do consumo de álcool parece ser fator importante de interação social entre os adolescentes e jovens em vários países.

Na Austrália 15% dos jovens consomem álcool em excesso e dois terços deles relataram ser bebedores recentes (2). Na Inglaterra, o uso de tabagismo foi associado ao etilismo e uso de drogas em adolescentes mostrando que 12% consumiram álcool e 8% tinham fumado na última semana e 6% consumiram drogas no último mês (3). Em jovens as consequências adversas do excesso de bebida incluem efeitos fisiológicos agudos do consumo excessivo de álcool como blackouts, ressacas e efeitos comportamentais que incluem violência, insegurança ou atos sexuais (2). O consumo excessivo e frequente de álcool está associado à dependência do álcool futura, altas doses de uso de tabaco e inclusive futuro comportamento antissocial (2). O consumo pesado de álcool tem sido associado a perda de dentes (4), acúmulo de placa, inflamação gengival (5), periodontite (6) e alta prevalência de cárie (5, 7, 8) comparados aos não bebedores. Apesar do tabagismo estar diminuindo no mundo, existe a persistência e aumento de consumo de tabaco entre pessoas jovens, de até 32,2% em jovens entre 17 e 29 anos (1). No Brasil, dados provenientes do Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis realizado em 2003-2004, tem indicado que a proporção de jovens entre 15 e 24 anos de idade fumantes variou entre 6,85% e 24,1% sendo que os fumantes de 25 anos a mais representam entre 14,1% e 25,6% da população.

O tabagismo é fator de risco para doenças que comprometem a saúde geral e desordens orais (9). Estudos transversais (10-19) e longitudinais de 3 a 10 anos (20-23) têm encontrado associação entre tabagismo e maior frequência de cárie dentária em indivíduos entre 17 e 40 anos. A severidade de cárie tem sido associada ao tempo de fumo maior a 3 anos (24) e maior número de cigarros

consumidos por dia de mais de 15 cigarros por dia (11, 18). Os fumantes podem ter diferentes hábitos de vida que modificam ainda mais a saúde oral, como reduzidas visitas ao dentista; mudanças alimentares, pobre consumo de verduras(15, 25, 26), maior afinidade a produtos com elevado teor de açúcar e ao álcool, alto consumo de refrigerantes e snacks; ou práticas de higiene deficientes como a escovação dentária e uso de fio dental (27). Os fumantes tendem a sentir mais a boca seca quando comparados aos não-fumantes, que pode estar relacionado com a maior frequência de consumo de refrigerantes entre os fumantes (28), assim como a maior tendência ao consumo de alimentos ricos em açúcar (11). Por outro lado, a incorporação intencional de açúcares (como, glicose, frutose, açúcar invertido e sacarose) e adoçantes durante o processo de fabricação do tabaco (4-13%) poderia contribuir para a presença de cárie (14, 29). Tem sido sugerido que os fumantes têm alterações na percepção do gosto, o qual teria um impacto sobre o consumo de alimentos (15).

Mudanças de comportamento observados entre os jovens, relacionadas a hábitos deletérios podem produzir mudanças no padrão de vida e de saúde que podem se estender na vida adulta. Hábitos alimentares podem ser alterados significativamente durante a adolescência, o fumo e consumo de álcool podem estar sendo introduzidos precocemente na vida dos jovens a partir de uma pressão de interação social. Estes comportamentos põem em risco à saúde geral e bucal das pessoas de forma precoce. Dessa forma, a realização de levantamentos epidemiológicos colabora com a informação base para a formulação de estratégias de intervenção, que possam promover, prevenir e/ou controlar a ocorrência de hábitos deletérios.

1.1 Objetivo Geral

- Determinar a prevalência de hábitos deletérios e a sua correlação com problemas de saúde bucal auto referida de universitários

1.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência dos hábitos deletérios em adultos universitários
- Determinar a mudança de hábitos alimentares nos jovens
- Analisar o nível de atividade física nos universitários
- Investigar a prevalência de alguns agravos à saúde bucal (cárie, doença periodontal, má -oclusão) auto referidos
- Avaliar as possíveis associações entre tabagismo e consumo de álcool e as suas implicações na saúde bucal.
- Determinar a satisfação com a estética dentaria e os fatores associados nos universitários.

2 METODOLOGIA

O presente estudo projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (Anexo 1). O estudo foi realizado na cidade de Governador Valadares, localizada no estado de Minas Gerais, na região sudeste do país, a uma distância de 320km da capital do estado, Belo Horizonte. Em 2010, a cidade possuía uma população de 263.689 e uma estimativa para 2016 de 279.665 habitantes (30).

A amostragem foi de conveniência. Para realizar o cálculo do tamanho da amostra foi usado o programa Epi Info 6.0 e os seguintes parâmetros: prevalência estimada do consumo de álcool de 78,6% (BRASIL, 2006), da insatisfação estética dentária de 57,5% (SITI et. al., 2005), erro aceitável de 3 pontos percentuais, e nível de confiança de 95%, requerendo 243 jovens. Houve acréscimo de 10% para eventuais perdas e recusas e efeito de delineamento amostral, 10% controle de fatores de confusão, (deff) estimado em 2,0 totalizando a amostra necessária de 291. A população alvo esteve formada por adultos universitários maiores de 18 anos regularmente matriculados na universidade. Os universitários que apresentaram alguma incapacidade para responder aos questionários e que não concordem com o TCLE, foram excluídos.

A coleta de dados incluiu a aplicação de um questionário aos universitários via e-mail. O questionário foi baseado na literatura e incluiu dados socioeconômicos, demográficos, de acesso e utilização de serviços odontológicos, hábitos como tabagismo, consumo de álcool, dieta e higiene bucal, atividade física, interação social, satisfação estética, o impacto psicossocial e questões auto referidas sobre agravos bucais. Para avaliar consumo de álcool foi usado o teste de identificação de desordens de uso de álcool recomendado pela OMS (Alcohol Use Disorders Identification Test -AUDIT). O hábito de fumo foi medido usando o índice de Smoking Consequences Questionnaire-Adult and the Global Youth Tobacco Survey (GYTS), recomendado e desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A interação social e psicológica da saúde bucal foi avaliada a partir de algumas questões do PIDAQ. O treinamento teórico-prático do questionário foi de aproximadamente 10 horas. Na primeira etapa, o questionário foi lido e todas as dúvidas elucidadas.

Na sequência, um entrevistador aplicou o questionário em 15 jovens, com faixa etária similar aos do estudo. As perguntas foram adaptadas se identificados problemas de entendimento do questionário por parte dos entrevistados, ou naquelas questões em que não houvesse opções a serem assinaladas. O presente levantamento usou ferramentas online de uso livre para confecção dos questionários.

As questões foram incluídas nos formulários para as entrevistas online e foi previamente testado em 10 jovens para avaliar possíveis problemas e facilidade de preenchimento. Previamente, foi solicitado à gerência de graduação os e-mails dos estudantes do campus de Governador Valadares da UFJF e foi enviado um convite via e-mail com um link do questionário. A primeira pergunta do questionário apresentou o termo de consentimento e objetivo do estudo de forma breve, dando a opção de aceitar ou não participar do levantamento. Um e-mail de lembrete foi enviado após 7 dias, 15 dias, um mês e dois meses. O levantamento foi anônimo e durou aproximadamente de 10 a 15 minutos.

Os dados foram organizados em um banco de dados (Epidata 3.0) e as análises estatísticas realizadas no software STATA, versão 12.0. A análise descritiva do desfecho e variáveis independentes foi descritiva e analítica. A associação entre desfecho e exposições foi utilizando análise bivariada (testes Qui-quadrado e/ou exato de Fischer), estimando-se as razões de prevalência e seus intervalos de confiança em 95%. Para a análise multivariada, foi realizado a Regressão de Poisson. Todas as variáveis que apresentaram um valor de $p < 0,20$ na análise bruta serão incluídas na análise ajustada, obtendo-se a razão de prevalência (RP) e os intervalos de confiança de 95%. As variáveis incluídas no modelo final serão aquelas que apresentaram um valor de $p < 0,05$ em pelo menos uma de suas categorias.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Artigo 1

*Artigo 1 . Formatado de acordo com o jornal *Alcoholism Clinical & Experimental Research*

Consumo de álcool e fatores associados em jovens adultos universitários: Resultados de um levantamento on-line

Piski JFT¹, Salas MMS²

¹ Acadêmico , Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, Brasil.

² Professor Adjunto, Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, MG, Brasil.

Autor de Correspondência

Mabel Miluska Suca Salas

Programa de Graduação de odontologia Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares.

Av. Dr. Raimundo Monteiro Rezende, 330 - Centro, (Pitágoras), Code Poste 35010-173 Governador Valadares, MG- Brasil. Phone: 55-333301100

Email: mabel.salas@ufjf.edu.br

Resumo

Background. O consumo de álcool excessivo tem sido associado a diversos agravos à saúde, sendo reportado início do hábito precoce e aumento preocupante nos jovens. **Objetivo.** Determinar a prevalência de consumo de álcool e a sua associação com fatores sociodemográficos, comportamentais e psicossociais de jovens universitários. **Metodologia.** Trata-se de um estudo transversal online aprovado pelo Comitê de Ética (Parecer 2.761.946) realizado em 225 universitários da área da saúde. A coleta de dados foi através da aplicação de um questionário *online* baseado na literatura com questões sociodemográficas e comportamentais. Para avaliar o consumo de álcool foi usado o *Alcohol Use Disorders Identification Test*. A análise estatística foi bivariada (Qui-Quadrado, Fisher e/ou Tendência Linear) e multivariada usando a regressão de Poisson. Foram obtidas razões de prevalência e intervalos de confiança a 95%. **Resultados.** A maioria dos universitários foram mulheres, brancas, com renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos. O consumo de álcool foi de 73,3%. Fumam atualmente 14,7%. O consumo de álcool esteve associado à idade de 21 e 25 anos (RP 1.23 IC95%[1.03:1.46]) e 26 a 30 anos (RP 1.34 IC95%[1.08:1.67]), ao fumo (RP 1.37 IC95%[1.20:1.57]), a receber auxílio (RP 1.18 IC95%[1.02:1.37]) e a morar em residências tipo repúblicas ou compartilhadas com amigos (RP 1.22 IC95%[1.03:1.44]). **Conclusão.** Nos universitários, o consumo de álcool frequente foi alto e associado ao tabagismo e fatores sociodemográficos.

Palavras-Chave: Consumo de Álcool, Tabagismo, Adulto Jovem, fatores associados, levantamento on-line.

Introdução

O álcool é o terceiro fator de risco para doenças no mundo contribuindo com 4% da carga global de doenças (1). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que mais de 2,5 milhões de mortes a cada ano foram atribuídas ao álcool, acontecendo 9% destas em adolescentes e jovens de 15 e 29 anos (2).

Entre jovens adultos, as taxas de dependência de álcool são altas tornando-se uma preocupação global. Na Austrália 15% dos jovens consumiram álcool em excesso e dois terços relataram serem bebedores recentes (3). Na Inglaterra, o etilismo esteve associado ao tabagismo e uso de drogas em adolescentes, mostrando que 12% dos jovens consumiram álcool, 8% fumaram na última semana e 6% consumiram também drogas ilegais no último mês (4). No Brasil, dados provenientes do levantamento domiciliar sobre uso de drogas, reportaram que entre 2001 e 2005 houve um aumento de consumo de álcool de 73,2% para 78,6% nos jovens com 18 a 24 anos. Situação similar foi observada no caso de dependência de álcool, com um aumento de 15,5% para 19,2% nos jovens de 18- 24 anos (5). O consumo de álcool aumenta o risco de doenças como cirrose, pancreatite, câncer oral, acidente cardiovascular (6-9) e outros agravos a saúde geral e bucal , como câncer, cárie e doença periodontal (8, 10). Nos jovens, o consumo excessivo e frequente de álcool está associado à dependência de álcool futura, ao consumo de tabaco e a comportamentos antissociais (3). O consumo regular e/ou excessivo de álcool e outros comportamentos de risco como o tabagismo, uso de substâncias ilegais e de risco sexual surgem na adolescência e há indícios de que esses comportamentos tendem a se agrupar (11). Em jovens as consequências adversas do excesso de bebida incluem efeitos fisiológicos agudos do consumo excessivo de álcool como blackouts, ressacas e efeitos comportamentais que incluem violência, insegurança ou atos sexuais (3).

A validação de dados provenientes de estudos epidemiológicos que abordem temas delicados como drogas lícitas ou ilícitas tem sido discutida. Estudos têm pesquisado alternativas que facilitem a coleta desse tipo de dados. A tecnologia computadorizada através da web mediante ferramentas online representam uma alternativa de baixo custo(12). Estudos tem validado seu uso

como instrumento de entrevista para a coleta de dados sobre o consumo de álcool usando o índice de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), encontrando alta validade e precisão, com minimização de erros durante a coleta e facilidade de obtenção de dados de maior sigilo, como no caso de consumo de drogas (12-14). A realização de levantamentos epidemiológicos online facilita a coleta de dados que tratem sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas, e colabora com a obtenção de informação para a formulação de estratégias de intervenção, que possam promover, prevenir e/ou controlar a ocorrência de hábitos deletérios. Assim, o objetivo do estudo foi determinar a prevalência de consumo de álcool e os fatores associados em jovens universitários através de um levantamento de tipo online.

Metodologia

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP UFJF- parecer nº 2.761.946). O estudo foi realizado na cidade de Governador Valadares, localizada no estado de Minas Gerais, na região sudeste do país, a 320km de Belo Horizonte, capital do estado. Em 2010, a cidade possuía uma população de 263.689 com uma população estimada de jovens de 20 a 29 anos de 46.132(15). A população alvo esteve formada por adultos universitários maiores de idade e regularmente matriculados na universidade federal da cidade. Para realizar o cálculo do tamanho da amostra foram usados os seguintes parâmetros: prevalência estimada de consumo de álcool de 78,6% (5), erro aceitável de 3 pontos percentuais, e nível de confiança de 95%, requerendo 205 jovens. Houve acréscimo de 10% para eventuais perdas e recusas e efeito de delineamento amostral, 10% controle de fatores de confusão, (deff) estimado em 2,0 totalizando a amostra necessária de 246.

A coleta de dados incluiu a aplicação de um questionário online e convites via e-mail. O questionário foi construído baseado na literatura e incluiu informações socioeconômicas, demográficas, comportamentais de hábitos como tabagismo, consumo de álcool, de autopercepção estética e de agravos bucais. Para avaliar consumo de álcool foi usado o teste de identificação de desordens de uso de álcool (*Alcohol Use Disorders Identification Test -AUDIT*) e para tabagismo o *Smoking Consequences Questionnaire-Adult and the Global Youth Tobacco Survey (GYTS)*.

Foi feito um treinamento teórico-prático do questionário de aproximadamente 10 horas. Na primeira etapa, o questionário foi lido e todas as dúvidas elucidadas. Na sequência o entrevistador, realizou 15 entrevistas com jovens que não foram incluídos na amostra. As perguntas com maior dificuldade de entendimento foram discutidas e adaptadas. O presente levantamento usou ferramentas online do Google docs para aplicar o questionário, que foi previamente testado em 10 jovens para avaliar possíveis problemas e facilidade de preenchimento, assim como cálculo do tempo de aplicação que foi de 10 a 15 minutos. Todos os e-mails dos estudantes do campus foram solicitados oficialmente aos órgãos responsáveis e um convite via e-mail com um link do questionário foram enviados. A primeira pergunta do questionário anônimo incluiu termo de consentimento e a apresentação do objetivo do estudo. Só preencheram o questionário, os participantes que concordaram com participar. Um e-mail foi enviado após 7 dias, 15 dias, um mês e dois meses convidando os estudantes a participar. Os dados foram organizados em um banco de dados, e as análises estatísticas realizadas no software STATA, versão 12.0. A análise do desfecho e variáveis independentes foi descritiva e analítica. A associação entre desfecho e exposições foi testada utilizando análise bivariada usando o teste Qui-quadrado e/ou exato de Fischer ou tendência linear dependendo do tipo de variável. Para a análise multivariada, foi realizada a Regressão de Poisson com variância robusta usando modelo hierárquico (16). Todas as variáveis que apresentaram um valor de $p < 0,20$ na análise bruta foram incluídas na análise ajustada, obtendo-se a razão de prevalência (RP) e os intervalos de confiança de 95%. As variáveis incluídas no modelo final foram aquelas que apresentaram um valor de $p < 0,05$ em pelo menos uma de suas categorias.

Resultados

Participaram do estudo 225 estudantes de seis cursos da área da saúde incluindo medicina, odontologia, fisioterapia, nutrição, farmácia e educação física. A tabela 1 apresenta a análise descritiva das variáveis de estudo. A maioria dos universitários foram mulheres (76,4%), entre 18 e 25 anos (89,7%), com cor de pele branca (44,9%) e parda (41,8%), com renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos (71,1%), residentes em moradias tipo república ou compartilhadas com amigos (43,1%). Entre os universitários atualmente 14,7% fumam, menos que diário 78,8%

e menos de 1 cigarro de palha (83,8%) por semana (58,4%). No passado, 16,0% dos estudantes já fumaram durante um ano (40,6%) e mais de um ano (37,5%), a maioria esporadicamente (11,6%). Os motivos do início do tabagismo foram a própria vontade (54,3%) e a influência de amigos (25,7%). A prevalência de consumo de álcool de no mínimo uma vez por mês foi de 73,3%. A maioria (60,5%) bebe álcool menos de 4 vezes por mês, e 12,9% bebem álcool 2 ou mais vezes por semana. 63,0% relataram consumir 6 ou mais doses de álcool mensal ou menos que mensal, e 15,8% diária ou semanalmente. No último ano, os estudantes que bebem relataram que por causa da bebida alcoólica pelo menos uma vez ao mês não fizeram o que era esperado (19,6%), não lembraram o acontecido na noite anterior (41,2%), tiveram sentimento de culpa ou remorso (47,9%), ou uma pessoa já foi ferida por causa da bebida (13,4%). As causas principais de consumo de bebidas alcoólicas foram a própria vontade (72,7%) e a pressão social por influência de amigos, moda ou timidez (23,0%), sendo que 58,2% relataram ciência do prejuízo que a bebida causa à saúde bucal e a estética bucal.

Na tabela 2, são apresentados os resultados da análise bivariada entre consumo de álcool e os fatores sócio-demográficos, comportamentais e auto percepção da saúde bucal. A maior prevalência de consumo de álcool esteve associada à idade ($p < 0.029$), cor de pele ($p < 0.014$), fumo ($p < 0.03$) tipo de residência ($p < 0.041$) e a percepção de ser uma pessoa atraente ($p < 0.03$).

Os resultados da análise multivariada, bruta e ajustada podem ser observados na tabela 3. Os resultados da análise multivariada demonstraram que a maior prevalência de consumo de álcool aumentou em 1,23 vezes nos jovens de 21 e 25 anos (RP 1.23 IC95% [1.03: 1.46]) e em 1,34 vezes nos jovens de 26 a 30 anos (RP 1.34 IC95% [1.08: 1.67]), em 37% naqueles que fumam (RP 1.37 IC95% [1.20: 1.57]), em 18% em quem recebe auxílio (RP 1.18 IC95% [1.02: 1.37]) e em 1,22 vezes nos universitários que moram em residências tipo repúblicas ou compartilhadas com amigos (RP 1.22 IC95% [1.03: 1.44]).

Discussão

No presente estudo o consumo de álcool foi alto, e esteve associado à idade, o fumo, receber algum benefício ou auxílio e naqueles estudantes que moram em residências compartilhadas com amigos. Estudos têm encontrado

resultados similares sobre o consumo de álcool entre os universitários (3, 4, 7, 17-21). No Canadá, em uma amostra com 6.282 estudantes universitários foi observado que a prevalência de consumo de álcool nos últimos 30 dias foi de 77% (20). Nos Estados Unidos, México e Cuba, os universitários relataram altas taxas de consumo de álcool de 44,2% a 76,9% (22, 23). Na Austrália mais de 85% dos estudantes consomem álcool rotineiramente (24). Na Irlanda e Espanha os universitários relatam taxas de consumo de álcool entre 70 a 95% (25, 26). Entre os estudantes universitários sul americanos, o consumo de álcool também foi elevado, sendo observado em mais de 90% nos estudantes na Colômbia e no Peru e cerca de 75% na Bolívia e no Equador. Estudos feitos no Brasil encontraram altas prevalências de consumo de álcool compreendidas entre 70% a 83% dos universitários (27-32). De acordo com alguns autores, a influência social impacta o comportamento dos jovens promovendo o aumento do consumo de álcool. A influência social inclui além do desejo de formar parte do grupo social e ser aceito pelos pares, também o mercado de produção, que inclui nas bebidas alcoólicas componentes adoçados, cores e nomes chamativos (33, 34), assim como o marketing e mídia que apresentam as bebidas alcoólicas como “divertidas” e “sexys” em todos as mídias sociais como internet, telefones, propagandas entre outros, dessa forma transformando-a em uma “norma saudável” que faz parte da vida social entre os jovens e adolescentes (33). A existência de diferenças culturais entre os países, podem influenciar nos motivos de consumo de álcool entre os jovens podendo estar mais relacionada a motivos individuais em algumas realidades e outras mais coletivas de forma que na época universitária, o contato do jovem com o álcool parece ser requisito fundamental para o inter-relacionamento com os pares (35).

No presente estudo, a chance do maior consumo de álcool aumentou com a idade, sendo 23% maior entre os jovens com 21 a 25 anos, e de 34% maior entre os universitários de 26 anos a 30 anos. Outros estudos têm reportado resultados similares (23, 29, 30). Essa situação pode estar relacionada com a aquisição de novas responsabilidades com a idade, considerando que após a etapa universitária, os jovens enfrentam preocupações sobre seu futuro, como a inserção no mercado de trabalho e outras novas responsabilidades que transcendem a vida acadêmica (30).

Por outro lado, o maior consumo de álcool aumentou em 1,37 vezes com o fumo. Essa associação tem sido reportada por diversos estudos (24, 25, 36). Foi sugerida a existência de uma ordem ascendente no que diz respeito a consumo de drogas, que inicia com o consumo de drogas legais como o tabaco seguida do consumo de álcool e finalmente drogas ilegais(37), podendo o uso concomitante entre ambas as drogas, estar sugerindo um comportamento aditivo gradativo de forma que o fumo impacta positivamente ao consumo álcool que por sua vez aproxima e facilita o consumo de drogas ilícitas (38).

Morar em residências tipo repúblicas ou compartilhadas com amigos associada à maior prevalência do consumo de álcool encontrada no presente estudo, tem sido reportado em outras pesquisas (33, 34, 39-41). As moradias compartilhadas com outros estudantes, as quais aumentam a exposição a ambientes que facilitam a aquisição de álcool, assim como em residências universitárias, são fatores associados a jovens com consumo pesado e regular de bebidas alcoólicas (34, 39-41). A associação do consumo de álcool com o local de moradia pode estar relacionada principalmente ao desenvolvimento de um estilo de vida novo e longe de casa pela primeira vez, sem controle paterno adquirindo o jovem mais independência e autonomia, priorizando as relações sociais sobre as acadêmicas (33). Isso ocasiona uma possível ruptura de alguns hábitos e a adoção de novos estilos de vida (42)

Por outro lado, no nosso estudo, receber auxílio ou bolsa aumentaram 1,18 vezes as chances do consumo de álcool, resultados similares aos reportados por outros autores (43, 44), os quais observaram maior consumo de álcool nos estudantes que trabalham ou ganham dinheiro extra semanalmente. De fato, estudos têm relatado que estudantes que têm outra fonte de renda, como emprego, apresentam maior chance de consumo de maiores volumes de álcool (44), sendo indicando que a disponibilidade financeira facilitaria o consumo de álcool nos jovens, sendo maior naqueles com melhores condições econômicas (45).

Algumas limitações devem ser apresentadas. O presente estudo trata-se de um estudo transversal, não existindo a possibilidade de realizar nenhuma inferência causal. Apesar do tamanho da amostra ser grande a amostra foi de conveniência, tornando os resultados aplicáveis à população de estudo. O

levantamento foi feito através de questionários online existindo a possibilidade de nem todos os estudantes apresentarem internet disponível. Todos os estudantes receberam o convite e link do questionário não havendo obrigatoriedade a participar do mesmo, existindo a possibilidade dos estudantes mais interessados no tema, terem respondido o questionário. No entanto, o questionário online proporcionou sigilo necessário para abordar temas delicados que possam causar algum tipo de constrangimento, como drogas.

Os resultados do estudo apresentam uma realidade comum observada entre os jovens que ingressam e cursam a universidade. O consumo de álcool precoce pode levar a um consumo continuado se estendendo à idade adulta, especialmente nos indivíduos que apresentam um consumo pesado de álcool. No nosso estudo, o risco ao alto consumo de álcool foi observado em 15,6% dos estudantes que relataram consumir álcool 6 vezes ou mais semanal e mensalmente. Essa situação é preocupante desde que a chance de continuidade do consumo de álcool aumenta assim como a introdução ao consumo de drogas ilícitas como maconha ou cocaína. Considerando que o consumo de álcool apresenta associação próxima ao consumo de tabaco e que ambos os hábitos por sua vez estão associados a ocorrência de vários agravos a saúde como câncer, hipertensão, diabetes, problemas respiratórios, cirrose, insuficiência renal entre outros, torna-se fundamental implementar programas de prevenção precoce que promovam a redução destes hábitos nocivos e previnam o início dos mesmos.

O presente estudo representa um levantamento inicial que providenciou dados importantes sobre hábitos deletérios em jovens adultos. Sugere-se a realização de novos estudos com amostras representativas da população alvo e prospectivos de forma a conhecer melhor a realidade na região sobre o consumo de álcool e tabagismo entre os adultos jovens.

A prevalência de consumo de álcool nos universitários do estudo foi alta esteve associada à idade, ao tabagismo, recebimento de auxílio e ao tipo de residência.

Referências

1. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to

- alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223-33.
2. World Health Organization W. WHO urges more countries to require large, graphic health warnings on tobacco packaging: the WHO report on the global tobacco epidemic, 2011 examines anti-tobacco mass-media campaigns. *Central European journal of public health*. 2011;19(3):133-51.
 3. Bonomo YA, Bowes G, Coffey C, Carlin JB, Patton GC. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction (Abingdon, England)*. 2004;99(12):1520-8.
 4. Marshall EJ. Adolescent alcohol use: risks and consequences. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2014;49(2):160-4.
 5. Brasil. II Levantamento domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País, 2005. Sao Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional; 2006.
 6. Thakker KD. An overview of health risks and benefits of alcohol consumption. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 1998;22(7 Suppl):285s-98s.
 7. Araujo MW, Dermen K, Connors G, Ciancio S. Oral and dental health among inpatients in treatment for alcohol use disorders: a pilot study. *Journal of the International Academy of Periodontology*. 2004;6(4):125-30.
 8. Klein BE, Klein R, Knudtson MD. Life-style correlates of tooth loss in an adult Midwestern population. *Journal of public health dentistry*. 2004;64(3):145-50.
 9. Copeland LB, Krall EA, Brown LJ, Garcia RI, Streckfus CF. Predictors of tooth loss in two US adult populations. *Journal of public health dentistry*. 2004;64(1):31-7.
 10. Belstrom D, Holmstrup P, Nielsen CH, Kirkby N, Twetman S, Heitmann BL, et al. Bacterial profiles of saliva in relation to diet, lifestyle factors, and socioeconomic status. *Journal of oral microbiology*. 2014;6.
 11. Wiefferink CH, Peters L, Hoekstra F, Dam GT, Buijs GJ, Paulussen TG. Clustering of health-related behaviors and their determinants: possible consequences for school health interventions. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*. 2006;7(2):127-49.
 12. Celio MA, Vetter-O'Hagen CS, Lisman SA, Johansen GE, Spear LP. Integrating field methodology and web-based data collection to assess the reliability of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Drug and alcohol dependence*. 2011;119(1-2):142-4.
 13. Miller ET, Neal DJ, Roberts LJ, Baer JS, Cressler SO, Metrik J, et al. Test-

retest reliability of alcohol measures: is there a difference between internet-based assessment and traditional methods? *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2002;16(1):56-63.

14. Sinadinovic K, Berman AH, Hasson D, Wennberg P. Internet-based assessment and self-monitoring of problematic alcohol and drug use. *Addictive behaviors*. 2010;35(5):464-70.

15. IBGE. Características da população e domicílios - Resultados do Universo - Notas metodológica Rio de Janeiro: Brazilian Institute of Geographic and Statistics; 2010.

16. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7.

17. Lambert Passos SR, Alvarenga Americano do Brasil PE, Borges dos Santos MA, Costa de Aquino MT. Prevalence of psychoactive drug use among medical students in Rio de Janeiro. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006;41(12):989-96.

18. Chiapetti N, Serbena CA. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma Universidade de Curitiba. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007;20:303-13.

19. Silva LVER, Malbergier A, Stempluk VdA, Andrade AGd. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40:280-8.

20. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2006;160(7):739-46.

21. Newbury-Birch D, White M, Kamali F. Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug and alcohol dependence*. 2000;59(2):125-30.

22. Fabelo JR, Iglesias S, Cabrera R, Maldonado MT. Tobacco and alcohol consumption among health sciences students in Cuba and Mexico. *MEDICC review*. 2013;15(4):18-23.

23. Niedermeier M, Fruhauf A. Alcohol Consumption and Physical Activity in Austrian College Students-A Cross-Sectional Study. 2018;53(10):1581-90.

24. Bowden JA, Delfabbro P, Room R, Miller CL, Wilson C. Prevalence,

perceptions and predictors of alcohol consumption and abstinence among South Australian school students: a cross-sectional analysis. *BMC public health*. 2017;17(1):549.

25. Davoren MP, Shiely F, Byrne M, Perry IJ. Hazardous alcohol consumption among university students in Ireland: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2015;5(1):e006045.

26. Mota N, Alvarez-Gil R, Corral M, Rodriguez Holguin S, Parada M, Crego A, et al. Risky alcohol use and heavy episodic drinking among Spanish University students: a two-year follow-up. *Gaceta sanitaria*. 2010;24(5):372-7.

27. Coelho IZ, Bastos JL, Celeste RK. Moderators of the association between discrimination and alcohol consumption: findings from a representative sample of Brazilian university students. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2015;37(2):72-81.

28. Dazio EM, Zago MM, Fava SM. Use of alcohol and other drugs among male university students and its meanings. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 2016;50(5):785-91.

29. Miquel L, Rodamilans M, Gimenez R, Cambras T, Canudas AM, Gual A. Alcohol consumption in college students from the pharmacy faculty. *Adicciones*. 2016;27(3):190-7.

30. Moure-Rodriguez L, Pineiro M, Corral Varela M, Rodriguez-Holguin S, Cadaveira F, Caamano-Isorna F. Identifying Predictors and Prevalence of Alcohol Consumption among University Students: Nine Years of Follow-Up. *PloS one*. 2016;11(11):e0165514.

31. Sawicki WC, Barbosa DA, Fram DS, Belasco AGS. Alcohol consumption, Quality of Life and Brief Intervention among Nursing university students. *Revista brasileira de enfermagem*. 2018;71(suppl 1):505-12.

32. Ramis TR, Mielke GI, Habeyche EC, Oliz MM, Azevedo MR, Hallal PC. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2012;15:376-85.

33. Hepworth J, Schofield T, Leontini R, Germov J. Alcohol-related harm minimization practices among university students: Does the type of residence have an impact? *British journal of health psychology*. 2018;23(4):843-56.

34. Leontini R, Schofield T, Lindsay J, Rebecca B, Julie H, John G. "Social Stuff" and Institutional Micro-Processes: Alcohol Use by Students in Australian University

Residential Colleges. *Contemporary Drug Problems*. 2015;42(3):171-87.

35. Mackinnon SP, Couture ME, Cooper ML, Kuntsche E, O'Connor RM, Stewart SH. Cross-cultural comparisons of drinking motives in 10 countries: Data from the DRINC project. *Drug and alcohol review*. 2017;36(6):721-30.

36. Gignon M, Havet E, Ammirati C, Traulle S, Manaouil C, Balcaen T, et al. Alcohol, cigarette, and illegal substance consumption among medical students: a cross-sectional survey. *Workplace health & safety*. 2015;63(2):54-63.

37. Aburto Barrenechea M, Esteban González C, Quintana López JM, Bilbao González A, Moraza Cortés FJ, Capelastegui Saiz A. Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes. Influencia del entorno familiar. *Anales de Pediatría*. 2007;66(4):357-66.

38. Simões C, Matos MGd, Batista-Foguet J. Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2006;7:147-64.

39. White HR, Mcmorris BJ, Catalano RF, Fleming CB, Haggerty KP, Abbott RD. Increases in Alcohol and Marijuana Use During the Transition Out of High School Into Emerging Adulthood: The Effects of Leaving Home, Going to College, and High School Protective Factors. *Journal of Studies on Alcohol*. 2006;67(6):810-22.

40. Kypri K, Langley JD, McGee R, Saunders JB, Williams S. High prevalence, persistent hazardous drinking among New Zealand tertiary students. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2002;37(5):457-64.

41. Jalilian F, Karami Matin B, Ahmadpanah M, Ataee M, Ahmadi Jouybari T, Eslami AA, et al. Socio-demographic characteristics associated with cigarettes smoking, drug abuse and alcohol drinking among male medical university students in Iran. *Journal of research in health sciences*. 2015;15(1):42-6.

42. Vieira VCR, Priore SE, Ribeiro SMR, Franceschini SdCC, Almeida LP. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. *Revista de Nutrição*. 2002;15:273-82.

43. Bono RS, Barnes AJ, Dick DM, Kendler KS. Drinking, Cigarette Smoking, and Employment Among American College Freshmen at a Four-Year University. *Substance use & misuse*. 2017;52(2):182-93.

44. Wicki M, Kuntsche E, Gmel G. Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addictive behaviors*. 2010;35(11):913-24.

45. Jorge KO, Paiva PCP, Ferreira EFE, Vale MPD, Kawachi I, Zarzar PM. Alcohol intake among adolescent students and association with social capital and socioeconomic status. *Ciencia & saude coletiva*. 2018;23(3):741-50.

Tabelas

Tabela 1– Características sócio demográficas, biológicas e comportamentais de um grupo de universitários, Governador Valadares, Brasil (n=225).

Variáveis/Categorias	n*	%
Características Socio-demográficas		
Sexo	225	
Masculino	53	23.6
Feminino	172	76.4
Idade (anos)	225	
18- 20	84	37.3
21-25	118	52.4
26-30	18	8.0
≥31	5	2.3
Cor de Pele	225	
Branca	101	44.9
Preta	22	9.8
Parda	94	41.8
Amarela	8	3.6
Renda (salários mínimos=SM)	225	
≤1SM	7	3.1
1-3SM	86	38.2
3-5 SM	74	32.9
>5 SM	58	25.8
Escolaridade Materna (anos)	225	
≤9	57	25.3
10-12	43	19.1
≥13	125	55.6
Escolaridade Paterna	225	

≤9	86	38.2
10-12	54	24.0
≥13	85	37.8
Auxilio	225	
Não	172	76,4
Sim	53	23,6
Tipo de Residência	225	
Residência da família/família	80	35,6
Parente/Amigo/Outro	20	8,9
Sozinho	28	12,4
República/ amigos	97	43,1
Fatores Comportamentais		
Fumo presente		
Não	225	85.3
Sim	33	14.7
Frequência de fumo	33	
Diariamente	6	18.2
Menos que diariamente	26	78.8
Esporadicamente	1	3.0
Tipo de cigarro	37	
Manufaturado	6	16,2
Palha	31	83,8
Quantidade de cigarros (semanal)	36	
≤1	21	58.4
2-10	12	33.3
≥11	3	8.3
Frequência de fumo no passado	225	
Nunca	189	84,0
Diário	4	1,8
Menos que diário	6	2,7
Esporádico	26	11,6
Tempo de tabagismo passado (meses)	36	
≤1	7	21.9

2 - 12	13	40,6
≥13	12	37,5
Motivos do início do tabagismo	35	
Influência dos amigos	9	25,7
Vontade própria	19	54,3
Outros	7	20,0
Consumo de bebidas alcoólicas	225	
Não	60	26,7
Sim	165	73,3
Frequência de consumo de bebida alcoólica	225	
Nunca	60	26,7
≤1 mês	76	33,8
2 - 4 vezes/ mês	60	26,7
2 - 3 vezes/ semana	27	12,0
≥4 vezes /semana	2	0,9
Consumo de 6 ou mais doses em uma ocasião	165	
Nunca	35	21,2
Mensal ou menos	104	63,0
Semanal ou diário	26	15,8
Não fez o que era esperado por causa da bebida alcoólica (último ano)	165	
Nunca	36	78,2
Menos que mensal	28	17,0
Mensal	6	3,6
Semanal	2	1,2
Não lembra o acontecido na noite anterior por causa da bebida alcoólica (último ano)	165	
Nunca	97	58,8
Menos que mensal	59	35,8
Mensal	9	5,4

Teve sentimento de culpa ou remorso depois de beber álcool (último ano)	165	
Nunca	85	51,5
Menos que mensal	66	40,0
Mensal	13	7,9
Semanal	1	0,6
Pessoa ferida por causa da bebida alcoólica	165	
Não	143	86,7
Sim, mas não no último ano	10	6,1
Sim, durante o último ano	12	7,3
Tipo de bebida alcoólica	164	
Cerveja	104	63,4
Destilados	23	14,0
Catuaba	20	12,2
Outros	17	10,4
Nº de doses de bebida alcoólica consumidas/ semana	165	
≤1	102	61,8
2 – 10	60	36,4
≥11	3	1,8
Consciência de que consumir bebida alcoólica prejudica saúde bucal e estética dental	165	
Não	47	28,5
Sim, bucal	12	7,3
Sim, dental	7	4,2
Sim, ambas	77	46,7
Não sei	22	13,3
Motivo do início do consumo de bebidas alcoólicas	165	
Pressão social (Influência dos amigos/moda/ timidez)	38	23,0

Vontade propria	120	72,7
Outro	7	4.38
Sente-se uma pessoa atraente	225	
Não	39	17,3
Relativamente	84	37,3
Sim	102	45,3
Autoestima Dentária	225	
Alta	101	44.9
Media	92	40.9
Baixa	32	14.2

*Valores menores a 225 devido dados incompletos

Tabela 2- Associação entre consumo de álcool e fatores sociodemográficos, comportamentais e saúde bucal de universitários, Governador Valadares, Brasil, 2018.

Variáveis / Categorias	Consumo de álcool			valor p
	Presente		Total	
	N	(%)		
Sexo			165	0.449*
Feminino	124	(72.1)		

Masculino	41	(77.4)		
Idade (anos)			165	0.029**
18- 20	55	(65.6)		
21-25	90	(76.3)		
26-30	16	(88.9)		
≥31	4	(80.0)		
Cor de Pele			165	0.014*
Branca	76	(75.3)		
Preta	19	(86.4)		
Parda	68	(72.3)		
Amarela	2	(25.0)		
Escolaridade Materna (anos)			165	0.705**
≤9	41	(71.9)		
10-12	31	(72.1)		
≥13	93	(74.4)		
Escolaridade Paterna			165	0.414**
≤9	60	(69.8)		
10-12	41	(75.9)		
≥13	64	(75.3)		
Renda (salários mínimos=SM)			165	0.503**
≤1	5	(71.4)		
1-3	60	(69.8)		
3-5	57	(77.0)		
>5	43	(74.1)		
Auxilio			165	0.068*
Não	121	(70.4)		
Sim	44	(83.0)		
Tipo de Residência			165	0.041
Residência da família/família	54	(67.5)		
Parente/Amigo/Outro	12	(60.0)		
Sozinho	19	(67.9)		
República/ amigos	80	(82.5)		
Fumo presente			165	0.003*

Não	134	(69.8)		
Sim	31	(93.9)		
Frequência de fumo			31	0.617
Diariamente	6	(100.0)		
Menos que diariamente	24	(92.3)		
Esporadicamente	1	(100.0)		
Sente-se uma pessoa atraente			165	0.023
Não	22	(56.4)		
Relativamente	67	(79.8)		
Sim	76	(74.5)		
Autoestima Dentária			165	0.348
Alta	73	(72.3)		
Media	74	(80.4)		
Baixa	18	(56.3)		

* Qui quadrado (χ^2) teste T * χ^2 tendência linear

Tabela 3 - Razão de Prevalência (RP) bruta (c) e ajustada (a) para o consumo de álcool dos universitários de acordo a fatores sociodemográficos, comportamentais e psicológicos, Governador Valadares, MG, Brasil. 2018.

Variáveis / Categorias	Consumo de álcool Presente			
	RP ^b (95%IC)	valor p	RP ^a (95%IC)	valor p
Idade (anos)		0.006		0.003
18- 20	1.0		1.0	
21-25	1.19 (1.01: 1.41)		1.23 (1.03: 1.46)	
26-30	1.29 (1.04:1.61)		1.34 (1.08:1.67)	
≥31	1.30 (0.81: 2.08)		1.43 (0.90: 2.29)	
Cor de Pele		0.202		
Branca	1.0			
Preta	1.21 (0.97:1.51)			
Parda	0.96 (0.82: 1.13)			
Amarela	0.42 (0.13:1.30)			

Auxilio		0.023		0.027
Não	1.0		1.0	
Sim	1.17 (1.03:1.38)		1.18 (1.02:1.37)	
Fumo no presente		0.001		0.001
Não	1.0		1.0	
Sim	1.36 (1.19:1.56)		1.37 (1.20:1.57)	
Tipo de Residência		0.016		0.027
Residência da família/ Parente/Amigo/Outro	1.0		1.0	
Sozinho	0.87 (0.61:1.26)		0.84 (0.57:1.24)	
República/ apartamento ou casa Compartilhada	1.03 (0.76: 1.38)		1.01 (0.75: 1.37)	
Sente-se uma pessoa atraente		0.226		
Não	1.0			
Relativamente	1.32(1.00: 1.74)			
Sim	1.25(0.94 :1.65)			

* Variáveis com $p > 0,20$ na análise bivariada não foram incluídas no modelo de análise multivariada.

3.2 Artigo 2

Artigo 2 . Formatado para submissão ao JOURNAL OF ESTHETIC AND RESTORATIVE DENTISTRY

Satisfação com a aparência dental e o impacto psicossocial em adultos jovens: Resultados de um levantamento on-line

Piski JFT¹, Salas MMS²

¹ Acadêmico , Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, Brasil.

² Professor Adjunto, Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, MG, Brasil.

Autor de Correspondência

Mabel Miluska Suca Salas

Programa de Graduação de odontologia Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares.

Av. Dr. Raimundo Monteiro Rezende, 330 - Centro, (Pitágoras), Code Poste 35010-173 Governador Valadares, MG- Brasil. Phone: 55-333301100

Email: mabel.salas@ufjf.edu.br

Resumo

Objetivo. Determinar a satisfação com a aparência estética e sua associação a fatores sociodemográficos e psicossociais de jovens universitários. **Metodologia.** Trata-se de um levantamento transversal online, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer 2.761.946), realizado em 225 universitários de cursos da saúde

que concordaram em participar. A coleta de dados foi através da aplicação de um questionário *online* baseado na literatura, previamente testado, com questões psicossociais, demográficas e de saúde bucal. O impacto psicossocial foi analisado pelo índice de impacto psicossocial da estética dentária (PIDAQ). A análise estatística foi bivariada (Qui-Quadrado, Fisher e/ou Tendência Linear) e multivariada usando a regressão de Poisson com intervalos de confiança a 95%.

Resultado. A insatisfação com a aparência dentária foi de 61,8%. Os jovens relataram experiência de cárie (71,6%), traumatismo (24,0%), sangramento gengival (18,2%), apinhamento (35,1%) overjet alterado (21,3%), mordida aberta (20,0%) e dor dentária (40,0%). A insatisfação com a aparência dentária esteve associada à percepção de traumatismo (RP1.33 IC95%[1.10:1.60]), apinhamento (RP1.26 IC95%[1.06:1.49]), baixa autoconfiança dentária (RP2.74 IC95%[1.84:4.08]) e média (RP 2.84 IC95% [1.96:4.10]), satisfação com a cor dental (RP0.70 IC95%(0.56:0.88]) e aparência facial (RP0.80 IC95%[0.67:0.96]).

Conclusão. Nos universitários a insatisfação com a aparência dentária foi alta e esteve associada a agravos dentários auto referidos e à autoconfiança dentária.

Palavras-Chave: Satisfação com aparência dental, Estética dentária, saúde bucal, impacto psicossocial, adulto jovem, levantamento on-line.

Introdução

Na atualidade, existe uma alta demanda da sociedade pela aparência estética dos indivíduos. A aparência física tem um papel importante na interação social, sendo que pessoas atraentes apresentam vários benefícios sociais ao serem consideradas por outros, mais populares, extrovertidas, assertivas e exitosas na vida e com o sexo oposto^{1,2}. A aparência estética, física e facial, apresentam como fator contribuinte a aparência dental, a qual afeta o autojulgamento de atrativo facial e de atração física humana³. A percepção estética do indivíduo aumenta a

percepção de popularidade com o sexo oposto, de sucesso na carreira profissional, sensibilidade e inteligência e inclusive de saúde⁴, sendo que em situações contrárias, esses aspectos psicossociais, de autoavaliação e de qualidade de vida são afetados negativamente.

A estética facial é influenciada pela harmonia do sorriso⁵. Um sorriso harmônico depende de diversos componentes dentários como a cor, tamanho e posição dos dentes ou harmonia gengival². Por outro lado, agravos à saúde bucal como a cárie, ausência dentária, doenças periodontais, podem afetar além da aparência do indivíduo, a performance e funcionalidade bucal, alterando a percepção de satisfação com a aparência dentária⁶. De fato, a satisfação com a aparência dentária tem sido associada a fatores dentários como a cor dentária e a má-oclusão^{2,7,8}, sendo que pesquisas têm demonstrado que indivíduos com menor doença bucal são julgados como mais competentes socialmente, com maior alcance intelectual e estabilidade emocional⁹.

Fatores externos sociodemográficos, como a idade e o sexo podem influenciar na percepção de satisfação estética dentária, de forma que indivíduos jovens e do sexo feminino, usualmente relatam maior insatisfação com a aparência dentária^{7,8,10}. A influência de fatores culturais também tem sido relatada pois a percepção estética é passível de mudanças de acordo com a normativa de cada sociedade⁴. A percepção de insatisfação com a estética dentária em jovens pode afetar a vida diária dos mesmos, que incluem o contato e a interação social, assim como a saúde mental e emocional, de percepção de autoestima e de bem-estar, influenciando negativamente a qualidade de vida^{7,11}.

Nos jovens a estética dentária tem um significado importante na vida deles considerando que diversas pesquisas tem demonstrado que o julgamento dos outros em relação a estética é importante fator que facilita a inclusão social, parte de um grupo, e de interação com seus pares¹². A alteração de autoimagem pode impactar aspectos futuros da vida social e emocionalmente³. Assim, o objetivo do presente estudo foi determinar a satisfação com a aparência dentária e a sua associação com fatores sócio demográficos e psicossociais de universitários.

Metodologia

O presente estudo transversal, aprovado previamente pelo comitê de ética (parecer nº 2.761.946), foi realizado na cidade de Governador Valadares, localizada no estado de Minas Gerais, na região sudeste do país, a uma distância de 320km da capital do estado, Belo Horizonte. A cidade possuía uma população de 263.689 habitantes, estimada de 278.685 para 2018, com uma população adulta de 20 a 29 anos de 46.132¹³. A população alvo esteve formada por universitários com 18 anos ou mais de áreas da saúde (odontológica, medicina, farmácia, fisioterapia, nutrição e educação física) regularmente matriculados numa universidade federal. No campus, estiveram matriculados no momento da pesquisa aproximadamente 800 estudantes. Para realizar o cálculo do tamanho da amostra foi usado o programa Epi Info 6.0 e os seguintes parâmetros: prevalência estimada de consumo de álcool de 57,5%¹⁴, erro aceitável de 3 pontos percentuais, e nível de confiança de 95%, requerendo 256 universitários. Houve acréscimo de 10% para eventuais perdas e recusas e efeito de delineamento amostral, 10% controle de fatores de confusão, (deff) estimado em 2,0 totalizando a amostra necessária de 307.

Foi aplicado um questionário online baseado na literatura que incluiu informações sociodemográficos, comportamentais de hábitos alimentares, autopercepção da saúde bucal. O questionário foi previamente analisado e aplicado em 15 jovens de com faixas etárias similares aos do grupo alvo, não incluído na amostra final. As perguntas com maior dificuldade de entendimento foram discutidas e adaptadas. O presente levantamento usou ferramentas de livre acesso online Google docs. As questões foram incluídas nos formulários para entrevistas online, e previamente testados via *online* em 10 jovens para avaliar possíveis problemas de preenchimento e determinar o tempo e preenchimento. Previamente, foi solicitado à gerência de graduação os e-mails dos estudantes da área da saúde do campus de Governador Valadares da UFJF. Foi enviado um convite via e-mail com um link do questionário com um convite explicação da pesquisa. A primeira pergunta do questionário foi o termo de consentimento e objetivo do estudo, dando-se a opção de aceitar ou rejeitar a participação na pesquisa. Um e-mail de lembrete foi enviado após 7 dias, 15 dias, um mês e dois meses. O levantamento foi anônimo e o tempo de aplicação calculado em 10 a 15 minutos. Os dados foram organizados em um banco de dados e as análises estatísticas foram realizadas no software STATA, versão 12.0. A análise foi descritiva do desfecho e variáveis independentes. A

associação entre desfecho e exposições foi testada utilizando análise bivariada (testes Qui-quadrado e/ou exato de Fischer, quando houver menos que cinco unidades em alguma das células da tabela de contingência). Para a análise multivariada, foi usada a Regressão de Poisson com variância robusta. Todas as variáveis que apresentarem um valor de $p < 0,20$ na análise bruta foram incluídas na análise ajustada, obtendo-se a razão de prevalência (RP) e os intervalos de confiança de 95%. As variáveis incluídas no modelo final foram aquelas que apresentem um valor de $p < 0.05$ em pelo menos uma de suas categorias.

Resultados

Participaram do estudo 225 estudantes. A descrição das características sociodemográficas, comportamentais e de autopercepção dos estudantes estão apresentadas na tabela 1. A maioria dos estudantes foram mulheres (76,4%), com idades entre 18 e 30 anos (97,7%) e renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos (71,1%). A insatisfação com a aparência dentária foi de 61,8% e 54,6% relataram não estar satisfeitos com a cor dos dentes. Entre os estudantes, 66,7% relataram satisfação com a aparência facial, 54,6% relataram não se sentirem atraentes. Os jovens auto relataram que tem ou já tiveram cárie (71,6%), percebem apinhamento (35,1%), traumatismo (24%), overjet alterado (21,3%), mordida aberta (20,0%), sangramento gengival (18,2%) e dor dentária nos últimos 6 meses (40,0%). No estudo, a maioria dos estudantes relataram baixo impacto psicossocial da estética dentária (79,1%) e baixa ou regular autoconfiança dentária (55,1%) .

Os resultados da análise bivariada (Tabela 2) mostraram que a falta de satisfação com a aparência dentária esteve associada à menor renda ($p < 0.036$), receber auxílio ($p < 0.029$), apinhamento ($p < 0.001$), overjet alterado ($p < 0.001$), mordida aberta ($p < 0.014$), dor dentária nos últimos 6 meses ($p < 0.003$), insatisfação com a cor dental ($p < 0.001$), insatisfação com a aparência facial ($p < 0.001$), e a não se sentir atraente ($p < 0.001$). A insatisfação dentária esteve associada ao impacto psicossocial ($p < 0.001$), com a baixa autoconfiança dentária ($p < 0.001$), alta influência social ($p < 0.001$) e psicológica ($p < 0.001$).

Na tabela 3 observam-se os resultados da análise multivariada. A análise multivariada demonstrou que a maior prevalência de insatisfação dentária esteve associada ao traumatismo (RP 1.33 IC95%[1.10:1.60]), apinhamento (RP 1.26

IC95%[1.06:1.49]) e autoconfiança dentária baixa (RP 2.74 IC95% [1.84:4.08]) e media (RP 2.84 IC95% [1.96:4.10]). A satisfação com a cor dentária (RP 0.70 IC95% (0.56:0.88)) e com a aparência facial (RP 0.80 IC95% [0.67:0.96]) diminuíram a prevalência de insatisfação com a aparência dentária.

Discussão

No presente estudo a insatisfação com a aparência dental nos universitários foi alta e esteve associada à presença de traumatismo, apinhamento e a baixa autoconfiança dentária, à insatisfação com a cor dentária e com a aparência facial.

Nos estudantes universitários a insatisfação com a aparência dental foi de 61,8%. Estudos têm encontrado que a satisfação com a aparência dentária em jovens de 18 a 30 anos variou entre 20,6% e 66,0%^{6-8,10,14-16}. O presente estudo tem encontrado resultados similares aos reportando por Siti et al. realizado na Malásia onde quase 60% dos universitários reportaram insatisfação com a estética dentária. No Brasil, não existem referências prévias de estudos feitos com estudantes universitários da mesma faixa etária. Dois estudos feitos com adolescentes de escolas privadas e públicas entre 13 e 19 anos reportaram insatisfação com a estética dentária em 17,4%¹⁷ e 65,7%¹⁸ respectivamente. A idade é um fator importante que influencia na satisfação com a aparência dentária. Estudos têm demonstrado que indivíduos jovens tendem a ser menos satisfeitos com a sua aparência dental e facial^{7,19}. Outra possibilidade pode estar relacionada com as características da nossa população alvo, pois trata-se de estudantes da área da saúde de uma universidade federal, a maioria com famílias de renda maior a 5 salários mínimos e com alto nível de educação. Investigações têm encontrado que indivíduos de maior nível socioeconômico estão mais preocupados com a estética²⁰, tendo uma tendência à maior busca e realização tratamentos estéticos dentários, como os ortodônticos ou de clareamento dentários^{21,22}, comparado àqueles com menor nível socioeconômico, apresentando maior insatisfação com a cor dentária e com a aparência dentária^{23,24}.

No presente estudo, a satisfação com a aparência facial diminuiu em 20% as chances de insatisfação com a aparência dental. A pesquisa feita por Klewson et al. em mulheres inglesas encontrou que a satisfação com a estética dentária foi afetada pela cor dentária, que por sua vez influenciou na percepção da estética

facial⁴. Da mesma forma, adolescentes têm julgado como componente principal da percepção de atração estética, fatores dentários como alinhamento e cor¹⁷. A estética facial de fato tem sido relacionada à harmonia facial e do sorriso⁵. Estudos têm demonstrado a influência de fatores externos, culturais e individuais na percepção da estética dental e facial do indivíduo, a qual pode mudar ao longo do tempo e com o sexo⁸. As tendências sobre a estética são definidas pela sociedade, sendo que a mídia constitui um instrumento importante de disseminação das normas estéticas, influenciando a sociedade⁴. Assim por exemplo, tem sido demonstrado que pacientes submetidos a tratamentos ortodônticos ou cirurgias ortognáticas diminuíram a sua satisfação facial após ver fotografias com padrões estéticos ideais publicados em propagandas, sugerindo-se a influência da mídia no julgamento do indivíduo⁴. Nesse contexto, indivíduos jovens são mais suscetíveis à influência da mídia que os mais velhos, de forma que a necessidade estética nessa população aumenta, influenciando a sua percepção estética, conseqüentemente afetando o nível de satisfação¹⁹.

Fatores como a cor dentária, a posição dentária, presença de cárie, ausência dentária, defeitos de esmalte entre outros, que têm sido julgados como determinantes na percepção estética da aparência dentária e facial do indivíduo. No presente estudo, a satisfação com a cor dental diminuiu a prevalência de insatisfação com a aparência dental. Pesquisas anteriores têm encontrado resultados similares^{2,7,8}. A cor dentária tem sido reportada de ser um fator crítico que influencia diretamente a satisfação e aparência do sorriso⁸. A cor dentária inclui, além das medidas normativas físicas ópticas, a psicologia visual e psicofísica¹⁹. A percepção da cor é subjetiva e alterada por fatores externos culturais, sociodemográficos e individuais^{19,25,26}. Os indivíduos mais jovens têm preferência por dentes mais claros²⁷ e tendem a expressar insatisfação com a cor especialmente se outros indivíduos realizam observações a respeito²⁸. Investigações têm encontrado que a presença de dentes brancos esteve associada e maiores escores de competência intelectual e social, balanço psicológico e nível social⁴. Nos jovens, existe uma maior pressão estética exercida pela sociedade e que implica na sua aceitação do grupo ou pares e conseqüente desejo de beleza¹⁹. Assim jovens insatisfeitos com a cor relatam constrangimento dificuldade de interação social e efeitos psicológicos negativos²⁸.

Nos universitários, a percepção de apinhamento aumentou 1,26 vezes a prevalência de insatisfação com a aparência dentária. Estudos têm relatado que a má-oclusão, e especialmente o apinhamento e desalinhamento, afetaram negativamente a satisfação com a aparência dentária ^{1,7,15,29,30}. De fato, um dos componentes principais da harmonia do sorriso é o arranjo dentário ². Estudos têm demonstrado efeitos negativos psicossociais atribuídos ao apinhamento ³¹, afetando a autoestima e qualidade de vida de adolescentes e jovens ²³. A má-oclusão pode afetar o autojulgamento ou julgamento dos indivíduos, como demonstrado no estudo de Shaw et al., onde professores julgaram indivíduos a partir da observação de sorrisos associando a má-oclusão com o menor nível intelectual comparado aqueles com oclusão normal ou ideais ³². Assim, o efeito da má-oclusão não é apenas funcional e / ou estético, mas também influencia aspectos psicossociais, sendo que uma série de traços de personalidade podem ser atribuídos às pessoas com base na aparência dentária e na satisfação apresentada ³³.

Por outro lado, agravos a saúde bucal como cárie não tratada e ausência dentária no setor anterior têm sido associadas à insatisfação com a aparência dentária^{4,34}. No nosso estudo, após ajuste dessas variáveis, a presença de traumatismo não tratado autorreferido mostrou aumentar em 33% a insatisfação com a aparência dental. Na literatura não existe estudos que encontraram essa associação em população de faixa etária similar à nossa. Um estudo recente realizado em crianças e adolescentes até 18 anos mostrou que eles julgaram negativamente outras crianças que apresentavam traumatismo não tratado³⁵. Outros dois estudos feitos com adolescentes reportaram um impacto negativo na interação social nos indivíduos com traumatismo dentário anterior não tratado, demonstrando-se insatisfação com a aparência dentária, impedindo que o adolescente sorria, ria, socialize com outros, desfrute o contato com outras pessoas, promovendo alterações no seu estado emocional ^{36,37}. De acordo com Cortes et al., a estética torna-se uma preocupação maior que a funcionalidade nos jovens com dentes anteriores fraturados ³⁶ por se tratar de dentes expostos no setor anterior estético.

Algumas limitações devem ser apresentadas. No presente estudo não foi feita uma pergunta específica para determinar a realização previa de clareamento. Isso pode

representar algum tipo de viés, pois evidência tem demonstrado que indivíduos que realizam clareamento dentário tendem a realizar maior número de tratamentos clareadores e estarem mais insatisfeitos com a cor dentária, e que por sua vez, tem um peso importante na satisfação com a aparência dentária ^{23,24}. O estudo apresenta um desenho transversal, não existindo a possibilidade de realizar nenhuma inferência causal. A nossa amostra foi de conveniência, tornando os resultados específicos para à nossa população de estudo. O levantamento foi feito através de questionários online existindo um possível viés relacionado com a disponibilidade de internet. Todos os estudantes receberam o convite e link do questionário, não havendo obrigatoriedade a participar do mesmo, existindo a possibilidade dos estudantes mais interessados no tema, ter respondido o questionário.

O presente estudo, no nosso conhecimento, foi o primeiro realizado em jovens universitários na mesma faixa etária no Brasil. Nessa população houve uma alta insatisfação com a aparência dental, apesar de haver uma baixa percepção de agravos bucais como gengivite ou má-oclusão. A percepção de insatisfação com a cor dentária alta permite a assunção de um possível maior desejo e busca e realização de tratamento clareador. A realização de tratamentos estéticos dentários desnecessários é uma preocupação, pois expõem os elementos dentários e componentes bucais a agressões que podem repercutir na saúde bucal futura¹⁷. Nesse sentido é importante conhecer especialmente aqueles de risco, o nível de satisfação que apresentam sobre a sua aparência dentária, necessidade estética e as expectativas que tem sobre os tratamentos, de forma a prevenir comportamentos deletérios futuros que podem de alguma forma impactar a sua saúde bucal .

No presente estudo, os universitários apresentaram alta prevalência de insatisfação com a aparência dentária. A percepção de satisfação com aparência dentária foi influenciada por fatores relacionados com a estética facial do indivíduo e dentária como a presença de traumatismo, apinhamento, cor dentária aumentaram a insatisfação com a aparência dentária, situação que foi confirmada pelo maior impacto de baixa autoconfiança dentária.

Referências

1. Tessarollo FR, Feldens CA, Closs LQ. The impact of malocclusion on adolescents' dissatisfaction with dental appearance and oral functions. *The Angle orthodontist*. 2012;82(3):403-409.
2. Van der Geld P, Oosterveld P, Van Heck G, Kuijpers-Jagtman AM. Smile attractiveness. Self-perception and influence on personality. *The Angle orthodontist*. 2007;77(5):759-765.
3. Eli I, Bar-Tal Y, Kostovetzki I. At first glance: social meanings of dental appearance. *Journal of public health dentistry*. 2001;61(3):150-154.
4. Kershaw S, Newton JT, Williams DM. The influence of tooth colour on the perceptions of personal characteristics among female dental patients: comparisons of unmodified, decayed and 'whitened' teeth. *British dental journal*. 2008;204(5):E9; discussion 256-257.
5. Poonam. Dental Aesthetics and patient satisfaction, a hospital based survey. *Archives of Oral Sciences & Research*. 2011:1-3.
6. Al-Zarea BK. Satisfaction with appearance and the desired treatment to improve aesthetics. *International journal of dentistry*. 2013;2013:912368.
7. Samorodnitzky-Naveh GR, Geiger SB, Levin L. Patients' satisfaction with dental esthetics. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 2007;138(6):805-808.
8. Tin-Oo M, Saddki N, Hassan N. Factors influencing patient satisfaction with dental appearance and treatments they desire to improve aesthetics. *BMC Oral Health*. 2011;11(1):1-8.
9. Newton JT, Prabhu N, Robinson PG. The impact of dental appearance on the appraisal of personal characteristics. *The International journal of prosthodontics*. 2003;16(4):429-434.
10. Neumann LM, Christensen C, Cavanaugh C. Dental esthetic satisfaction in adults. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 1989;118(5):565-570.
11. Agou S, Locker D, Muirhead V, Tompson B, Streiner DL. Does psychological well-being influence oral-health-related quality of life reports in children receiving orthodontic treatment? *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of*

- Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*. 2011;139(3):369-377.
12. Onyeaso CO, Sanu OO. Perception of personal dental appearance in Nigerian adolescents. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*. 2005;127(6):700-706.
 13. IBGE. Características da população e domicílios - Resultados do Universo - Notas metodológica. 2010;2012(10 Mar).
 14. Siti F, Tan BS, Mathew T. Dental esthetic impact of malocclusion and orthodontic treatment need based on self-perception among university students. *International Journal of Dental Science and Research*. 2015;2(2):49-54.
 15. Akarslan ZZ, Sadik B, Erten H, Karabulut E. Dental esthetic satisfaction, received and desired dental treatments for improvement of esthetics. *Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research*. 2009;20(2):195-200.
 16. Azodo C, Ogbomo A. Self-Evaluated Dental Appearance Satisfaction among Young Adults. *Annals of medical and health sciences research*. 2014;4(4):603-607.
 17. Boeira GF, Salas MMS, Araujo DC, Massotti A, Correa MB, Demarco FF. Factors influencing dental appearance satisfaction in adolescents. A cross-sectional study conducted in Brazilian Southern private schools. *Journal of Dentistry (In Press)*. 2015.
 18. Kaieda AK, Bulgareli JV, Cunha IPD, et al. Malocclusion and dental appearance in underprivileged Brazilian adolescents. *Brazilian oral research*. 2019;33.
 19. Alkhatib MN, Holt R, Bedi R. Age and perception of dental appearance and tooth colour. *Gerodontology*. 2005;22(1):32-36.
 20. Macintyre S, West P. Social, developmental and health correlates of 'attractiveness' in adolescence. *Sociology of Health & Illness*. 1991;13(2):149-167.
 21. Chestnutt IG, Burden DJ, Steele JG, Pitts NB, Nuttall NM, Morris AJ. The orthodontic condition of children in the United Kingdom, 2003. *British dental*

- journal*. 2006;200(11):609-612;quiz 638.
22. Krey KF, Hirsch C. Frequency of orthodontic treatment in German children and adolescents: influence of age, gender, and socio-economic status. *European journal of orthodontics*. 2012;34(2):152-157.
 23. Meireles SS, Santos IS, Bona AD, Demarco FF. A double-blind randomized clinical trial of two carbamide peroxide tooth bleaching agents: 2-year follow-up. *J Dent*. 2010;38(12):956-963.
 24. Xiao-Ting L, Tang Y, Huang XL, Wan H, Chen YX. Factors influencing subjective orthodontic treatment need and culture-related differences among Chinese natives and foreign inhabitants. *International journal of oral science*. 2010;2(3):149-157.
 25. Xiao J, Zhou XD, Zhu WC, Zhang B, Li JY, Xu X. The prevalence of tooth discolouration and the self-satisfaction with tooth colour in a Chinese urban population. *Journal of oral rehabilitation*. 2007;34(5):351-360.
 26. Alkhatib MN, Holt R, Bedi R. Prevalence of self-assessed tooth discolouration in the United Kingdom. *J Dent*. 2004;32(7):561-566.
 27. Odioso LL, Gibb RD, Gerlach RW. Impact of demographic, behavioral, and dental care utilization parameters on tooth color and personal satisfaction. *Compendium of continuing education in dentistry (Jamesburg, NJ : 1995) Supplement*. 2000(29):S35-41; quiz S43.
 28. Ibiyemi O, Taiwo JO. Psychosocial aspect of anterior tooth discoloration among adolescents in igbo-ora, southwestern Nigeria. *Annals of Ibadan postgraduate medicine*. 2011;9(2):94-99.
 29. Marques LS, Filogônio CA, Filogônio CB, et al. Aesthetic impact of malocclusion in the daily living of Brazilian adolescents. *Journal of Orthodontics*. 2009;36(3):152-159.
 30. Borges AB, Guimaraes CA, Bresciani E, Ramos CJ, Borges AL, Rocha Gomes Torres C. Effect of incorporation of remineralizing agents into bleaching gels on the microhardness of bovine enamel in situ. *The journal of contemporary dental practice*. 2014;15(2):195-201.
 31. Marques LS, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, et al. Factors associated with the desire for orthodontic treatment among Brazilian adolescents and their parents. *BMC Oral Health*. 2009;9:34.
 32. Shaw WC. The influence of children's dentofacial appearance on their social

- attractiveness as judged by peers and lay adults. *American journal of orthodontics*. 1981;79(4):399-415.
33. Kolawole KA, Ayeni OO, Osiatuma VI. Psychosocial impact of dental aesthetics among university undergraduates. *International orthodontics*. 2012;10(1):96-109.
34. Al-Omiri MK, Karasneh JA, Lynch E, Lamey PJ, Clifford TJ. Impacts of missing upper anterior teeth on daily living. *International dental journal*. 2009;59(3):127-132.
35. Kotha SB, AlMenawi A, AlKhalaf RA, Binhezaim AK, AlHarbi TH. Children's Social Perception of Peers' Dento-Facial Condition: A Cross-Sectional Study. *Open access Macedonian journal of medical sciences*. 2018;6(8):1480-1485.
36. Cortes MI, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2002;30(3):193-198.
37. Fakhruddin KS, Lawrence HP, Kenny DJ, Locker D. Impact of treated and untreated dental injuries on the quality of life of Ontario school children. *Dental traumatology : official publication of International Association for Dental Traumatology*. 2008;24(3):309-313.

Tabelas

Tabela 1– Características sócio demográficas, biológicas e comportamentais de um grupo de universitários de cursos da área da saúde, Governador Valadares, Brasil (n=225).

Variáveis/Categorias	n*	%
Características Socio-demográficas		
Sexo	225	
Feminino	172	76.4
Masculino	53	23.6
Idade (anos)	225	
18- 20	84	37.3
21-25	118	52.4
26-30	18	8.0

≥31	5	2.3
Cor de Pele	225	
Branca	101	44.9
Preta	22	9.8
Parda	94	41.8
Amarela	8	3.6
Renda (salários mínimos=SM)	225	
≤1SM	7	3.1
1-3SM	86	38.2
3-5 SM	74	32.9
>5 SM	58	25.8
Auxilio	225	
Não	172	76,4
Sim	53	23,6
Percepção de Saúde Bucal e Estética		
Cárie Dentária presente ou passada autopercebida	225	
Não	64	28,4
Sim	161	71,6
Traumatismo dentário autopercebido	225	
Não	171	76,0
Sim	54	24,0
Sangramento gengival autopercebido	225	
Não	184	81,8
Sim	41	18,2
Apinhamento autopercebido	225	
Não	146	64,9
Sim	79	35,1
Overjet acentuado autopercebido	225	
Não	177	78,7
Sim	48	21,3
Mordida aberta autopercebido	225	
Não	180	80,0

Sim	45	20,0
Dor de dente nos últimos 6 meses	225	
Não	134	59,6
Sim	91	40,4
Satisfação com a cor dentária	225	
Não	122	54,2
Sim	103	45,8
Satisfação com aparência facial	225	
Não	75	33,3
Sim	150	66,7
Sente-se uma pessoa atraente		
Não	39	17,3
Relativamente	84	37,3
Sim	102	45,3
Impacto Psicossocial da Estética Dentária		
Impacto psicossocial da estética dentária		
Alta	5	2.2
Media	42	18.7
Baixa	178	79.1
Autoconfiança Dentária		
Alta	101	44.9
Media	92	40.9
Baixa	32	14.2
Influência Social		
Alta	4	1.8
Media	16	7.1
Baixa	205	91.1
Influência Psicológica		
Alta	5	2.2
Media	56	24.9
Baixa	164	72.9
Preocupação Estética		

Alta	22	9.8
Media	41	18.2
Baixa	164	72.0
Satisfação com aparência dental		
Insatisfeito	139	61.8
Satisfeito	86	38.2

*Valores menores a 225 devido a dados incompletos

Tabela 2 - Associação entre a insatisfação com a aparência dentária e fatores sociodemográficos, comportamentais e psicoafetivos em universitários, Governador Valadares, Brasil, 2018.

Variáveis / Categorias	Insatisfação com a aparência dentária		valor p	
	n	(%)		
Sexo			139	0.292*
Feminino	103	(59.9)		
Masculino	36	(67.9)		
Idade (anos)			139	0.635**
18-20	54	(64.3)		
21-25	72	(61.0)		
26-30	9	(50.0)		
≥31	4	(80.0)		
Cor			139	0.166*
Branca	56	(55.5)		
Preta	13	(59.1)		
Parda	66	(70.2)		
Amarela	4	(50.0)		
Renda (salário mínimo=SM)			139	0.036**
≤1	5	(71.4)		
1-3	61	(71.0)		
3-5	41	(55.4)		

>5	32	(55.2)		
Auxílio			139	0.029*
No	113	(65.7)		
Yes	26	(49.1)		
Cárie Dentária autopercebida			139	0.800*
Não	40	(62.5)		
Sim	99	(61.5)		
Traumatismo dentário autopercebido			139	0.136*
Não	101	(59.1)		
Sim	38	(70.4)		
Sangramento gengival			139	0.097*
Não	109	(59.2)		
Sim	30	(73.2)		
Apinhamento autopercebido			139	0.001*
Não	72	(49.3)		
Sim	67	(84.8)		
Overjet acentuado			139	0.001*
Não	99	(56.0)		
Sim	40	(83.3)		
Mordida aberta			139	0.014*
Não	104	(57.8)		
Sim	35	(77.8)		
Dor de dente nos últimos 6 meses			139	0.003*
Não	72	(53.7)		
Sim	67	(73.6)		
Satisfação com a cor dentária			139	0.001
Não	98	(80.3)		
Sim	41	(39.8)		
Satisfação com aparência facial			139	0.001*
Não	66	(88.0)		
Sim	73	(48.7)		
Sente-se uma pessoa atraente			139	0.001*

Não	32	(82.1)		
Relativamente	36	(42.9)		
Sim	71	(69.6)		
Impacto psicossocial da estética dentária			139	0.001**
Baixa	92	(51.7)		
Media	42	(100.0)		
Alta	5	(100.0)		
Autoconfiança Dentária			139	0.001**
Alta	25	(24.8)		
Media	82	(89.1)		
Baixa	32	(100.0)		
Influencia Social			139	0.001**
Baixa	121	(59.0)		
Media	14	(87.5)		
Alta	4	(100.0)		
Influencia Psicológica			139	0.001**
Baixa	80	(48.8)		
Media	54	(96.4)		
Alta	5	(100.0)		
Preocupação Estética			139	0.919**
Baixa	94	(58.0)		
Media	37	(90.3)		
Alta	8	(36.7)		

* qui quadrado (χ^2) teste T * χ^2 tendência linear

Tabela 3 - Razão de Prevalência (RP) bruta (c) e ajustada (a) para insatisfação com a aparência dentária de universitários de acordo a fatores sociodemográficos, comportamentais e psicológicos. Governador Valadares, MG, Brasil. 2018.

Variáveis /Categorias	Insatisfação com a aparência dentária			
	RP ^b (95%IC)	valor p *	RP ^a (95%IC)	valor p*
Cor de Pele				
Branca	1.0	0.111		
Preta	1.03 (0.75:1.41)			
Parda	1.17 (0.98: 1.39)			
Amarela	0.82 (0.46:1.46)			
Renda (salário mínimo=SM)		0.732		
≤1	1.0			
1-3	1.12 (0.86:1.46)			
3-5	1.06 (0.78:1.45)			
>5	1.08 (0.79:1.46)			
Auxilio		0.072		0.080
Não	1.0		1.0	
Sim	0.66 (0.49:0.89)		0.81(0.64:1.02)	
Traumatismo		0.003		0.003
Não	1.0		1.0	
Sim	1.37 (1.13:1.66)		1.33(1.10:1.60)	
Sangramento Gengival		0.193		
Não	1.0			
Sim	0.92 (0.75:1.13)			
Apinhamento		0.018		0.009
Não	1.0		1.0	
Sim	1.21(1.00:1.46)		1.26 (1.06:1.49)	
Overjet alterado		0.536		
Não	1.0			
Sim	1.09 (0.9:1.33)			
Mordida aberta		0.544		
Não	1.0			
Sim	1.03 (0.86:1.25)			

Dor nos últimos 6 meses		0.174		
Não	1.0			
Sim	1.13(0.95:1.35)			
Satisfação com a cor dentária		0.003		0.002
Não	1.0		1.0	
Sim	0.72 (0.57:0.91)		0.70 (0.56:0.88)	
Satisfação com a aparência Facial		0.063		0.018
Não	1.0		1.0	
Sim	0.81 (0.66:0.99)		0.80 (0.67:0.96)	
Sente-se uma pessoa atraente		0.331		
Não	1.0			
Sim	0.83(0.61:1.12)			
Relativamente	0.92(0.71:1.17)			
Impacto psicossocial da estética dentária		0.038		0.043
Baixa	1.0		1.0	
Média	1.07(0.61:1.34)		1.13 (0.98:1.31)	
Alta	1.16 (0.73:1.84)		1.01 (0.83:1.23)	
Autoconfiança Dentária		0.001		0.001
Alta	1.0		1.0	
Média	2.71 (1.89:3.91)		2.84(1.96:4.10)	
Baixa	2.63 (1.79: 3.87)		2.74 (1.84:4.08)	
Influência Social		0.721		
Baixa	1.0			
Média	1.04 (0.53:1.08)			
Alta	1.10 (0.88:1.37)			
Influência Psicológica		0.471		
Baixa	1.0			
Média	1.10 (0.88:1.37)			
Alta	0.85 (0.59:1.22)			

* Variáveis com $p > 0,20$ na análise bivariada não foram incluídas no modelo de análise multivariada.

3.3 Artigo 3

Resultados sobre Dieta. Resumos a serem apresentados em dois eventos SBPqO e XV Seminários de Iniciação científica UNIVALE

Mudança de hábitos alimentares dos jovens universitários: Resultados de um levantamento *on-line*

Piski JFT¹, Salas MMS¹

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares , MG, Brasil.

Resumo

O objetivo do presente estudo foi determinar os hábitos alimentares e fatores associados às mudanças na dieta de jovens universitários. Trata-se de um estudo

transversal online submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer 2.761.946) realizado em 225 universitários. A coleta de dados foi através da aplicação de um questionário *online* baseado na literatura que incluía questões sociodemográficas e comportamentais incluindo dieta e atividade física. A análise estatística foi descritiva, bivariada (Qui-Quadrado, Fisher e/ou Tendência Linear) e multivariada usando a regressão de Poisson. Foram obtidas razões de prevalência e intervalos de confiança a 95%. Nos universitários, 86,2% relataram ter mudado de dieta após ingressarem à universidade e 84,9% mudariam de hábitos alimentares principalmente por saúde (75,6%). A maioria consome 2-3 vezes semanalmente *fastfood* (72,9%), comida industrializada (50,2%), refrigerantes (46,2%), guloseimas (51,1%), bolachas (49,8%) e salgadinhos (53,8%), assim como sucos de frutas naturais (60,0%), frutas (42,7%) e iogurte (49,8%). Consomem 6 ou mais vezes na semana verduras e legumes (38,2%). A análise multivariada indicou que o desejo de mudar de dieta diminuiu com o maior consumo de frutas naturais (RP 0.76 IC95% (0.64:0.90)); verduras e vegetais (RP 0.86 IC95% (0.76:0.97)). No presente estudo, os universitários apresentaram alto consumo de alimentos industrializados e baixo consumo de alimentos naturais. O desejo de mudança de hábitos esteve associado ao baixo consumo de frutas e verduras.

Palavras-Chave: Hábitos alimentares, Mudança da dieta, Adulto Jovem, Fatores associados, levantamento on-line.

Introdução

Mudanças de comportamento observados entre os jovens, relacionadas a hábitos deletérios podem produzir mudanças no padrão de vida e de saúde que podem se estender na vida adulta. Hábitos alimentares podem ser alterados significativamente durante a adolescência, e o fumo e consumo de álcool podem estar sendo introduzidos precocemente na vida dos jovens a partir de uma pressão de interação social. Estes comportamentos colocam em risco à saúde geral e bucal das pessoas de forma precoce. Dessa forma, a realização de levantamentos epidemiológicos colabora com a informação base para a formulação de estratégias de intervenção, que possam promover, prevenir e/ou controlar a ocorrência de

hábitos deletérios. O objetivo do presente estudo foi determinar os hábitos alimentares e fatores associados às mudanças na dieta de jovens universitários.

Resultados

Participaram do estudo 225 estudantes de seis cursos de saúde incluindo medicina, odontologia, fisioterapia, nutrição, farmácia e educação física. A maioria dos universitários eram mulheres (76,4%), entre 18 e 25 anos (89,7%), de cor de pele branca(44,9%) e parda(41,8%), com renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos (71,1%), são de outras cidades do estado (53,3%) e moram em republicas ou residências com amigos(43,1%). Recebem algum tipo de auxílio 23,3%, sendo que 34,6 auxílios moradias e de permanência e 21,1% mais de duas bolsas. Os estudantes relataram praticar alguma atividade física (48,0%) por saúde (64,0%). Em relação aos hábitos alimentares, 86,2% relataram ter mudado de dieta após ingressarem à universidade e 84,9% dos estudantes mudariam de hábitos alimentares principalmente por saúde (75,6%). Atualmente a maioria consome pelo menos 3 vezes por semana *fast food* (72,9%), comida industrializada (50,2%), refrigerantes (46,2%), guloseimas (51,1%), bolachas (49,8%) e salgadinhos (53,8%). Já, suco de frutas naturais (60,0%) frutas naturais (42,7%), iogurte (49,8%) são consumidos pelo menos 3 vezes por semana, verduras e legumes 38,2% relataram consumi-las mais de 6 vezes por semana. A análise bivariada, encontrou que o desejo de mudança de hábitos alimentares esteve associado a não fazer atividade física ($p<0.038$), maior consumo de refrigerante semanal ($p<0.012$), suco de fruta natural semanal ($p<0,003$), menor consumo de frutas naturais semanal ($p<0.001$), menor consumo de verduras ($p<0.001$) e a insatisfação com a cor dentaria ($p<0.002$). A análise multivariada indicou que nos estudantes universitários, o alto consumo de frutas naturais (RP 0.76 IC95% (0.64:0.90)); verduras e vegetais de 6 ou mais vezes por semana (RP 0.86 IC95% (0.76:0.97)) e a satisfação com a cor dentaria (RP 0.85 95% (0.77:0.94) diminuíram as chances do desejo de mudar de hábitos alimentares.

Tabelas

Tabela 1– Características sócio demográficas, biológicas e comportamentais de um grupo de universitários, Governador Valadares, Brasil (n=225).

Variáveis/Categorias	n*	%
Características Socio-demográficas		
Sexo	225	
Feminino	172	76.4
Masculino	53	23.6
Idade (anos)	225	
18- 20	84	37.3
21-25	118	52.4
26-30	18	8.0
≥31	5	2.3
Cor de Pele	225	
Branca	101	44.9
Preta	22	9.8
Parda	94	41.8
Amarela	8	3.6
Renda (salários mínimos=SM)	225	
≤1SM	7	3.1
1-3SM	86	38.2
3-5 SM	74	32.9
>5 SM	58	25.8
Auxilio	225	
Não	172	76,4
Sim	53	23,6
Tipo de Auxilio	52	
Moradia	9	17.3
PNAES	9	17.3
Transporte	6	11.5
Alimentação	2	3.9
Permanência	4	7.7
Outras	11	21.2
Dois ou mais	11	21.2

Local de Residência da Família	225	
GV	81	36,0
Outra cidade de MG	120	53,3
Outro estado	24	10,7
Tipo de Residência	225	
Residência da família/família	80	35,6
Parente/Amigo/Outro	20	8,9
Sozinho	28	12,4
República/ amigos	97	43,1
Curso	225	
Farmácia	33	14,7
Medicina	15	6,7
Fisioterapia	16	7,1
Nutrição	50	22,2
Educação Física	21	9,3
Odontologia	90	40,0
Hábitos e comportamentos		
Desejo de mudança de dieta	225	
Não	31	13,8
Sim	194	86,2
Consumo de balas/chicletes/pirulitos semanal	225	
Nunca	75	33,3
1 a 3 vezes	115	51,1
4 a 6 vezes	22	9,8
> 6 vezes	13	5,8
Consumo de <i>fast-food</i> semanal	225	
Nunca	50	22,2
1 a 3 vezes	164	72,9
4 a 6 vezes	10	4,4
> 6 vezes	1	0,4
Consumo de alimentos industrializados semanal	225	

Nunca	7	3,1
1 a 3 vezes	113	50,2
4 a 6 vezes	62	27,6
> 6 vezes	43	19,1
Consumo de refrigerante semanal	225	
Nunca	97	43,1
1 a 3 vezes	104	46,2
4 a 6 vezes	13	5,8
Mais do que 6 vezes	11	4,9
Consumo de bolachas semanal	225	
Nunca	48	21,3
1 a 3 vezes	112	49,8
4 a 6 vezes	37	16,4
> 6 vezes	28	12,4
Consumo de salgadinhos semanal	225	
Nunca	73	32,4
1 a 3 vezes	121	53,8
4 a 6 vezes	24	10,7
> 6 vezes	7	3,1
Consumo de suco de fruta natural semanal	225	
Nunca	42	18,7
1 a 3 vezes	135	60,0
4 a 6 vezes	32	14,2
> 6 vezes	16	7,1
Consumo de iogurte semanal	225	
Nunca	73	32,4
1 a 3 vezes	112	49,8
4 a 6 vezes	27	12,0
Mais do que 6 vezes	13	5,8
Consumo de frutas naturais semanal	225	
Nunca	13	5,8
1 a 3 vezes	96	42,7
4 a 6 vezes	57	25,3

> 6 vezes	59	26,2
Consumo de verduras e legumes semanal	225	
Nunca	7	3,1
1 a 3 vezes	72	32,0
4 a 6 vezes	60	26,7
> 6 vezes	86	38,2
Mudaria hábitos alimentares	225	
Não	27	12,0
Sim	191	84,9
Não sei	7	3,1
Motivos para mudar de hábitos alimentares	225	
Saúde	170	75,6
Estética	52	23,1
Outro	3	1,3
Atividade física	225	
Não	117	52,0
Sim	108	48,0
Motivo para prática de atividade física	225	
Saúde	144	64,0
Estética	34	15,1
Interação social	2	0,9
Todas	36	16,0
Outro	9	4,0
Satisfação com aparência dental		
Sim		
Não		
Satisfação com a cor do dente		
Não		
Sim		
Sente-se uma pessoa atraente		
Não		
Sim		

Relativamente

*Valores menores a 225 devido dados incompletos

Tabela 2 - Associação entre o desejo de mudança de dieta e fatores sociodemográfico e comportamental de universitários, Governador Valadares, MG , Brasil, 2018.

Variáveis / Categorias	Desejo de mudar de dieta			valor p
	Presente		Total	
	n	(%)		
Sexo			198	0.862
Mulheres	151	(87.8)		
Homens	47	(88.7)		
Idade (meses)			198	0.163
18-20	77	(91.7)		
21-25	101	(85.6)		
26-30	17	(94,4)		
≥31	3	(60.0)		
Cor de pele			198	0.290
Branco	86	(85.2)		
Preto	18	(81.8)		
Castanho	86	(91.5)		
Amarelo	8	(100.0)		
Renda (salário mínimo = MW)			198	0.333
≤1	4	(57.1)		
1-3	81	(94.2)		
3-5	65	(87.8)		
>5	48	(82.8)		
Programa de bolsas universitárias			198	0.428
Não	153	(89.0)		

Sim	45	(84.9)		
Tipo de Residência			198	0.891
República/ Compartilha apartamento/casa	85	87.6		
Residência da família/família	72	90.0		
Sozinho	24	85.7		
Parente/Amigo/Outro	17	85.0		
Desempenho acadêmico			198	0.054
Pobre	4	57.1		
Regular	52	92.9		
Boa	110	88.0		
Muito bom	32	86.5		
Atividade física			198	0.038
Não	108	(92.3)		
Sim	90	(83.3)		
Mudança de dieta na Universidade			198	0.175
Não	25	(80.7)		
Sim	173	(89.2)		
Consumo de balas/chicletes/pirulitos seminal			198	
Nunca	64	(85.3)		0.143
1 a 3 vezes	101	(87.8)		
4 a 6 vezes	20	(90.9)		
> 6 vezes	13	(100.0)		
Consumo de fast-food semanal			198	0.859
Nunca	42	(84.0)		
1 a 3 vezes	148	(90.2)		
4 a 6 vezes	7	(70.0))		
> 6 vezes	1	(100.0)		
Consumo de alimentos industrializados seminal			198	0.221
Nunca	6	(85.7)		
1 a 3 vezes	97	(85.8)		
4 a 6 vezes	55	(88.7)		

> 6 vezes	40	(93.0)		
Consumo de refrigerante semanal			198	0.012
Nunca	78	(80.4)		
1 a 3 vezes	97	(93.3)		
4 a 6 vezes	13	(100.0)		
Mais do que 6 vezes	10	(90.9)		
Consumo de bolachas semanal			198	0.754
Nunca	39	81.3		
1 a 3 vezes	102	91.1		
4 a 6 vezes	34	91.9		
> 6 vezes	23	82.1		
Consumo de salgadinhos semanal			198	0.822
Nunca	60	82.2		
1 a 3 vezes	112	92.6		
4 a 6 vezes	22	91.7		
> 6 vezes	4	57.1		
Consumo de suco de fruta natural semanal				0.003
Nunca	40	(95.2)		
1 a 3 vezes	120	(88.9)		
4 a 6 vezes	28	(87.5)		
> 6 vezes	10	(62.5)		
Consumo de iogurte semanal			198	0.548
Nunca	65	(89.0)		
1 a 3 vezes	99	(88.4)		
4 a 6 vezes	23	(85.2)		
Mais do que 6 vezes	11	(84.6)		
Consumo de frutas naturais semanal			198	0.000
Nunca	13	(100.0)		
1 a 3 vezes	92	(95.8)		
4 a 6 vezes	51	(89.5)		
> 6 vezes	42	(71.2)		
Consumo de verduras e legumes semanal			198	0.000
Nunca	7	(100.0)		

1 a 3 vezes	68	(94.4)		
4 a 6 vezes	57	(95.0)		
> 6 vezes	66	(76.7)		
Satisfação com aparência dental			198	0.120
Sim	72	(83.7)		
Não	126	(90.7)		
Satisfação com a cor do dente			198	0.002
Não	115	(94.3)		
Sim	83	(80.6)		
Sente-se uma pessoa atraente			198	0.111*
Não	36	(92.3)		
Sim	69	(82.1)		
Relativamente	93	(91.3)		

* Chi-square (χ^2) test * χ^2 test for linear trend

Tabela 3 - Razão de Prevalência (RP) bruta (c) e ajustada (a) do desejo de mudar de dieta dos universitários segundo fatores sociodemográficos, comportamentais e psicológicos. Governador Valares, MG, Brasil. 2018.

Variáveis /Categorias	Desejo de mudar de dieta Presente			
	RP ^b (95%IC)	valor p	RP ^a (95%IC)	valor p
Idade (meses)		0.243		
18-20	1.0			
21-25	0.91(0.83:1.01)			
26-30	1.05(0.92:1.21)			
≥31	0.80 (0.46:1.39)			
Desempenho acadêmico		0.428		
Pobre	1.0			
Regular	1.55(0.90:2.67)			
Boa	1.56(0.90:2.70)			
Muito bom	1.53(0.87:2.68)			
Atividade física		0.305		

Não	1.0		
Sim	0.95(0.86:1.05)		
Mudança de dieta na		0.148	
Universidade			
Não	1.0		
Sim	1.12 (0.96:1.30)		
Consumo de		0.666	
balas/chicletes/pirulitos semanal			
Nunca	1.0		
1 a 3 vezes	0.97(0.86:1.08)		
4 a 6 vezes	0.94(0.78:1.12)		
> 6 vezes	1.03(0.90:1.19)		
Consumo de refrigerante seminal		0.191	
Nunca	1.0		
1 a 3 vezes	1.11 (0.99:1.23)		
4 a 6 vezes	1.14(0.99:1.31)		
Mais do que 6 vezes	1.09(0.84:1.40)		
Consumo de suco de fruta natural		0.307	
semanal			
Nunca	1.0		
1 a 3 vezes	1.02 (0.93:1.11)		
4 a 6 vezes	1.03 (0.88:1.19)		
> 6 vezes	0.79 (0.56:1.11)		
Consumo de frutas naturais		0.017	0.001
semanal			
Nunca	1.0	1.0	
1 a 3 vezes	0.95 (0.86:1.04)	0.95 (0.89:1.01)	
4 a 6 vezes	0.89 (0.76: 1.05)	0.90 (0.81:1.00)	
> 6 vezes	0.78 (0.64:0.94)	0.76(0.64:0.90)	
Consumo de verduras e legumes		0.106	0.061
semanal			
Nunca	1.0	1.0	
1 a 3 vezes	0.91 (0.80:1.04)	0.95(0.87:1.03)	

4 a 6 vezes	0.92(0.79:1.06)		0.97 (0.88:1.06)
> 6 vezes	0.85(0.72:0.99)		0.86 (0.76:0.97)
Satisfação com aparência dental		0.878	
Satisfeito	1.0		
Insatisfeito	0.99(0.89:1.10)		
Satisfação com a cor do dente		0.002	0.001
Não	1.0		1.0
Sim	0.84 (0.76:0.94)		0.85 (0.77:0.94)
Sente-se uma pessoa atraente		0.367	
Não	1.0		
Sim	1.01 (0.89:1.15)		
Relativamente	1.06 (0.93:1.20)		

* Variáveis com $p > 0,20$ na análise bivariada não foram incluídas no modelo de análise multivariada.

4 CONCLUSÃO

Nos universitários, a prevalência de consumo de álcool, de comidas industrializadas e a insatisfação com a aparência dentária foi alta e estiveram associados a fatores sociodemográficos, comportamentais e de agravos auto referidos.

REFERÊNCIAS

1. Aburto Barrenechea M, Esteban González C, Quintana López JM, Bilbao González A, Moraza Cortés FJ, Capelastegui Saiz A. Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes. Influencia del entorno familiar. *Anales de Pediatría*. 2007;66(4):357-66.
2. Agou S, Locker D, Muirhead V, Tompson B, Streiner DL. Does psychological well-being influence oral-health-related quality of life reports in children receiving orthodontic treatment? *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*. 2011;139(3):369-77.
3. Aguilar-Zinser V, Irigoyen ME, Rivera G, Maupome G, Sanchez-Perez L, Velazquez C. Cigarette smoking and dental caries among professional truck drivers in Mexico. *Caries research*. 2008;42(4):255-62.
4. Akarslan ZZ, Sadik B, Erten H, Karabulut E. Dental esthetic satisfaction,

received and desired dental treatments for improvement of esthetics. Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research. 2009;20(2):195-200.

5. Al-Habashneh R, Al-Omari MA, Taani DQ. Smoking and caries experience in subjects with various form of periodontal diseases from a teaching hospital clinic. International journal of dental hygiene. 2009;7(1):55-61.

6. Alkhatib MN, Holt R, Bedi R. Age and perception of dental appearance and tooth colour. Gerodontology. 2005;22(1):32-6.

7. Alkhatib MN, Holt R, Bedi R. Prevalence of self-assessed tooth discolouration in the United Kingdom. J Dent. 2004;32(7):561-6.

8. Al-Omiri MK, Karasneh JA, Lynch E, Lamey PJ, Clifford TJ. Impacts of missing upper anterior teeth on daily living. International dental journal. 2009;59(3):127-32.

9. Al-Zarea BK. Satisfaction with appearance and the desired treatment to improve aesthetics. International journal of dentistry. 2013;2013:912368.

10. Andrews JA, Severson HH, Lichtenstein E, Gordon JS. Relationship between tobacco use and self-reported oral hygiene habits. Journal of the American Dental Association (1939). 1998;129(3):313-20.

11. Araujo MW, Dermen K, Connors G, Ciancio S. Oral and dental health among inpatients in treatment for alcohol use disorders: a pilot study. Journal of the International Academy of Periodontology. 2004;6(4):125-30.

12. Axelsson P, Paulander J, Lindhe J. Relationship between smoking and dental status in 35-, 50-, 65-, and 75-year-old individuals. Journal of clinical periodontology. 1998;25(4):297-305.

13. Azodo C, Ogbomo A. Self-Evaluated Dental Appearance Satisfaction among Young Adults. Annals of medical and health sciences research. 2014;4(4):603-7.

14. Bartoloni JA, Chao SY, Martin GC, Caron GA. Dental caries risk in the U.S. Air Force. Journal of the American Dental Association (1939). 2006;137(11):1582-91.

15. Belstrom D, Holmstrup P, Nielsen CH, Kirkby N, Twetman S, Heitmann BL,

et al. Bacterial profiles of saliva in relation to diet, lifestyle factors, and socioeconomic status. *Journal of oral microbiology*. 2014;6.

16. Belstrom D, Holmstrup P, Nielsen CH, Kirkby N, Twetman S, Heitmann BL, et al. Bacterial profiles of saliva in relation to diet, lifestyle factors, and socioeconomic status. *Journal of oral microbiology*. 2014;6.

17. Boeira GF, Salas MMS, Araujo DC, Massotti A, Correa MB, Demarco FF. Factors influencing dental appearance satisfaction in adolescents. A cross-sectional study conducted in Brazilian Southern private schools. *Journal of Dentistry (In Press)*. 2015.

18. Bono RS, Barnes AJ, Dick DM, Kendler KS. Drinking, Cigarette Smoking, and Employment Among American College Freshmen at a Four-Year University. *Substance use & misuse*. 2017;52(2):182-93.

19. Bonomo YA, Bowes G, Coffey C, Carlin JB, Patton GC. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction (Abingdon, England)*. 2004;99(12):1520-8.

20. Borges AB, Guimaraes CA, Bresciani E, Ramos CJ, Borges AL, Rocha Gomes Torres C. Effect of incorporation of remineralizing agents into bleaching gels on the microhardness of bovine enamel in situ. *The journal of contemporary dental practice*. 2014;15(2):195-201.

21. Bowden JA, Delfabbro P, Room R, Miller CL, Wilson C. Prevalence, perceptions and predictors of alcohol consumption and abstinence among South Australian school students: a cross-sectional analysis. *BMC public health*. 2017;17(1):549.

22. Brasil. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Brasília; 2009.

23. Bruno-Ambrosius K, Swanholm G, Twetman S. Eating habits, smoking and toothbrushing in relation to dental caries: a 3-year study in Swedish female teenagers. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2005;15(3):190-6.

24. Campus G, Cagetti MG, Senna A, Blasi G, Mascolo A, Demarchi P, et al. Does smoking increase risk for caries? a cross-sectional study in an Italian military academy. *Caries research*. 2011;45(1):40-6.

25. Celio MA, Vetter-O'Hagen CS, Lisman SA, Johansen GE, Spear LP.

Integrating field methodology and web-based data collection to assess the reliability of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Drug and alcohol dependence*. 2011;119(1-2):142-4.

26. Chestnutt IG, Burden DJ, Steele JG, Pitts NB, Nuttall NM, Morris AJ. The orthodontic condition of children in the United Kingdom, 2003. *British dental journal*. 2006;200(11):609-12;quiz 38.

27. Chiapetti N, Serbena CA. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma Universidade de Curitiba. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007;20:303-13.

28. Coelho IZ, Bastos JL, Celeste RK. Moderators of the association between discrimination and alcohol consumption: findings from a representative sample of Brazilian university students. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2015;37(2):72-81.

29. Copeland LB, Krall EA, Brown LJ, Garcia RI, Streckfus CF. Predictors of tooth loss in two US adult populations. *Journal of public health dentistry*. 2004;64(1):31-7.

30. Cortes MI, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2002;30(3):193-8.

31. Davoren MP, Shiely F, Byrne M, Perry IJ. Hazardous alcohol consumption among university students in Ireland: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2015;5(1):e006045.

32. Dazio EM, Zago MM, Fava SM. Use of alcohol and other drugs among male university students and its meanings. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 2016;50(5):785-91.

33. Eli I, Bar-Tal Y, Kostovetzki I. At first glance: social meanings of dental appearance. *Journal of public health dentistry*. 2001;61(3):150-4.

34. Fabelo JR, Iglesias S, Cabrera R, Maldonado MT. Tobacco and alcohol consumption among health sciences students in Cuba and Mexico. *MEDICC review*. 2013;15(4):18-23.

35. Fakhruddin KS, Lawrence HP, Kenny DJ, Locker D. Impact of treated and untreated dental injuries on the quality of life of Ontario school children. *Dental*

traumatology : official publication of International Association for Dental Traumatology. 2008;24(3):309-13.

36. Fure S. Ten-year cross-sectional and incidence study of coronal and root caries and some related factors in elderly Swedish individuals. *Gerodontology*. 2004;21(3):130-40.

37. Gignon M, Havet E, Ammirati C, Traulle S, Manaouil C, Balcaen T, et al. Alcohol, cigarette, and illegal substance consumption among medical students: a cross-sectional survey. *Workplace health & safety*. 2015;63(2):54-63.

38. Hepworth J, Schofield T, Leontini R, Germov J. Alcohol-related harm minimization practices among university students: Does the type of residence have an impact? *British journal of health psychology*. 2018;23(4):843-56.

39. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2006;160(7):739-46.

40. Hirsch JM, Livian G, Edward S, Noren JG. Tobacco habits among teenagers in the city of Goteborg, Sweden, and possible association with dental caries. *Swedish dental journal*. 1991;15(3):117-23.

41. Holmen A, Stromberg U, Magnusson K, Twetman S. Tobacco use and caries risk among adolescents--a longitudinal study in Sweden. *BMC Oral Health*. 2013;13:31.

42. Hugoson A, Hellqvist L, Rolandsson M, Birkhed D. Dental caries in relation to smoking and the use of Swedish snus: epidemiological studies covering 20 years (1983–2003). *Acta Odontologica Scandinavica*. 2012;70(4):289-96.

43. IBGE. Características da população e domicílios - Resultados do Universo - Notas metodológica. 2010;2012(10 Mar).

44. Ibiyemi O, Taiwo JO. Psychosocial aspect of anterior tooth discoloration among adolescents in igbo-ora, southwestern Nigeria. *Annals of Ibadan postgraduate medicine*. 2011;9(2):94-9.

45. Iida H, Kumar JV, Kopycka-Kedzierawski DT, Billings RJ. Effect of tobacco smoke on the oral health of U.S. women of childbearing age. *Journal of public health dentistry*. 2009;69(4):231-41.

46. Jalilian F, Karami Matin B, Ahmadpanah M, Ataee M, Ahmadi Jouybari T, Eslami AA, et al. Socio-demographic characteristics associated with cigarettes smoking, drug abuse and alcohol drinking among male medical university students in Iran. *Journal of research in health sciences*. 2015;15(1):42-6.
47. Jorge KO, Paiva PCP, Ferreira EFE, Vale MPD, Kawachi I, Zarzar PM. Alcohol intake among adolescent students and association with social capital and socioeconomic status. *Ciencia & saude coletiva*. 2018;23(3):741-50.
48. Kaieda AK, Bulgareli JV, Cunha IPD, Vedovello SAS, Guerra LM, Ambrosano GMB, et al. Malocclusion and dental appearance in underprivileged Brazilian adolescents. *Brazilian oral research*. 2019;33.
49. Kershaw S, Newton JT, Williams DM. The influence of tooth colour on the perceptions of personal characteristics among female dental patients: comparisons of unmodified, decayed and 'whitened' teeth. *British dental journal*. 2008;204(5):E9; discussion 256-7.
50. Klein BE, Klein R, Knudtson MD. Life-style correlates of tooth loss in an adult Midwestern population. *Journal of public health dentistry*. 2004;64(3):145-50.
51. Kolawole KA, Ayeni OO, Osiatuma VI. Psychosocial impact of dental aesthetics among university undergraduates. *International orthodontics*. 2012;10(1):96-109.
52. Kotha SB, AlMenawi A, AlKhalaf RA, Binhezaim AK, AlHarbi TH. Children's Social Perception of Peers' Dento-Facial Condition: A Cross-Sectional Study. *Open access Macedonian journal of medical sciences*. 2018;6(8):1480-5.
53. Krey KF, Hirsch C. Frequency of orthodontic treatment in German children and adolescents: influence of age, gender, and socio-economic status. *European journal of orthodontics*. 2012;34(2):152-7.
54. Kypri K, Langley JD, McGee R, Saunders JB, Williams S. High prevalence, persistent hazardous drinking among New Zealand tertiary students. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2002;37(5):457-64.
55. Lambert Passos SR, Alvarenga Americano do Brasil PE, Borges dos Santos MA, Costa de Aquino MT. Prevalence of psychoactive drug use among medical students in Rio de Janeiro. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

2006;41(12):989-96.

56. Leontini R, Schofield T, Lindsay J, Rebecca B, Julie H, John G. "Social Stuff" and Institutional Micro-Processes: Alcohol Use by Students in Australian University Residential Colleges. *Contemporary Drug Problems*. 2015;42(3):171-87.

57. Macintyre S, West P. Social, developmental and health correlates of 'attractiveness' in adolescence. *Sociology of Health & Illness*. 1991;13(2):149-67.

58. Mackinnon SP, Couture ME, Cooper ML, Kuntsche E, O'Connor RM, Stewart SH. Cross-cultural comparisons of drinking motives in 10 countries: Data from the DRINC project. *Drug and alcohol review*. 2017;36(6):721-30.

59. Marques LS, Filogônio CA, Filogônio CB, Pereira LJ, Pordeus IA, Paiva SM, et al. Aesthetic impact of malocclusion in the daily living of Brazilian adolescents. *Journal of Orthodontics*. 2009;36(3):152-9.

60. Marques LS, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Filogonio CA, Filogonio CB, Pereira LJ, et al. Factors associated with the desire for orthodontic treatment among Brazilian adolescents and their parents. *BMC Oral Health*. 2009;9:34.

61. Marshall EJ. Adolescent alcohol use: risks and consequences. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2014;49(2):160-4.

62. Marshall EJ. Adolescent alcohol use: risks and consequences. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2014;49(2):160-4.

63. Meireles SS, Santos IS, Bona AD, Demarco FF. A double-blind randomized clinical trial of two carbamide peroxide tooth bleaching agents: 2-year follow-up. *J Dent*. 2010;38(12):956-63.

64. Menezes A, Lopez M, Hallal P, Muiño A, Perez-Padilla R, Jardim J, et al. Prevalence of smoking and incidence of initiation in the Latin American adult population: the PLATINO study. *BMC public health*. 2009;9(1):1-8.

65. Miller ET, Neal DJ, Roberts LJ, Baer JS, Cressler SO, Metrik J, et al. Test-retest reliability of alcohol measures: is there a difference between internet-based assessment and traditional methods? *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2002;16(1):56-63.

66. Miquel L, Rodamilans M, Gimenez R, Cambras T, Canudas AM, Gual A.

Alcohol consumption in college students from the pharmacy faculty. *Adicciones*. 2016;27(3):190-7.

67. Modeer T, Lavstedt S, Ahlund C. Relation between tobacco consumption and oral health in Swedish schoolchildren. *Acta Odontol Scand*. 1980;38(4):223-7.

68. Mota N, Alvarez-Gil R, Corral M, Rodriguez Holguin S, Parada M, Crego A, et al. Risky alcohol use and heavy episodic drinking among Spanish University students: a two-year follow-up. *Gaceta sanitaria*. 2010;24(5):372-7.

69. Moure-Rodriguez L, Pineiro M, Corral Varela M, Rodriguez-Holguin S, Cadaveira F, Caamano-Isorna F. Identifying Predictors and Prevalence of Alcohol Consumption among University Students: Nine Years of Follow-Up. *PloS one*. 2016;11(11):e0165514.

70. Mucci LA, Brooks DR. Lower use of dental services among long term cigarette smokers. *Journal of epidemiology and community health*. 2001;55(6):389-93.

71. Neumann LM, Christensen C, Cavanaugh C. Dental esthetic satisfaction in adults. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 1989;118(5):565-70.

72. Newbury-Birch D, White M, Kamali F. Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug and alcohol dependence*. 2000;59(2):125-30.

73. Newton JT, Prabhu N, Robinson PG. The impact of dental appearance on the appraisal of personal characteristics. *The International journal of prosthodontics*. 2003;16(4):429-34.

74. Niedermeier M, Fruhauf A. Alcohol Consumption and Physical Activity in Austrian College Students-A Cross-Sectional Study. 2018;53(10):1581-90.

75. Odioso LL, Gibb RD, Gerlach RW. Impact of demographic, behavioral, and dental care utilization parameters on tooth color and personal satisfaction. *Compendium of continuing education in dentistry (Jamesburg, NJ : 1995) Supplement*. 2000(29):S35-41; quiz S3.

76. Ojima M, Hanioka T, Shimada K, Haresaku S, Yamamoto M, Tanaka K. The role of tobacco use on dental care and oral disease severity within community dental clinics in Japan. *Tobacco induced diseases*. 2013;11(1):13.

77. Onyeaso CO, Sanu OO. Perception of personal dental appearance in Nigerian adolescents. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*. 2005;127(6):700-6.
78. Patro BK, Ravi Kumar B, Goswami A, Mathur VP, Nongkynrih B. Prevalence of dental caries among adults and elderly in an urban resettlement colony of New Delhi. *Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research*. 2008;19(2):95-8.
79. Poonam. Dental Aesthetics and patient satisfaction, a hospital based survey. *Archives of Oral Sciences & Research*. 2011:1-3.
80. Ramis TR, Mielke GI, Habeyche EC, Oliz MM, Azevedo MR, Hallal PC. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2012;15:376-85.
81. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223-33.
82. Sakki TK, Knuuttila ML, Vimpari SS, Kivela SL. Lifestyle, dental caries and number of teeth. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1994;22(5 Pt 1):298-302.
83. Samorodnitzky-Naveh GR, Geiger SB, Levin L. Patients' satisfaction with dental esthetics. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 2007;138(6):805-8.
84. Sawicki WC, Barbosa DA, Fram DS, Belasco AGS. Alcohol consumption, Quality of Life and Brief Intervention among Nursing university students. *Revista brasileira de enfermagem*. 2018;71(suppl 1):505-12.
85. Shaw WC. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. *American journal of orthodontics*. 1981;79(4):399-415.
86. Silva LVER, Malbergier A, Stempluk VdA, Andrade AGd. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40:280-8.
87. Simões C, Matos MGd, Batista-Foguet J. Consumo de substâncias na

adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2006;7:147-64.

88. Sinadinovic K, Berman AH, Hasson D, Wennberg P. Internet-based assessment and self-monitoring of problematic alcohol and drug use. *Addictive behaviors*. 2010;35(5):464-70.

89. Siti F, Tan BS, Mathew T. Dental esthetic impact of malocclusion and orthodontic treatment need based on self-perception among university students. *International Journal of Dental Science and Research*. 2015;2(2):49-54.

90. Skudutyte-Rysstad R, Sandvik L, Aleksejuniene J, Eriksen HM. Dental health and disease determinants among 35-year-olds in Oslo, Norway. *Acta Odontol Scand*. 2009;67(1):50-6.

91. Talhout R, Opperhuizen A, van Amsterdam JG. Sugars as tobacco ingredient: Effects on mainstream smoke composition. *Food and chemical toxicology : an international journal published for the British Industrial Biological Research Association*. 2006;44(11):1789-98.

92. Tessarollo FR, Feldens CA, Closs LQ. The impact of malocclusion on adolescents' dissatisfaction with dental appearance and oral functions. *The Angle orthodontist*. 2012;82(3):403-9.

93. Thakker KD. An overview of health risks and benefits of alcohol consumption. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 1998;22(7 Suppl):285s-98s.

94. Tin-Oo M, Saddki N, Hassan N. Factors influencing patient satisfaction with dental appearance and treatments they desire to improve aesthetics. *BMC Oral Health*. 2011;11(1):1-8.

95. Tomar SL, Asma S. Smoking-attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of periodontology*. 2000;71(5):743-51.

96. Van der Geld P, Oosterveld P, Van Heck G, Kuijpers-Jagtman AM. Smile attractiveness. Self-perception and influence on personality. *The Angle orthodontist*. 2007;77(5):759-65.

97. Vellappally S, Fiala Z, Smejkalova J, Jacob V, Shriharsha P. Influence of tobacco use in dental caries development. *Central European journal of public health*.

2007;15(3):116-21.

98. Vellappally S, Jacob V, Smejkalova J, Shriharsha P, Kumar V, Fiala Z. Tobacco habits and oral health status in selected Indian population. *Central European journal of public health*. 2008;16(2):77-84.

99. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7.

100. Vieira VCR, Priore SE, Ribeiro SMR, Franceschini SDCC, Almeida LP. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. *Revista de Nutrição*. 2002;15:273-82.

101. White Hr, Mcmorris BJ, Catalano RF, Fleming CB, Haggerty KP, Abbott RD. Increases in Alcohol and Marijuana Use During the Transition Out of High School Into Emerging Adulthood: The Effects of Leaving Home, Going to College, and High School Protective Factors. *Journal of Studies on Alcohol*. 2006;67(6):810-22.

102. Wicki M, Kuntsche E, Gmel G. Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addictive behaviors*. 2010;35(11):913-24.

103. Wiefferink CH, Peters L, Hoekstra F, Dam GT, Buijs GJ, Paulussen TG. Clustering of health-related behaviors and their determinants: possible consequences for school health interventions. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*. 2006;7(2):127-49.

104. World Health Organization Urges more countries to require large, graphic health warnings on tobacco packaging: the WHO report on the global tobacco epidemic, 2011 examines anti-tobacco mass-media campaigns. *Central European journal of public health*. 2011;19(3):133-51.

105. Xiao J, Zhou XD, Zhu WC, Zhang B, Li JY, Xu X. The prevalence of tooth discolouration and the self-satisfaction with tooth colour in a Chinese urban population. *Journal of oral rehabilitation*. 2007;34(5):351-60.

106. Xiao-Ting L, Tang Y, Huang XL, Wan H, Chen YX. Factors influencing subjective orthodontic treatment need and culture-related differences among Chinese natives and foreign inhabitants. *International journal of oral science*. 2010;2(3):149-57.

107. Zitterbart PA, Matranga LF, Christen AG, Park KK, Potter RH. Association between cigarette smoking and the prevalence of dental caries in adult males. *General dentistry*. 1990;38(6):426-31.

ANEXOS

Anexo1 . Parecer do Comitê de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde bucal e hábitos deletérios.

Pesquisador: Mabel Miluska Suca Salas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89489618.0.0000.5147

Instituição Proponente: Campus Avançado Governador Valadares -UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.761.946

Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Determinar a prevalência de hábitos deletérios e a sua correlação com problemas de saúde bucal autorreferida de jovens universitários.

Objetivo Secundário:

1. Estimar a prevalência dos hábitos deletérios em adultos jovens universitários
2. Determinar a mudança de hábitos alimentares nos jovens universitários
3. Analisar o nível de atividade física nos jovens universitários
4. Investigar a prevalência de alguns agravos à saúde bucal (cárie, doença periodontal, má-oclusão) autorreferidos
5. Avaliar as possíveis associações entre tabagismo e consumo de álcool e as suas implicações na saúde bucal.

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 2.761.946

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1131334.pdf	07/07/2018 21:26:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoHABITOSDELETERIOS.pdf	07/07/2018 21:22:48	Mabel Miluska Suca Salas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DIHABITOS.pdf	12/05/2018 17:06:58	Mabel Miluska Suca Salas	Aceito
Folha de Rosto	folhadeleterios.pdf	10/05/2018 12:17:20	Mabel Miluska Suca Salas	Aceito
Outros	QUESTION.pdf	08/05/2018 14:53:33	Mabel Miluska Suca Salas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1habitos.docx	08/05/2018 14:52:09	Mabel Miluska Suca Salas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 09 de Julho de 2018

Assinado por:
Patrícia Aparecida Fontes Vieira
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Anexo 2. Normas da Revista Alcoholism Clinical & Experimental Research



Author Guidelines

NIH Public Access Mandate

For those interested in the Wiley policy on the NIH Public Access Mandate, please visit our [policy statement](#). Frequently asked questions are answered [here](#).

Author Guidelines

Alcoholism: Clinical & Experimental Research is the official publication of the Research Society on Alcoholism and the International Society for Biomedical Research on Alcoholism. It is an on-line, peer-reviewed, multidisciplinary journal that publishes original research that contributes substantially to our understanding of the etiology, treatment, and prevention of alcohol-related disorders. The journal accepts both full-length papers and critical reviews. Papers that the editors consider to have cross-disciplinary interest and significance may be highlighted as Feature Articles. The journal also publishes editorial commentaries.

Every effort is made to ensure a timely review and prompt publication of accepted manuscripts. Currently, the average time between submission and publication is approximately 5 months. This includes an initial review time of 33 days, author revision time of 3 months, and a secondary review time of 22 days (when necessary). Thus, the average time that a manuscript is in reviewers' hands is 55 days, for the typical situation in which one revised submission is required. Once a manuscript is accepted, the time to online publication is approximately 4 days.

Ethical/Legal Considerations

Conflict of Interest: This publication requires that all authors disclose any potential conflicts of interest. Any interest or relationship, financial or otherwise, that might be perceived as influencing an author's objectivity is considered a potential conflict of interest. These must be disclosed when directly relevant or indirectly related to the work that the authors describe in their manuscript. Potential sources of conflict of interest include but are not limited to patent or stock ownership, membership on a company's board of directors, membership on an advisory board or committee for a company, and consultancy for or receipt of speaker's fees from a company. The existence of a conflict of interest does not preclude publication in this journal.

If the authors have no conflict of interest to declare, they must also state this at submission. It is the responsibility of the corresponding author to review this policy with all authors and to collectively list in the cover letter to the Editor, in the manuscript (in the footnotes, or Conflict of Interest or Acknowledgements section), and in the online submission system ALL pertinent commercial and other relationships.

Note to NIH Grantees: Pursuant to NIH mandate, Wiley will post the accepted version of contributions

authored by NIH grant-holders to PubMed Central upon acceptance. This accepted version will be made publicly available 12 months after publication. For further information, see www.wiley.com/go/nihmandate.

A submitted manuscript must be an original contribution not previously published (except as an abstract or a preliminary report), must not be under consideration for publication elsewhere, and, if accepted, must not be published elsewhere in similar form, in any language, without the consent of the Research Society on Alcoholism. Each person listed as an author is expected to have participated in the study to a significant extent. Although the editors and referees make every effort to ensure the validity of published manuscripts, the final responsibility rests with the authors, not with the Journal, its editors, or the publisher. **All manuscripts must be submitted on-line through the journal's Web site at <http://mc.manuscriptcentral.com/acer>. See submission instructions under 'On-line manuscript submission.'**

An exception to the requirement that submissions have not previously been published is the posting of manuscripts on a preprint server such as bioRxiv (<https://www.biorxiv.org/>) prior to submission to *ACER*. This is allowed by *ACER*. Preprint servers provide a valuable service by allowing authors to present new findings by alerting the field of their availability without delay. Preprints should, of course, be interpreted with caution, as they have not been subjected to peer review. ***Patient anonymity and informed consent:*** It is the author's responsibility to ensure that a patient's anonymity is carefully protected and to verify that any experimental investigation with human subjects reported in the manuscript was performed with informed consent and following all the guidelines for experimental investigation with human subjects required by the institution(s) with which all of the authors are affiliated. Authors should mask patients' eyes in photographs and remove patients' names from figures unless they obtain written consent from the patients and submit written consent with the manuscript.

Research ethics. You will be asked during online submission to confirm that your study has been approved by relevant bodies (e.g. institutional review boards, research ethics committees) and that appropriate consent was obtained for studies involving human or animal participants.

Permissions: Authors must submit written permission from the copyright owner (usually the publisher) to use direct quotations, tables, or illustrations that have appeared in copyrighted form elsewhere, along with complete details about the source. Any permissions fees that might be required by the copyright owner are the responsibility of the authors requesting use of the borrowed material, not the responsibility of Wiley or the Research Society on Alcoholism.

Publication Charges

Manuscripts accepted for publication in *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* will be assessed a publication charge of \$60.00 (U.S.) per page. These funds go directly to support the Research Society on Alcoholism (RSA). Page charges will be waived for members of RSA who are acting as first or corresponding author and whose dues for both the past year and the current year are paid in full. At the time the manuscript is accepted, the RSA office will confirm the membership status of the first or corresponding author. To qualify for the waiver, full dues (not reinstatement fees) must be current and have been so for two concurrent years.

Editorial consideration of a manuscript does not depend on the authors' ability to pay the page charge. However, it is expected that, unless a prior waiver has been granted, the charge will be paid by the authors either through research funds that supported the research or another available source of funding. Requests for a waiver of page charges will be considered at the time of acceptance, but only when a rationale is provided and the request is made at the time of initial manuscript submission.

OnlineOpen

OnlineOpen is available to authors of primary research articles who wish to make their article available to non-subscribers on publication, or whose funding agency requires grantees to archive the final version of their article. With OnlineOpen, the author, the author's funding agency, or the author's institution pays a fee

by calling (925) 915-0271. Requests for help and other questions will be addressed in the order they are received.

Alcoholism: Clinical & Experimental Research requires that the submitting author (only) provide an [ORCID ID](#) when the manuscript is submitted.

Authors who submit a manuscript do so with the understanding that if it is accepted for publication, copyright in the article, including the right to reproduce the article in all forms and media, shall be assigned exclusively to the Research Society on Alcoholism.

Articles, editorials, letters to the editor, and other text material in the journal *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* represent the opinions of the authors and do not reflect the opinions of the Research Society on Alcoholism, the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, the publisher, or the institution with which the author is affiliated, unless the contrary is clearly specified. All papers are subject to peer review by a Field Editor (member of the Board of Field Editors, the Editor, and the Associate Editors) and two or more reviewers. Authors may suggest up to four, and disqualify two, potential reviewers.

Types of Papers

The following types of articles may be submitted for publication in the journal.

-Original Research articles: The recommended word limit for articles is 6000 words (excluding title page, abstract, references, tables, and figures) and the recommended number of references is 60. Articles longer than 6000 words or that contain more than 60 references will undergo peer review, but may require modification if either is considered excessive by the reviewers.

-Commentaries are not to exceed 2500 words (excluding title page, abstract, references, tables and figures) and 20 references.

-Critical Review articles: The recommended word limit for reviews is 6000 words (excluding title page, abstract, references, tables, and figures). References are unlimited. Reviews that are longer than 6000 words will undergo peer review, but may require shortening if such is recommended by the reviewers.

Please use the following guidelines for critical reviews:

- 1) Provide a concise introduction whose content would be difficult to derive from the field without reading the entire literature. This is particularly important because the readership of *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* is multidisciplinary.
- 2) Do not include new data in the submission. The inclusion of unpublished data in the manuscript will result in the article being reviewed as an Original Research Article.
- 3) Focus critically upon a set of findings and methodologies and define the criteria for inclusion/exclusion. The focus should generally be a subpart of a larger area. For example, a review of alcohol's actions on the liver would be so expansive as to be impossible to manage given space limitations. However, a critical review of the effects of oxidative stress on liver function could be reviewed comprehensively.
- 4) Include at least one figure that provides an overarching perspective on the topic being reviewed. Include tables to augment descriptions in text.
- 5) Provide an insightful discussion of the conclusions from a review of the evidence and suggestions for future research directions.
- 6) Explain the significance of the area of research to a multidisciplinary audience.

The abstract of critical reviews need not be structured. All accompanying information should be supplied as required by the journal, similar to other submission, including the names of potential peer reviewers. All critical reviews should be submitted through our online system at <http://mc.manuscriptcentral.com/acer>. Please indicate there that the manuscript is to be considered a Critical Review and whether it was invited or not.

All critical reviews (invited or unsolicited) will be peer reviewed. If upon review, major revisions are deemed necessary, the revised manuscript should be submitted within two months of receipt of the reviews; the comparable duration for minor revisions is one month.

A cover letter signed by the corresponding author must accompany all manuscripts. The letter should state that "all authors have read and approved the manuscript for submission to *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*; have made a substantial contribution to the conception, design, gathering, analysis and/or interpretation of data and a contribution to the writing and intellectual content of the article; and acknowledge that they have exercised due care in ensuring the integrity of the work." Further, the letter should state that "none of the original material contained in the manuscript has been submitted for consideration nor will any of it be published elsewhere except in abstract form in connection with scientific meetings." Finally, the letter should state that the corresponding author is "aware there are page charges required for publication of the article and that only in exceptional circumstances and if requested at the time of initial submission may the charges be waived." A request for a waiver of page charges should also include a justification for the request. **Only submissions accompanied by a signed cover letter containing all of these elements will be assigned for peer review.**

Clinical Trials All clinical trials to be reported in the journal must adhere to the principles of the Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT), as embodied in the CONSORT Checklist (<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>) and the CONSORT Flow Diagram (<http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram>). For a clinical trial to be reviewed for publication in ACER, both the completed checklist and diagram must accompany the manuscript at the time of its initial submission.

Genetic Studies ACER uses best practices for submissions related to genetic or genomic analyses. Specifics can be found in our [genetic studies guidelines](#).

Preparation of Manuscript

Please ensure that all text (including the abstract, body of the manuscript, figure legends, and references) is submitted as double-spaced type in Word Document Format. We also require all text to be line-numbered. **Manuscripts that do not adhere to the following instructions will be returned to the corresponding author for technical revision before undergoing peer review.**

Title page:

The title page should include:

- The complete manuscript title
- The full names of all authors, their highest academic degrees, and affiliations
- Name and address for correspondence, including fax number, telephone number, and e-mail address
- All sources of support, including pharmaceutical and industry support, that require acknowledgement

Structured abstract and key words: The article should be briefly summarized or abstracted in a short paragraph (approximately 300 words) at the beginning of the text on a separate page. It should contain 4 elements labeled: Background, Methods, Results, and Conclusions. At the end of the paragraph, provide no more than 5 key words or phrases.

Search Engine Optimization: Driving usage and readership is critically important to raising the visibility of your published research. One of the key factors in sustaining long-term usage is through search engine optimization (SEO). Below is a list of suggested ways of maximizing your SEO.

1. Make sure your article title is SEO-friendly. It should be descriptive, and it must include a key phrase from your topic. Key words should appear within the title's first 65 characters.
2. Provide up to five key words or phrases in the keyword field.
3. Be sure your key words and phrases appear in your abstract several times, but don't go overboard or the search engine may kick you out.
4. When referencing authors, be consistent. Use their names as they generally appear in past online publications.
5. When appropriate, use your key words in article section headings.

Remember: They can't read it if they can't find it!

For more detailed information on SEO, including helpful examples, go to <http://authorservices.wiley.com/bauthor/seo.asp>.

Text: Organize the manuscript into four main headings: Introduction, Materials and Methods, Results, and Discussion. Define abbreviations at first mention in text and in each table and figure. If a brand name is cited, supply the manufacturer's name and address (city and state/country).

Abbreviations: For a list of standard abbreviations, consult the *Council of Biology Editors Style Guide* (available from the Council of Science Editors, 9650 Rockville Pike, Bethesda, MD 20814) or other standard sources. Write out the full term for each abbreviation at its first use unless it is a standard unit of measure.

References: The authors are responsible for the accuracy and completeness of information contained in the references. The journal uses **Harvard Style for Referencing**.

-Citation

Cite references in the text by name and year in parentheses. Several publications by the same author or group should be listed in chronological order; those that appeared in the same year should be distinguished by a, b, c, etc. Where there are two authors, both should be named, but with three or more authors only the first author's name plus "et al." should be given.

-Reference List

The list of references should only include works that are cited in the text and have been published or accepted for publication. Personal communications and unpublished works should only be mentioned in the text. Do not use footnotes or endnotes as a substitute for a reference list. Reference list entries should be alphabetized by the last names of the first author of each work. References should be compiled (**double-spaced**) at the end of the article in alphabetical order. Identify multiple authors published in the same year with an a,b,c, etc. after the year. In-text citations should be listed by author name(s) and year of publication in parentheses.

Journal article, list all authors

1. Aragon CMG, Spivak K, Amit Z (1991a) Effect of 3-amino-1,2,4-triazole on ethanol-induced narcosis, lethality and hypothermia in rats. *Pharmacol Biochem Behav* 39:55-59.

Aragon CMG, Stotland LM, Amit Z (1991b) Studies on ethanol-brain catalase interaction: evidence for central ethanol oxidation. *Alcohol Clin Exp Res* 15:165-169.

Book chapter

2. Holtzman SG (1990) Discriminative stimulus effects of drugs: relationship to potential for abuse, in *Modern Methods in Pharmacology*, Vol. 6, Testing and Evaluation of Drugs of Abuse (Adler M, Cowan A eds), pp 193-210. Wiley-Liss, New York.

Entire book

3. Julien RM (1985) *A Primer of Drug Action*. 4th ed. WH Freeman, New York.

Software

4. Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

Online journals

5. Friedman SA. Preeclampsia: a review of the role of prostaglandins. *Obstet Gynecol* [serial online]. January 1988;71:22-37. Available from: BRS Information Technologies, McLean, VA. Accessed December 15, 1990.

Database

6. CANCERNET-PDQ [database online]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 1996. Updated March 29, 1996.

World Wide Web

7. Gostin LO. Drug use and HIV/AIDS [JAMA HIV/AIDS Web site]. June 1, 1996. Available at: <http://www.ama-assn.org/special/hiv/ethics>. Accessed June 26, 1997.

Tables: Create tables using the table creating and editing feature of your word processing software (e.g., Word). Do not use Excel or comparable spreadsheet programs. Each table should include the table title, appropriate column heads, and explanatory legends (including definitions of any abbreviations used). Tables should be self-explanatory and should supplement, rather than duplicate, the material in the text. Cite tables consecutively in the text, and number them in that order. Tables may be submitted at the end of the manuscript text file. Table legends should appear on a separate page, labeled "Table Legends."

Figures: There are three preferred formats for digital artwork submission: Encapsulated PostScript (EPS), Portable Document Format (PDF), and Tagged Image Format (TIFF). We suggest that line art be saved as an EPS file. Alternatively, these may be saved as PDF files at 600 dots per inch (dpi) or better at final size. Tone art, or photographic images, should be saved as TIFF files with a resolution of 300 dpi at final size. For combination figures, or artwork that contains both photographs and labeling, we recommend saving figures as EPS files, or as PDF files with a resolution of 600 dpi or better at final size. More detailed information on the submission of electronic artwork can be found at: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/illustration.asp>.

Please mark your figures in such a way that ensures legibility when printed as color OR black & white pages.

Each figure should be submitted individually - one figure per file.

Figure legends: Include legends for all figures. They should be brief and specific, and should appear on a separate manuscript page after the references. Use scale markers in the image for electron micrographs, and indicate the type of stain used.

Supporting Information: If you have supporting information that you would like to link to your submission, please read the following instructions: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/suppinfo.asp>.

Style: Pattern manuscript style after the *American Medical Association Manual of Style* (10th edition), *Stedman's Medical Dictionary* (28th edition) and *Merriam Webster's Collegiate Dictionary* (11th edition) should be used as standard references. Refer to drugs and therapeutic agents by their accepted generic or chemical names, and do not abbreviate them. Use code numbers only when a generic name is not yet available. In that case, supply the chemical name and a figure giving the chemical structure of the drug. Capitalize the trade names of drugs and place them in parentheses after the generic names. To comply with trademark law, include the name and location (city and state in USA; city and country outside USA) of the manufacturer of any drug, supply, or equipment mentioned in the manuscript. Use the metric system to express units of measure and degrees Celsius to express temperatures. Please submit all text (including abstract, figures, legends, and references) double spaced.

Manuscript Revisions

All manuscript revisions should be submitted online within three months of the Field Editor's decision. If more time is required to make revisions, please contact the Editorial Office for an extension. If you do not request an extension and your revisions are not submitted within three months, your manuscript will be withdrawn by the editorial office. At that point, any further work by you will be considered as a new submission.

After Acceptance

Accepted Articles: "Accepted Articles" have been accepted for publication and undergone full peer review but have not been through the copyediting, typesetting, pagination and proofreading process. Accepted Articles are published online a few days after final acceptance, appear in PDF format only, are given a Digital Object Identifier (DOI), which allows them to be cited and tracked, and are indexed by PubMed. If

you are aware that your institution is interested in covering your article in a press release, please contact the Editorial Office as soon as you are aware, and immediately upon Acceptance.

Author Services: Author Services enables authors to track their article – once it has been accepted – through the production process to publication online and in print. Authors can check the status of their articles online and choose to receive automated e-mails at key stages of production. The author will receive an e-mail with a unique link that enables them to register and have their article automatically added to the system. Please ensure that a complete e-mail address is provided when submitting the manuscript. Visit <http://authorservices.wiley.com/bauthor/> for more details on online production tracking and for a wealth of resources including FAQs and tips on article preparation, submission and more.

Page proofs and corrections: Authors will receive an e-mail notification with a link and instructions for accessing HTML page proofs online. Page proofs should be carefully proofread for any copyediting or typesetting errors. Online guidelines are provided within the system. No special software is required, all common browsers are supported. Authors should also make sure that any renumbered tables, figures, or references match text citations and that figure legends correspond with text citations and actual figures. Proofs must be returned within 48 hours of receipt of the email.

Offprints: Free access to the final PDF offprint of your article will be available via Wiley's Author Services. Please register to access your article PDF offprint and enjoy the many other benefits the service offers. Visit <http://authorservices.wiley.com/bauthor/> to register.

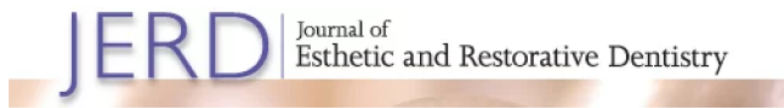
If you wish to order reprints from this journal please click on the following link:

<https://caesar.sheridan.com/reprints/redirect.php?pub=10089&acro=ACER>

NEW: Pre-acceptance English-language editing

Authors for whom English is a second language may choose to have their manuscript professionally edited before submission or during the review process. Authors wishing to pursue a professional English-language editing service should make contact and arrange payment with the editing service of their choice. For more details regarding the services available from Wiley, please refer to <http://wileyeditingservices.com/en/english-language-editing/>.

Tools



EDITORIAL OFFICE CONTACT INFORMATION

Editor in Chief

Dr. Harald Heymann
Department of Operative Dentistry
University of North Carolina
CB#7450, 302 Brauer Hall
Chapel Hill, NC, USA 27599-7450

Editorial Assistants

Betty Cates – Betty_Cates@unc.edu
Michelle Martire – JERDjournal@wiley.com

HOW TO SUBMIT

Launch your web browser and go to the journal's online submission site:
<http://mc.manuscriptcentral.com/jerd>

Log in or click the "Create Account" option if you are a first-time user.

If you have an account, but have forgotten your login details, go to Password Help on the journals online submission system and enter your email address. The system will send you an automatic user ID and a new temporary password.

Go to your "Author Center" to submit your manuscript. Click the "Submit a Manuscript" link in the menu bar and follow the instructions on the screen to upload your files and the necessary information to process your paper.

FORMATTING YOUR SUBMISSION

Manuscript Types Accepted:

Original Research Articles are related to laboratory research or clinical research.

Clinical Technique Articles describe significant achievements and improvements in clinical practice such as comprehensive interdisciplinary dental treatment, introduction of new technology or practical approaches to recognized clinical challenges. They should conform to the highest scientific and clinical practice standards with supporting references where indicated.

Case Reports must represent new or novel approaches to dealing with specific clinical problems. Proper qualifying and/or disclaiming statements should be included if inadequate research is available to validate the techniques being presented. The words "Case Report" should not appear in the title.

Review Articles may be submitted independently or invited by the Editor and include systematic literature reviews of topics related to esthetic and restorative dentistry, as well as more general, comprehensive reviews or updates of a given topic.

Abstract

A structured abstract of no more than 200 words must be provided for each article. Footnotes, references, and abbreviations are not used in the abstract.

For original research articles, the abstract should include the following headings and sections: (1) Objective. This section includes a statement of the problem and the purpose of the study, (2) Materials and Methods. This section should include materials, methods and statistical analyses employed in the study. (3) Results. (4) Conclusions.

For clinical technique articles and case reports, the abstract should include the following headings and sections: (1) Objective. This section includes a statement of the problem and a general description of the topic or treatment to be addressed. (2) Clinical Considerations. This section should include a brief description of the clinical materials and techniques employed. (3) Conclusions.

For systematic literature review articles, the abstract should include the following headings and sections: (1) Objective. This section should include a statement of the topic to be reviewed and a description of the search strategy of relevant literature (search terms and databases), (2) Materials and Methods. This section should contain inclusion criteria (language, type of studies i.e. randomized controlled trial or other, duration of studies and chosen endpoints). (3) Results. This section should include evaluation of papers and level of evidence. (4) Conclusions.

For general review articles the abstract should include the following headings and sections: (1) Objective. This section should include a statement of the topic to be reviewed. (2) Overview. This section should include a brief summary of the findings of the review. (3) Conclusions.

In addition to Abstracts, all papers should include the following:

Clinical Significance

In a few sentences, please indicate the clinical importance and implications of the research or clinical technique discussed, and if applicable, its relevance to esthetic dentistry.

Keywords

Add at least five keywords that reflect the primary content of the paper.

All manuscripts should adhere to the formatting guidelines below.

Title Page

The title page must include all authors' full names, academic degrees, and institutional affiliations and

locations. If the manuscript was originally presented as part of a meeting or conference, please include the appropriate name, date, and location. Sources of support in the form of grants, equipment, products, and/or drugs must be disclosed. A corresponding author must be designated and full details of the correspondent's address provided: name, address, telephone and fax numbers, and e-mail address. Unless specified otherwise, the corresponding author's address also will be used for reprint requests.

Disclosure Statement and Acknowledgements (on Title Page)

Please provide any information you wish to include acknowledging contributions from individuals such as for statistical support, lab work, etc. It is imperative that you provide a disclosure statement if you have any financial interest in any of the companies whose products or devices are included in the paper. If no financial interest exists, the following statement must be used: "The authors do not have any financial interest in the companies whose materials are included in this article."

References

References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text, and listed at the end of the text in numeric, not alphabetic, order. Identify references in text, tables, and legends by Arabic numerals in superscript. References cited only in tables or figure legends should be numbered subsequent to the numbering of references cited in the text. Unpublished sources, such as manuscripts in preparation and personal communications, are not acceptable as references. Only sources cited in the text should appear in the reference list. List all authors when four or fewer; when more than four, list the first three and add "et al."

How to Format Citations

Journal Articles:

Donnelly PV, Miller C, Ciardullo T, et al. Occlusion and its role in esthetics. *J Esthet Restor Dent.*, 1996; 8:111-8.

Books:

Hickey JC, Zarb GA. *Boucher's prosthodontic treatment for edentulous patients*. 9th ed. St. Louis (MO): CV Mosby; 1985.

Tables

Type or print out each table with double spacing on a separate page. Ensure that each table is cited in the text, number tables consecutively in the order of their first citation in the text, and provide a brief title for each. Give each column a brief, descriptive heading. No table should contain data that could be included in the text in several sentences.

Figure Legends

Please include on a separate page all figure and/or illustration legends. This page should be clearly marked. Figure legends must be numbered to correspond with the figures and typed or printed on a separate page. Symbols, arrows, or letters used to identify parts of the illustration must be explained clearly in the legend. If a figure has been previously published, the legend must acknowledge the original source.

Figures and Illustrations

Images must be submitted as individual files, in either TIF or EPS format, as indicated below.

COLOR photographs should be saved as TIF files in CMYK at a minimum of 12.5 cm (5 in.) in width at 300 dpi.

BLACK AND WHITE photographs should be saved as TIF files in grayscale at a minimum of 12.5 cm (5 in.) in width at 300 dpi.

Line drawings should be prepared in Microsoft Word or PowerPoint, or in Adobe Illustrator without embedded images from other sources. Existing line drawings should be scanned at 1,200 dpi at a minimum of 12.5 cm (5 in.) in width and saved as EPS files.

All images must be labeled clearly in consecutive order with the figure number and part. Photomicrographs must feature internal scale markers. Symbols, arrows, or letters used in these should contrast with the background. Original magnification must be provided.

Figure reproduction cannot improve on the quality of the originals. It does not correct the exposure, sharpen the focus, or improve the contrast of the original print. Any special instructions about sizing, placement, or color should be clearly noted. Electronic submissions are not returned to the authors.

Guidelines for Cover Submissions

If you would like artwork related to your manuscript to be considered to appear on the cover of the journal, you will be able to indicate which image files should be considered in the system at the time of submission.

Miscellaneous Formatting Guidelines

Product trade names cited in the text must be accompanied by a generic term, and followed by the manufacturer, city, and state/country in parentheses.

References in the text and figure legends to teeth illustrated in a figure should be identified by name (eg, upper right central incisor), not by number.

The manuscripts submitted to the journal must be written in appropriate English. It is the author's responsibility to ensure this by either having sufficient English language skills or by obtaining the services of an English-as-second-language expert.

Please note that the term "esthetic" should be used in manuscripts as opposed to the alternative spelling "aesthetic."

The same general headings and sections should be used in the articles as used in the abstract.

PERMISSIONS

Written permission must be obtained for material that has been published in copyrighted material; this includes tables, figures, and quoted text that exceeds 150 words.

Photographs of People

The Journal of Esthetic and Restorative Dentistry follows current HIPAA guidelines for the protection of patient/subject privacy. If an individual pictured in a digital image or photograph can be identified, his or

her permission is required to publish the image. The journal may not collect consent forms under HIPPA guidelines, however authors are expected to be able to present a signed consent form if asked. Authors must have patient authorization for images, or else the image/photo must be altered such that the individual cannot be identified (black bars over eyes, etc).

Manipulation of Digital Photos

Authors should be aware that the Journal considers digital images to be data. Hence, digital images submitted should contain the same data as the original image captured. Any manipulation using graphical software should be identified in either the Disclosure and Acknowledgements section or the caption of the photo itself. Identification of manipulation should include both the name of the software and the techniques used to enhance or change the graphic in any way. Such a disclaimer ensures that the methods are repeatable and ensures the scientific integrity of the work.

No specific feature within an image may be enhanced, obscured, moved, removed, or introduced. The grouping of images from different SEMS, different teeth, or the mouths of different patients must be made explicit by the arrangement of the figure (i.e., by using dividing lines) and in the text of the figure legend. Adjustments of brightness, contrast, or color balance are acceptable if they are applied to the whole image and as long as they do not obscure, eliminate, or misrepresent any information present in the original, including backgrounds.

The removal of artifacts or any non-integral data held in the image is not allowed. For instance, removal of papillae or "cleaning up" of saliva bubbles is not allowed.

Cases of deliberate misrepresentation of data will result in rejection of a manuscript, or if the misrepresentation is discovered after a manuscript's acceptance, revocation of acceptance, and the incident will be reported to the corresponding author's home institution or funding agency.

PLAGIARISM PREVENTION

All papers will be subject to examination with the iThenticate Professional Plagiarism Prevention program (www.ithenticate.com) prior to publication to look for plagiarism and unintentional duplication of wording from other sources. It is important to ensure that the papers are fully original in content to protect both the author and the journal. If the paper is found to include block segments of words or sentences that clearly come from another source or sources, the author will be asked to re-write the section and/or reference the material appropriately. If excessively large portions are found to have been copied verbatim, the paper may be subject to rejection.

ENGLISH LANGUAGE EDITING

Papers are reviewed and published in English, so the language in the paper must be grammatically sound and readable. If you feel that your paper would benefit from additional English language editing, you may consider Wiley Author Services (further information here: <https://authorservices.wiley.com/editors/attracting-submissions/english-language-editing-service.html>). Manuscripts are screened for readability at the time of submission and may be returned to authors if English language editing is necessary.

Submitting your manuscript to an English language editing service does not guarantee your acceptance. Papers must still undergo the peer review process prior to decision.

Further Information for Authors of Accepted Papers:

Funder arrangements

Certain funders, including the NIH, members of the Research Councils UK (RCUK) and Wellcome Trust require deposit of the Accepted Version in a repository after an embargo period. Details of funding arrangements are set out at the following website: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>. Please contact the Journal production editor if you have additional funding [requirements](#)[SP1] .

Institutions

Wiley has arrangements with certain academic institutions to permit the deposit of the Accepted Version in the institutional repository after an embargo period. Details of such arrangements are set out at the following website: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>.

If you do not select the OnlineOpen option you will follow the current licensing signing process as described above.

For authors choosing OnlineOpen:

If you decide to select the OnlineOpen option, please use the links below to obtain an open access agreement to sign [this will supersede the journal's usual license agreement]. By selecting the OnlineOpen option you have the choice of the following Creative Commons License open access agreements:

Creative Commons Attribution License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial -NoDerivs License OAA


To preview the terms and conditions of these open access agreements please click the license types above and visit <http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>.

Online production tracking is now available for your article through Wiley Author Services.

Author Services enables authors to track their accepted articles through the production process to publication online and in print. Authors can check the status of their articles online and choose to receive automated e-mails at key stages of production. The author will receive an e-mail with a unique link that enables them to register and have their article automatically added to the system. Please ensure that a complete e-mail address is provided when submitting the manuscript.

Visit <http://authorservices.wiley.com/bauthor/> for more details on online production tracking and for a wealth of resources including FAQs and tips on article preparation, submission and more.

Anexo 4. Questionários para os universitários voluntários

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA CAMPUS AVANÇADO GOVERNADOR VALADARES INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA											
	<p>ESTAMOS AVALIANDO O IMPACTO DOS TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS NO BEM ESTAR PSICOCOGNICO E SOCIAL DAS PESSOAS.</p> <p>Algumas informações sobre você, sua casa e sua família, e hábitos não serão divulgadas. Sabemos o quanto seu tempo é importante, porém gostaríamos que você respondesse o questionário a seguir .</p>											
	<p>Idade: _____ Peso aprox. ____ kg Altura aprox. _____</p>											
	<p>Sexo: F(1) M (2)</p>											
1.	<p>Cor da pele/raça: (1)branca (2)preta (3) parda (4)amarela (5)indígena</p>											
2.	<p>Renda familiar dos pais: (1)< 1 salário mínimo s/m (2)entre 1 e 3 s/ m (3)entre 3 e 5 s/m (5)>5 s/m</p>											
3.	<p>Escolaridade materna:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>(1) não alfabetizado/a</td> <td>(6) Ensino Técnico incompleto</td> </tr> <tr> <td>(2) Ensino fundamental incompleto</td> <td>(7) Ensino Técnico completo</td> </tr> <tr> <td>(3) Ensino fundamental completo</td> <td>(8) Ensino Superior incompleto</td> </tr> <tr> <td>(4) Ensino médio incompleto</td> <td>(9) Ensino Superior completo</td> </tr> <tr> <td>(5) Ensino médio completo</td> <td></td> </tr> </table>		(1) não alfabetizado/a	(6) Ensino Técnico incompleto	(2) Ensino fundamental incompleto	(7) Ensino Técnico completo	(3) Ensino fundamental completo	(8) Ensino Superior incompleto	(4) Ensino médio incompleto	(9) Ensino Superior completo	(5) Ensino médio completo	
(1) não alfabetizado/a	(6) Ensino Técnico incompleto											
(2) Ensino fundamental incompleto	(7) Ensino Técnico completo											
(3) Ensino fundamental completo	(8) Ensino Superior incompleto											
(4) Ensino médio incompleto	(9) Ensino Superior completo											
(5) Ensino médio completo												
4.	<p>Escolaridade paterna:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>(1) não alfabetizado/a</td> <td>(6) Ensino Técnico incompleto</td> </tr> <tr> <td>(2) Ensino fundamental incompleto</td> <td>(7) Ensino Técnico completo</td> </tr> <tr> <td>(3) Ensino fundamental completo</td> <td>(8) Ensino Superior incompleto</td> </tr> <tr> <td>(4) Ensino médio incompleto</td> <td>(9) Ensino Superior completo</td> </tr> <tr> <td>(5) Ensino médio completo</td> <td></td> </tr> </table>		(1) não alfabetizado/a	(6) Ensino Técnico incompleto	(2) Ensino fundamental incompleto	(7) Ensino Técnico completo	(3) Ensino fundamental completo	(8) Ensino Superior incompleto	(4) Ensino médio incompleto	(9) Ensino Superior completo	(5) Ensino médio completo	
(1) não alfabetizado/a	(6) Ensino Técnico incompleto											
(2) Ensino fundamental incompleto	(7) Ensino Técnico completo											
(3) Ensino fundamental completo	(8) Ensino Superior incompleto											
(4) Ensino médio incompleto	(9) Ensino Superior completo											
(5) Ensino médio completo												
5.	<p>Recebe algum tipo de auxílio estudantil? (1)sim (2) não</p>											
6.	<p>Se sim, Qual: _____</p>											
7.	<p>Qual a sua residência de origem (residência familiar)? (1) Governador Valadares (2) Outra cidade do mesmo estado (3) Outro estado (4) Outro país</p>											
8.	<p>Qual o seu tipo de residência na universidade? (1)Compartilha apartamento/casa (2)Moradia de estudantes (República) (3)Mora com um responsável legal (4)Sozinho (5)Com parceiro(a)/filho(a) (6)Com parente ou amigo/outro (7)Residência de origem (8)Outra Qual? _____</p>											
9.	<p>Qual a área do seu curso? (1) Ciências Sociais (2) Ciências da Vida</p>											
10.	<p>Qual o seu curso? _____</p>											
11.	<p>Como você qualifica sua performance/atuação acadêmica? (1) Ruim</p>											

	(2) Mediana (3) Boa (4) Muito boa
12.	Você fuma tabaco atualmente? (Se não, pular para a questão 17) (1) Sim (2) Não
13.	<u>Atualmente você fuma tabaco:</u> (1) Diariamente (2) Menos do que diariamente (3) Esporadicamente (4) Não sei
14.	Qual tipo de cigarros você fuma? E qual a quantidade por dia/semana? (1) Cigarros Manufaturados Qtd por dia/semana: _____ (2) Cigarros enrolado à mão Qtd por dia/semana: _____ (3) Cigarros de palha Qtd por dia/semana: _____ (4) Cachimbo Qtd por dia/semana: _____ (5) Charutos Qtd por dia/semana: _____ (6) Outro: Qual? _____ Qtd por dia/semana: _____
15.	Com que frequência alguém fuma dentro de sua casa? (1) Diário (2) Semanal (3) Mensal (4) Menos do que mensal (5) Nunca (6) Não sabe
16.	Você já fumou tabaco no passado? (Se não, pule para a questão 20) (1) Sim (2) Não
17.	Durante quanto tempo você fumou?meses
18.	No passado, você fumou tabaco: (1) Diariamente (2) Menos do que diariamente (3) Esporadicamente (4) Não sei
19.	Você visitou um médico ou outro profissional de saúde nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não
20.	Você acha que fumar prejudica sua saúde bucal e estética dental? (0) Não (1) Sim, a saúde bucal (2) Sim, a estética dental bucal (3) Sim, ambas (4) Não sei
21.	Por qual motivo você começou a fumar? (1) Influencia dos amigos (2) Modismo (3) Influencia dos pais (4) Timidez (5) Para conquistar um par (6) Vontade própria (7) Outro _____
22.	Com que frequência você consome bebida alcoólica? (Se não/nunca, pule para questão 33) (1) Nunca (2) Mensalmente ou menos (3) 2 a 4 vezes por mês (4) 2 a 3 vezes por semana (5) 4 ou mais vezes por semana
23.	Quantas doses de bebidas alcoólicas você consome em um dia típico quando você está bebendo? (1) 1 ou 2 (2) 3 ou 4 (3) 5 ou 6 (4) 7, 8 ou 9 (5) 10 ou mais
24.	Com que frequência você consome seis ou mais doses em uma ocasião? (1) Nunca (2) Menos do que mensal (3) Mensal

	(4) Semanal (5) Diariamente ou quase diariamente
25.	Com que frequência durante o último ano você não conseguiu fazer o que normalmente era esperado de você por causa do consumo de bebida alcoólica? (1) Nunca (2) Menos do que mensal (3) Mensal (4) Semanal (5) Diariamente ou quase diariamente
26.	Com que frequência durante o último ano você não conseguiu lembrar o que aconteceu a noite anterior porque você estava bebendo? (1) Nunca (2) Menos do que mensal (3) Mensal (4) Semanal (5) Diariamente ou quase diariamente
27.	Quantas vezes durante o último ano você teve um sentimento de culpa ou remorso depois de beber? (1) Nunca (2) Menos do que mensal (3) Mensal (4) Semanal (5) Diariamente ou quase diariamente
28.	Você ou alguma outra pessoa foi ferida como resultado de sua bebida? (1) Não (2) Sim, mas não no último ano (3) Sim, durante o último ano
29.	Qual tipo de bebida alcoólica você consome? E qual a quantidade por dia/semana? (1) Cerveja Qtd por dia/semana: _____ (2) Vodca Qtd por dia/semana: _____ (3) Catuaba Qtd por dia/semana: _____ (4) Cachaça Qtd por dia/semana: _____ (5) Uísque Qtd por dia/semana: _____ (6) Outro: Qual? _____ Qtd por dia/semana: _____
30.	Você acha que consumir bebida alcoólica prejudica sua saúde bucal e estética dental? (0) Não (1) Sim, a saúde bucal (2) Sim, a estética dental (3) Sim, ambas (4) Não sei
31.	Por qual motivo você começou a beber? (1) Influência dos amigos (2) Moda (3) Influência dos pais (4) Timidez (5) Para conquistar um par (6) Vontade própria (7) Outro _____
32.	Você mudou seus hábitos alimentares após ingresso na Universidade? (0) não (1) Sim (2) não sei
33.	Quantas vezes <u>por semana</u> , você come ou bebe os seguintes alimentos? (1) Balas/chicletes/pirulitos (0) nunca (1) 1-3X ou menos (2) 4-6X (3) ≥6X (2) Fast-Food: (0) nunca (1) 1-3X ou menos (2) 4-6X (3) ≥6X (3) Alimentos industrializados: (0) nunca (1) 1-3X ou menos (2) 4-6X (3) ≥6X (4) Refrigerante: (0) nunca (1) 1-3X ou menos (2) 4-6X (3) ≥6X (5) Suco de fruta natural: (0) nunca (1) 1-3X ou menos (2) 4-6X (3) ≥6X (6) Iogurte: (0) nunca (1) 1-3X ou menos (2) 4-6X (3) ≥6X (7) Suco de fruta artificial: (0) nunca (1) 1-3X ou menos (2) 4-6X (3) ≥6X (8) Água mineral (0) nunca (1) 1-3X ou menos (2) 4-6X (3) ≥6X (9) Frutas Naturais: (0) nunca (1) 1-3X ou menos (2) 4-6X (3) ≥6X (10) Verduras e legumes: (0) nunca (1) 1-3X ou menos (2) 4-6X (3) ≥6X (11) Bolachas: (0) nunca (1) 1-3X ou menos (2) 4-6X (3) ≥6X (12) Salgadinhos (0) nunca (1) 1-3X ou menos (2) 4-6X (3) ≥6X
34.	Você gostaria de mudar seus hábitos alimentares??? (0) não (1) Sim (2) não sei

35.	Se sim, porque mudaria? (1) Saúde (2) Estética (3) Interação Social (4) Outros _____
36.	Você acha que seus hábitos alimentares influenciam na sua saúde bucal? (1)Sim (2)Não (3) Não sei
37.	Você pratica algum tipo de atividade física? (1)Sim , se sim qtd de dias na semana:_____ Qtd em minutos por dia: _____ (2)Não
38.	Você pratica atividade física, por quais motivos? (1) Saúde (2) Estética (3) Interação Social (4) Todas (5) Outros _____
39.	Você já teve cárie? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
40.	Já quebrou alguma vez algum dente da frente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
41.	Sua gengiva sangra quando escova os dentes? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
42.	Você sente/ou vê seus dentes amontoados ou desalinhados? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
43.	Você sente/ou vê que seus dentes estão deslocados para frente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
44.	Você sente/ou vê que seus dentes não encostam entre eles quando morde? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
45.	Você está satisfeito com a cor de teus dentes? <input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito
46.	Você sentiu dor nos teus dentes nos últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
47.	Você está satisfeito com a sua aparência facial? <input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito
48.	Hoje você se sente uma pessoa atraente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Relativamente <input type="checkbox"/> Sim
49.	Você já ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes, lábios, boca, maxilares ou face? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1-2vezes <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Quase/Todos os dias
50.	Você tem orgulho dos seus dentes. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
51.	Você gosta de mostrar seus dentes quando sorri <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
52.	Você gosta quando vê seus dentes no espelho <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
53.	Outras pessoas gostam dos meus dentes <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
54.	Esta satisfeito com a aparência dos seus dentes <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
55.	Acho que a posição dos seus dentes é bonita <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
56.	Você contem o sorriso para que os dentes não apareçam muito <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
57.	Se você não conhece bem as pessoas algumas vezes você se preocupa com o que elas podem pensar dos meus dentes <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente

58.	Você se preocupa de que outras pessoas possam fazer observações desagradáveis sobre meus dentes . <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
59.	Fica um pouco inibido nos encontros sociais devido a seus dentes <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
60.	A vezes , esconde os dentes com a sua mão, sem perceber <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
61.	As vezes pensa que as pessoas estão olhando seus dentes <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
62.	Comentários sobre os seus dentes lhe irritam mesmo que seja de brincadeira <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
63.	As vezes se preocupa com o que as pessoas do outro sexo pensam sobre seus dentes
64.	Sinto um pouco de inveja dos dentes bonitos de outras pessoas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
65.	Fica um pouco incomodo quando vê os dentes de outras pessoas . <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
66.	As vezes fica um pouco triste com a aparência dos seus dentes. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
67.	Pensa que a maioria das pessoas que conhece tem dentes melhores do que os seus. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
68.	Sente-se mal quando pensa na aparência dos seus dentes. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
69.	Gostaria que seus dentes tivessem uma aparência melhor. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
70.	Não gosta de ver seus dentes no espelho <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
71.	Não gosta de ver seus dentes em fotografias. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente
72.	Não gosto de ver seus dentes quando se vê em vídeos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Totalmente