

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM CLÍNICA INTEGRADA

AUGUSTO CÉSAR LEAL DA SILVA LEONEL

**RELAÇÃO DOS ESTUDANTES DE SAÚDE COM O
TABACO: RESULTADOS DE UM ESTUDO TRANSVERSAL
EM UMA UNIVERSIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO**

Recife

2018

AUGUSTO CÉSAR LEAL DA SILVA LEONEL

**RELAÇÃO DOS ESTUDANTES DE SAÚDE COM O
TABACO: RESULTADOS DE UM ESTUDO TRANSVERSAL
EM UMA UNIVERSIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Odontologia.

Área de concentração: Clínica Integrada

Orientador: Prof^o. Dr. Danyel Elias da Cruz Perez

Recife

2018

Catálogo na fonte:

Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4-1895

L583r

Leonel, Augusto César Leal da Silva.

Relação dos estudantes de saúde com o tabaco: resultados de um estudo transversal em uma universidade do nordeste brasileiro / Augusto César Leal da Silva Leonel. – Recife: o autor, 2018.

120 f. ; 30 cm.

Orientador: Danyel Elias da Cruz Perez.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Odontologia.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Tabagismo. 2. Tabagismo passivo. 3. Estudantes de ciências da saúde. 4. Atitudes. 5. Treinamentos. I. Perez, Danyel Elias da Cruz (orientador). II. Título.

617.6 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2018 - 186)

AUGUSTO CÉSAR LEAL DA SILVA LEONEL

**“RELAÇÃO DOS ESTUDANTES DE SAÚDE COM O TABACO: RESULTADOS DE
UM ESTUDO TRANSVERSAL EM UMA UNIVERSIDADE DO NORDESTE
BRASILEIRO”**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Odontologia.

Aprovado em: 28/02/2018

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Jurema Freire Lisboa de Castro (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Renata Cimões Jovino Silveira (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Mariane de Vasconcelos Carvalho (Examinador Externo)

Universidade de Pernambuco

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITORA

Profa. Dra. Professora Florisbela de Arruda Camara e Siqueira Campos

PRÓ-REITOR DA PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ernani Rodrigues de Carvalho Neto

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

COORDENADOR DA PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Profa. Dra. Alessandra A. T. Carvalho

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

COLEGIADO

MEMBROS PERMANENTES

Profa. Dra. Alessandra Albuquerque T.
Carvalho

Prof. Dr. Anderson Stevens Leônidas
Gomes

Profa. Dra. Andrea Cruz Câmara

Profa. Dra. Andrea dos Anjos Pontual

Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas
Junior

Profa. Dra. Bruna de Carvalho Farias
Vajgel

Prof. Dr. Carlos Menezes Aguiar

Prof. Dr. Danyel Elias da Cruz Perez

Profa. Dra. Flavia Maria de Moraes
Ramos Perez

Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy

Prof. Dr. Jair Carneiro Leão

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de
Castro

Prof. Dr. Luiz Alcino Monteiro Gueiros

Prof. Dra. Maria Luiza dos Anjos
Pontual

Profa. Dra. Renata Cimões Jovino
Silveira

SECRETÁRIA

Oziclere Sena de Araújo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois, sem Ele, nada disso seria possível. Aos meus pais (Elma e Francisco), irmão (Luis Henrique) e namorada (Keldiane), que me deram toda estrutura necessária, apoio e amor.

Ao professor, orientador e amigo Danyel Elias da Cruz Perez, pelo acolhimento, pelos ensinamentos, dedicação, confiança e por acreditar em mim. O senhor é um exemplo de profissional e de ser humano, espelho para os seus alunos. Obrigado por tudo.

Às professoras da disciplina de Patologia Oral, Jurema Freire Lisboa de Castro e Elaine Judite de Amorim Carvalho, por todo apoio e ensinamentos compartilhados, vocês foram essenciais no meu crescimento.

Às professoras da disciplina de Radiologia, Andrea dos Anjos Pontual Pontual, Flávia Maria de Moraes Ramos Perez e Maria Luiza dos Anjos Pontual, pelo acolhimento e apoio dados durante a graduação e na pós-graduação;

À Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, na pessoa do reitor Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado e ao programa de pós-graduação em Odontologia, na pessoa da coordenadora Profa. Dra. Alessandra A. T. carvalho, pela oportunidade e honra de fazer parte de seu corpo discente.

A todos os colegas e amigos do Programa de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco. À Oziclere, Tamires e Dona Tânia por todo suporte prestado.

A CAPES (Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior) pela concessão da bolsa de mestrado.

Aos meus amigos da vida, por darem toda força e suporte em vários momentos. Obrigado por tudo. Aos colegas e amigos do Laboratório de Patologia Oral da UFPE e do Projeto de Extensão em Radiologia. Aos meus professores de graduação da UFPE.

RESUMO

O uso do tabaco é atualmente uma das principais causas de mortes evitáveis no mundo. Uma das maneiras mais práticas, eficazes e econômicas de mudar o panorama causado por este produto é sensibilizar estudantes e profissionais da saúde sobre o seu papel como conselheiros na prevenção e cessação do tabagismo. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a relação dos estudantes de saúde com o tabaco em uma universidade do nordeste brasileiro. Trata-se de um estudo transversal realizado com os universitários dos oito cursos de saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife. A pesquisa foi executada no primeiro semestre de 2017. O instrumento aplicado para a coleta dos dados foi o questionário da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Estudantes de Profissões de Saúde (GHPSS). Os dados foram analisados no programa de estatística *IBM SPSS Statistics 20.0*. A estatística descritiva foi realizada para todas as variáveis e o teste do qui-quadrado associou as variáveis curso, gênero, experiência com o cigarro e uso atual com as demais variáveis estudadas e a regressão logística binária verificou a relação entre o uso atual do tabaco e variáveis independentes. O estudo foi dividido em três artigos, com a finalidade de relatar e discutir melhor os resultados. O primeiro artigo descreve o uso e a exposição ao tabaco entre os estudantes dos oito cursos de saúde da UFPE, e o conhecimento desses sobre leis que proibam essa prática em ambiente universitário. Foi observado que 37,6% dos alunos já experimentaram o cigarro pelo menos uma vez na vida, com 7,3% de fumantes atuais. Exposição ao fumo passivo em casa na última semana foi relatada por 28% dos estudantes, enquanto que 65% foram expostos em outros ambientes. Quanto a existência de leis que proibam o uso do tabaco em ambiente universitário, 65% dos estudantes afirmaram não saber. O segundo artigo relata as atitudes dos alunos frente ao tabagismo, além do currículo/treinamento recebido por eles durante a sua formação profissional. Do total de alunos, 86,6% responderam que os profissionais da saúde servem como modelos para os seus pacientes e comunidade e 99% disseram que é papel destes aconselhar e informar sobre maneiras de evitar e cessar o tabagismo. Quanto ao currículo, 78,4% relataram ter adquirido conhecimentos sobre os malefícios do tabaco durante a sua formação. Contudo, apenas uma pequena porção dos estudantes (10,2%) recebeu algum treinamento formal sobre cessação do hábito. Já o terceiro artigo descreve a relação dos estudantes de odontologia com o tabaco. Foi visto que mais de 40% dos participantes já experimentaram o cigarro pelo menos uma vez na vida, com 8,9% sendo fumantes atuais. Cerca de 28% relataram ter sido expostos ao fumo passivo no ambiente onde moram e 57,1%, em outros locais. Apesar dos estudantes dos cursos de saúde da UFPE possuírem conhecimentos sobre os malefícios do tabaco, ainda há uma falha significativa no treinamento desses futuros profissionais no combate ao tabagismo.

Palavras-chave: Tabagismo. Tabagismo passivo. Estudantes de Ciências da Saúde. Atitudes. Treinamento

ABSTRACT

Tobacco use is currently one of the leading causes of preventable deaths worldwide. One of the most practical, effective, and cost-effective ways to change the landscape of this product is to sensitize students and health professionals to their role as counselors in smoking prevention and cessation. In view of the above, the objective of the present study was to evaluate the relationship of health students with tobacco in a university in the northeast of Brazil. This is a cross-sectional study carried out with the university students of the eight health courses of the Federal University of Pernambuco (UFPE), Recife. The research was carried out in the first semester of 2017. The instrument used to collect the data was the Global Health Professions Student Survey (GHPSS). The data were analyzed in the IBM SPSS Statistics 20.0 statistics program. The descriptive statistics were performed for all variables and the chi-square test associated the variables course, gender, cigarette experience and current use with the other variables studied and binary logistic regression verified the relationship between current tobacco use and independent variables. The study was divided into three articles, with the purpose of reporting and discussing the results better. The first article describes the use and exposure to tobacco among students of UFPE's eight health courses, and their knowledge about laws that prohibit this practice in a university environment. It was observed that 37.6% of the students already tried the cigarette at least once in their life, with 7.3% of current smokers. Exposure to secondhand smoke at home last week was reported by 28% of students, while 65% were exposed in other settings. Regarding the existence of laws that prohibit the use of tobacco in a university environment, 65% of students said they did not know of any law in the university. The second article reports the students' attitudes towards smoking, as well as the curriculum / training received by them during their professional training. 86.6% of the students responded that health professionals serve as role models for their patients and community and 99% said that it is their role to advise and inform on ways to avoid and stop smoking. Regarding the curriculum, 78.4% reported having acquired knowledge about the harmful effects of tobacco during their training. However, only a small portion of the students (10.2%) received some formal cessation training. The third article describes the relationship between students of dentistry and tobacco. It was seen that more than 40% of the participants already tried the cigarette at least once in their life, with 8.9% being current smokers. About 28% of them reported having been exposed to secondhand smoke in the environment where they live and 57.1% in other places. Although students of UFPE health courses have knowledge about tobacco maladies, there is still a significant gap in the training of these future professionals in the fight against smoking.

Keywords: Tobacco use disorder. Tobacco smoke pollution. Students, Health occupations. Attitudes. Training

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|--------------------------------------------------------------------------|
| CCS | CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE |
| CDC | CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS |
| CQCT | CONVENÇÃO QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO |
| CPHA | ASSOCIAÇÃO CANADENSE DE SAÚDE PÚBLICA |
| GHPSS | PESQUISA MUNDIAL SOBRE TABAGISMO EM ESTUDANTES DE PROFISSÕES DA SAÚDE |
| GTSS | SISTEMA MUNDUAL DE VIGILÂNCIA DO TABAGISMO |
| IBGE | INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA |
| INCA | INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER |
| OMS | ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE |
| PETAB | PESQUISA ESPECIAL SOBRE TABAGISMO |
| PETUNI | PERFIL DO TABAGISMO ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS NO BRASIL |
| PMS | PESQUISA MUNDIAL DE SAÚDE |
| PNSN | PESQUISA NACIONAL SOBRE SAÚDE E NUTRIÇÃO |
| SUS | SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |
| UFPE | UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO |

Sumário

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA | 12 |
| 2.1 Epidemiologia do tabaco | 12 |
| 2.1.1 Epidemiologia do tabaco no mundo | 13 |
| 2.1.2 Epidemiologia do tabaco no Brasil | 14 |
| 2.2 Medidas para reduzir o consumo e exposição ao tabaco | 15 |
| 2.2.1 No mundo | 15 |
| 2.2.2 No Brasil..... | 16 |
| 2.3 Papel do Profissional da saúde no combate ao tabagismo | 17 |
| 2.4 Pesquisa Mundial sobre Tabagismo entre Estudantes de Profissões de Saúde (GHPSS) | 18 |
| 3. OBJETIVOS | 20 |
| 3.1 Objetivo Geral..... | 20 |
| 3.2 Objetivos Específicos..... | 20 |
| 4. METODOLOGIA | 22 |
| 4.1 Considerações éticas | 22 |
| 4.2 Desenho do estudo e público | 22 |
| 4.3 Instrumento da pesquisa | 22 |
| 4.4 Operacionalização..... | 22 |
| 4.5 Análise dos resultados | 23 |
| 5. RESULTADOS | 24 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| REFERÊNCIAS | 37 |
| APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) | 41 |
| APÊNDICE B - ARTIGO 1 | 44 |
| APÊNDICE C - ARTIGO 2 | 66 |
| APÊNDICE D - ARTIGO 3 | 83 |
| ANEXO A – QUESTIONÁRIO | 103 |
| ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | 107 |
| ANEXO C- NORMAS DAS REVISTAS | 111 |

1. INTRODUÇÃO

O uso do tabaco é atualmente uma das principais causas de mortes evitáveis no mundo. Os riscos à saúde resultam não só do seu consumo direto, mas também pela exposição ao fumo passivo.¹ Mundialmente, é estimado em cerca de 1,3 bilhões de usuários, tendo uma taxa anual de mais de 7 milhões de mortes, sendo um milhão delas nas Américas.² Se a tendência atual continuar, em 2030 o tabaco matará cerca de 8 milhões por ano, com 80% dessas mortes ocorrendo nos países da baixa e média renda.^{3,4}

Para mudar o panorama de morbidades causadas por este produto, faz-se necessário a implementação de medidas, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco. Diante dessa necessidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT-OMS), um tratado baseado em evidências que reafirma o direito das pessoas ao mais alto padrão de saúde e fornece dimensões legais para a cooperação internacional em saúde. Dentre as suas medidas, encontra-se a proteção da população contra o uso e exposição ao tabaco, além da oferta de ajuda àqueles que desejam cessar o hábito.⁵

Uma das maneiras mais práticas, eficazes e econômicas de colocar essas práticas em ação é sensibilizando os estudantes e profissionais da saúde sobre o seu papel como conselheiros na prevenção e cessação do tabagismo, assim como o seu exemplo de modelo a ser seguido pela comunidade.^{6,7} Entretanto, o fato desses também serem tabagistas ativos e/ou passivos pode prejudicar no controle adequado.

Vários estudos foram realizados para recolher informações de estudantes de cursos de saúde, avaliando o uso do tabaco e seus produtos e na sua formação como conselheiros na cessação deste hábito.^{8,9,10,11} No entanto, antes de 2005, nenhum tinha coletado esses dados utilizando uma consistente metodologia de pesquisa. Tentando superar essa limitação, a OMS, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos e a Associação Canadense de Saúde Pública desenvolveram e implementaram a Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Estudantes de Profissões de Saúde (GHPSS), visando avaliar a relação entre estudantes do terceiro ano de cursos de saúde e o tabaco.¹²

Baseando-se nas informações anteriores, a presente pesquisa parte do pressuposto de que, devido à pouca literatura sobre o assunto, há uma dificuldade em se propor intervenções que contribuam na formação dos futuros profissionais da saúde. Dessa forma, este estudo poderá auxiliar as Instituições de Ensino Superior a verificar a relação dos seus alunos dos cursos de saúde com o tabaco. Ademais, essas e as organizações de saúde conseguirão, em conjunto, projetar e implementar medidas para capacitar e desenvolver habilidades necessárias nesses estudantes, fornecendo-lhes suporte eficaz para trabalhar a cessação do tabagismo e o aconselhamento entre os seus futuros pacientes.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Epidemiologia do tabaco

O tabaco é o único produto de consumo legal que pode prejudicar diretamente todos os expostos a ele - e mata até metade das pessoas que o usam. Ainda assim, o seu uso é comum em todo o mundo devido, principalmente, a dependência física e psicológica. A maioria dos seus danos à saúde se tornam evidentes anos ou mesmo décadas após o início da sua utilização.¹³

O uso do tabaco é atualmente uma das principais causas de mortes evitáveis no mundo. Os riscos à saúde resultam não só do consumo direto de tabaco, mas também de exposição ao fumo passivo.¹ Mundialmente, estima-se cerca de 1,3 bilhões de usuários, tendo uma taxa anual de mais de 7 milhões de mortes, sendo um milhão delas nas Américas². Se a tendência atual continuar, em 2030 o tabaco matará cerca de 8 milhões de pessoas por ano, sendo que 80% dessas mortes ocorrerão nos países da baixa e média renda.^{3,4}

O tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de substância psicoativa na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1997), sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis.¹⁴ Dessas, o mesmo é responsável por 85% das mortes por doença pulmonar crônica, 30% por diversos tipos de câncer, 25% por doença coronariana e 25% por doenças cerebrovasculares.¹⁴ Além de estar associado às doenças crônicas

não transmissíveis, este hábito também é um fator importante de risco para o desenvolvimento de outras doenças como o infarto agudo do miocárdio, enfisema pulmonar e doenças cerebrovasculares.¹⁵

Existem evidências conclusivas sobre a associação entre o tabagismo passivo e vários agravos à saúde, e isso fez com que a Agência Internacional de Investigação sobre o Câncer, em 2004, classificasse-o como agente cancerígeno humano.^{15,16} Esta modalidade é definida como a inalação da fumaça de derivados do tabaco, tais como cigarro, charuto, cigarrilhas, cachimbo, narguile e outros produtos, por indivíduos não fumantes, que convivem com fumantes em ambientes fechados respirando as mesmas substâncias tóxicas que ele inala, além da fumaça exalada.¹⁷ A fumaça que é aspirada através do cigarro na boca de um fumante ativo é conhecida como o fumo principal, enquanto que a secundária é a emitida pela ponta do cigarro aceso. O fumo ambiental é a combinação do fumo secundário (85%) e uma pequena fração do fumo principal (15%). A composição química desses fumos é qualitativamente semelhante e os cancerígenos mais tóxicos estão presentes em ambos, mas em diferentes concentrações por causa do envelhecimento e da diluição com o ar ambiente. Os fumantes que inalam ativamente doses muito grandes de fumaça têm uma maior ingestão de substâncias cancerígenas do tabaco ambiental, quando comparados com os indivíduos apenas expostos.¹⁸

De acordo com a recente avaliação global dos riscos apresentados pelo tabaco, o fumo de tabaco ambiental ainda é uma das ameaças mais importantes para a saúde pública.¹⁴ É por isso que uma das seis políticas eficazes propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para reduzir a carga global de doenças relacionadas a este produto é proteger as pessoas dessa fumaça.^{3,19}

Para mudar o panorama de morbidades causadas por este produto se faz necessário a implementação de medidas públicas, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco.

2.1.1 Epidemiologia do tabaco no mundo

A epidemia de tabaco é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou, matando mais de 7 milhões de pessoas por ano. Mais de 6

milhões dessas mortes são resultado do uso direto do tabaco, enquanto que cerca de 890.000 são o resultado de não fumantes expostos ao fumo passivo. Quase 80% dos mais de 1 bilhão de fumantes em todo o mundo vivem em países de baixa e média renda.²

Conforme recente análise feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a região que apresenta maior percentual de tabaco fumado é a Europa, com 29% e o menor é a Região da África, com 12,4%. A Região das Américas, da qual o Brasil faz parte, em 2010 apresentou 18,7%. Dentre os países desta região, a prevalência de fumantes variou de 7% em Barbados a 40,1% no Chile. As maiores prevalências foram observadas entre os homens, variando de 13% em Barbados e 54,7% em Cuba. Já o percentual de tabagismo entre as mulheres foi de 1,1% também em Barbados e 37,5% no Chile.^{4,20}

2.1.2 Epidemiologia do tabaco no Brasil

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2013, a prevalência de usuários atuais de produtos derivados de tabaco, fumado ou não fumado, de uso diário ou ocasional no Brasil foi de 15,0% (21,9 milhões de pessoas). Segundo a situação do domicílio, a parcela de usuários foi maior na área rural (17,4%) que na urbana (14,6%). Entre as Grandes Regiões, a prevalência variou de 13,4%, na Região Norte, a 16,1%, na Região Sul.²¹

Os homens apresentaram percentual mais elevado de usuários (19,2%) do que as mulheres (11,2%). O indicador mostrou diferenças por nível de instrução: percentuais mais elevados eram apresentados pelas pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (20,2%). Por faixa etária, aqueles com idade entre 40 e 59 anos apresentaram o maior percentual (19,4%). As pessoas declaradas da cor ou raça preta (17,8%) registraram proporção acima da obtida para os brancos (13,1%).²¹

Considerando apenas o tabaco fumado, o percentual de fumantes atuais foi de 14,7%, sendo 12,7% de fumantes diários. Entre os homens a prevalência foi de 18,9% e entre as mulheres, 11,0%. O cigarro industrializado foi o produto do tabaco mais utilizado.²¹

No ambiente domiciliar, a proporção de pessoas não fumantes expostas à fumaça de produtos de tabaco foi de 10,7%. As mulheres não fumantes estavam mais expostas (11,7%) que os homens (9,5%). As pessoas de 18 a 24 anos de idade também estavam mais expostas, neste ambiente, que as demais faixas etárias. No trabalho, entre as pessoas não fumantes ocupadas e que trabalhavam em ambientes fechados, 13,5% estavam expostos ao fumo passivo. Neste caso, os homens estavam mais expostos (16,9%) que as mulheres (10,4%). As Regiões Sul e Sudeste apresentaram percentuais menores de pessoas não fumantes expostas ao fumo passivo no local de trabalho fechado: 11,1% e 12,3%, respectivamente utilizado.²¹

2.2 Medidas para reduzir o consumo e exposição ao tabaco

2.2.1 No mundo

A fim de combater a epidemia global de tabaco, a OMS criou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT-OMS). A CQCT-OMS entrou em vigor em fevereiro de 2005 e hoje abrange mais 90% da população mundial.³

A CQCT-OMS é um tratado baseado em evidências que reafirma o direito das pessoas ao mais alto padrão de saúde e fornece dimensões legais para a cooperação internacional em saúde. Isso representa uma mudança de paradigma no desenvolvimento de uma estratégia regulatória para abordar substâncias aditivas. Em contraste com os tratados anteriores de controle de drogas, a CQCT da OMS afirma a importância das estratégias de redução da demanda, bem como questões de fornecimento.³

O tratado foi desenvolvido em resposta à globalização da epidemia de tabaco. A propagação dessa epidemia é facilitada através de uma variedade de fatores complexos com efeitos transfronteirais, incluindo a liberalização do comércio e o investimento estrangeiro direto. Outros fatores como o marketing global, propaganda transnacional de tabaco, promoção e patrocínio e o movimento internacional de contrabando e contrafacção de cigarros também contribuíram para o aumento explosivo do consumo de tabaco.³

Em 2008, a OMS introduziu uma maneira prática e econômica de ampliar a implementação das principais disposições de redução da demanda encontradas na CQCT da OMS: o MPOWER. Cada medida MPOWER corresponde a pelo menos um objetivo da CQCT-OMS.¹⁹ As 6 medidas são:

- 1- Monitorar o consumo do tabaco e as políticas de prevenção;
- 2- Garantir às pessoas que não fumam um ambiente livre de tabaco;
- 3- Oferecer ajuda a quem deseja parar de fumar;
- 4- Advertir sobre os perigos do tabaco;
- 5- Aplicar as proibições de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco e;
- 6- Elevar os impostos sobre o tabaco.¹⁹

2.2.2 No Brasil

Desde 1997 o Instituto Nacional do Câncer (INCA) é "Centro Colaborador da OMS para o Controle do Tabaco". Sua principal função é realizar estudos populacionais cujos resultados irão contribuir no monitoramento das tendências do consumo de produtos de tabaco no Brasil, assim como as atitudes da população frente às diferentes medidas da Política Nacional de Controle do Tabaco.²⁰

A partir de 2003, o Ministério da Saúde, através de sua Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), passou a estruturar um Sistema Nacional de Vigilância específico para as doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, dentre eles o tabagismo. No mesmo ano, o INCA em parceria com a SVS desenvolveu o Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal e, em 2008, participou ativamente da Pesquisa Especial sobre Tabagismo (PETAB), coordenada pelo Ministério da Saúde e IBGE.²⁰

Em função dessas inúmeras ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco, o percentual de adultos fumantes no Brasil vem apresentando

uma expressiva queda nas últimas décadas. Em 1989, 34,8% da população acima de 18 anos eram fumantes, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). Uma considerável redução nesses números foi observada no ano de 2003, quando na Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), o percentual observado foi de 22,4 % (MONTEIRO et al., 2013). No ano de 2008, segundo a PETAB, este percentual era de 18,5 %. Os dados mais recentes do ano de 2013, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), apontam o percentual total de adultos fumantes em 15%.³

Considerando o período de 1989 a 2010, a queda do percentual de fumantes no Brasil foi de 46%, como consequência das Políticas de Controle do Tabagismo implementadas, estimando-se que um total de cerca de 420.000 mortes foram evitadas neste período.²²

2.3 Papel do Profissional da saúde no combate ao tabagismo

Apesar da incessante luta pela mudança de comportamento de não mais se aceitar socialmente o consumo do tabaco nos países, percebe-se que ainda há nichos onde essa prática é aceita.^{18,25}

Os profissionais de saúde, incluindo médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, entre outros, são altamente respeitados e são fontes confiáveis de informação e aconselhamento em assuntos relacionados à saúde. Muitos são influentes líderes comunitários e são considerados modelos para outros. Em suas vidas profissionais, eles estão em contato com uma alta porcentagem da população e podem ser fundamentais para ajudar as pessoas a mudar seu comportamento, particularmente ao abandonar o uso do tabaco.¹⁵ A conscientização da população e, principalmente, dos atuais e futuros profissionais da saúde é fundamental para criar um modelo permanente de promoção da saúde na sociedade.²²

Em muitos países, no entanto, a capacidade de controle do tabaco é fraca. Os sistemas de saúde não estão configurados para integrar a prevenção e o tratamento do tabagismo no atendimento rotineiro do paciente. O treinamento dos profissionais de saúde inclui, na melhor das hipóteses, apenas um mínimo de tempo dedicado ao tratamento da dependência do tabaco, e muitos não veem o controle do tabaco como parte de seu trabalho. Em alguns países, um grande número de profissionais de saúde

são usuários do tabaco, com uma incidência de 2% a 45% em todo o mundo, apesar dessa taxa ter diminuído nos últimos 30 anos.²³

Em 2004, durante uma reunião convocada pela OMS, as associações profissionais de saúde adotaram um código de prática sobre o controle do tabagismo que enumera 14 maneiras tangíveis em que essas associações podem se engajar no controle do tabagismo. Por exemplo, as associações e seus membros devem atuar como um modelo para seus pacientes, garantir que os locais de trabalho e as instalações públicas sejam livres de fumo do tabaco e apoiem o processo político de controle do tabagismo, incluindo o apoio à CQCT-OMS.²⁵

2.4 Pesquisa Mundial sobre Tabagismo entre Estudantes de Profissões de Saúde (GHPSS)

O uso do tabaco entre os profissionais de saúde é de particular interesse na área de vigilância relacionada ao tabagismo, uma vez que esses indivíduos não são apenas responsáveis pelos cuidados de saúde primários e educação para questões relacionadas ao tabaco, como cessação e exposição ao fumo passivo, mas também são modelos na comunidade.

Estudos têm recolhido informações de estudantes da área de saúde em vários países, a fim de saber sobre o uso do tabaco e da sua formação como conselheiros na cessação do hábito. No entanto, antes de 2005, nenhum estudo tinha coletado essas informações mundialmente usando uma consistente metodologia de pesquisa. Em 2005, a OMS, os CDC e a Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA) desenvolveram a GHPSS, afim de coletar dados sobre o uso do tabaco e o aconselhamento da sua cessação entre alunos das áreas de saúde em todos os Estados membros da OMS. A GHPSS tem crescido rapidamente desde a sua criação, sendo realizadas em todas as seis regiões da OMS (África, Américas, Sudeste Asiático, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental) incluindo 49 países membros.^{12,26}

Esse questionário fornece às instituições e entidades uma maneira de mensurar o consumo de tabaco entre os estudantes de cursos da área da saúde, o desejo de cessação entre os que fumam, a maneira como vem sendo treinados em técnicas de aconselhamento para cessação e o desejo de utilizarem esse treinamento

para prevenir e reduzir o uso de tabaco entre seus pacientes. Dessa forma, a metodologia proporciona o subsídio necessário à elaboração e implementação de medidas que melhor preparem esses futuros profissionais a desempenharem seu papel crucial na luta pela redução do tabagismo.²⁷

No Brasil, o GHPSS foi nomeado de “Perfil do tabagismo entre estudantes universitários no Brasil, PETUNI”. Esta pesquisa, realizada pela primeira vez no ano de 2006, envolveu estudantes do 3º ano da graduação de ensino público e particular de quatro áreas: Medicina, Odontologia, Enfermagem e Farmácia. A pesquisa abrangeu as cidades de Campo Grande, João Pessoa, Rio de Janeiro, Florianópolis e Juiz de Fora.³

Os estudantes dos cursos pesquisados participaram de censo, tendo adesão à pesquisa superior a 70% em todas as cidades avaliadas. O questionário verificou o consumo dos produtos de tabaco, o conhecimento dos estudantes sobre a legislação referente ao tabagismo ambiental, a exposição à fumaça de tabaco, as crenças dos universitários sobre o papel do profissional de saúde na cessação do consumo dos produtos de tabaco e o conhecimento adquirido sobre o tabaco durante o curso.³

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O objetivo do presente estudo foi determinar a prevalência do tabagismo ativo e passivo, e possíveis fatores associados, entre alunos a partir do terceiro ano de graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Campus Recife, além de avaliar as atitudes e o currículo/treinamento adquiridos durante a graduação.

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar a prevalência de alunos que já experimentaram o cigarro e/ou que já experimentaram outros derivados do tabaco, além da prevalência de fumantes atuais;
- Determinar qual foi a idade do experimento e qual a idade do início do consumo continuado do cigarro entre os alunos;
- Verificar se os alunos já fumaram cigarros ou derivados do tabaco nas instalações/propriedades da universidade;
- Estudar a prevalência de alunos expostos à fumaça do tabaco nas residências e em ambientes diferentes de onde moram;
- Verificar o conhecimento dos alunos quanto a existência de políticas oficiais que proibam o uso do cigarro em prédios e clínicas escolares;
- Avaliar as atitudes dos alunos frente a: proibição da publicidade dos produtos do tabaco, treinamento para os profissionais da saúde, visão dos profissionais como “modelos” para os seus pacientes e para o público, aconselhamento de cessação dos profissionais de saúde para com os pacientes;
- Verificar o currículo/treinamento adquiridos pelos alunos durante a formação profissional;
- Correlacionar os cursos do CCS com a prevalência do uso do cigarro e de outros derivados do tabaco;
- Correlacionar os cursos do CCS com as políticas de proibição do uso do tabaco em prédios e clínicas escolares;

- Correlacionar as variáveis gênero, experimento com o cigarro e uso atual do cigarro com as variáveis das seções atitudes e currículo/treinamento.

4. METODOLOGIA

4.1 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS, da UFPE (CAE: 63685317.4.0000.5208).

4.2 Desenho do estudo e público

Trata-se de um estudo transversal, cuja amostra foi composta por estudantes dos cursos de graduação em Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional da UFPE, situada na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil.

4.3 Instrumento da pesquisa

A GHPSS, que integra o Sistema Mundial de Vigilância de Tabagismo (GTSS), foi desenvolvida em conjunto pela OMS, os CDC dos Estados Unidos e a CDHA no ano de 2005.¹² O seu questionário padrão é composto por 42 questões divididas em seis áreas: Prevalência de uso de tabaco, Exposição ambiental à fumaça de tabaco, Atitudes frente ao tabagismo, Comportamento e cessação, Currículo e treinamento e, Dados demográficos. Para o presente estudo, quatro questões foram excluídas do questionário padrão, por avaliarem a opinião dos estudantes sobre a proibição ou não do tabagismo em ambientes comuns, tendo em vista que no Brasil já existem leis que proíbem esse hábito.

4.4 Operacionalização

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de março e junho de 2017, utilizando a metodologia proposta pela GHPSS. Esta metodologia avalia estudantes do terceiro ano dos cursos de saúde, visto que na maioria dos países esses acadêmicos estão em níveis avançados do seu treinamento.²⁷

Os estudantes do 5º e 6º foram recrutados para participar da pesquisa e responderam o questionário GHPSS (traduzido para o português, adaptado e validado)²⁸. Os critérios de inclusão foram: o participante ser aluno de algum curso da área de saúde da UFPE e estar presente em sala de aula no momento da pesquisa.

A pesquisa foi executada nas salas de aula durante as atividades acadêmicas regulares em datas e horários previamente combinados e autorizados pelos coordenadores e professores de cada curso.

Os objetivos e metodologia foram explicados aos estudantes, e então lhes foi dado tempo para responderem o questionário anônimo, individual e auto-administrado. Os participantes marcaram suas respostas no próprio questionário, assinalando a alternativa de escolha.

4.5 Análise dos resultados

Na análise dos dados foram considerados fumantes atuais aqueles alunos que fumaram pelo menos um dia nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Dentro do grupo de fumantes atuais foram subclassificados em fumantes ocasionais aqueles alunos que fumaram numa frequência inferior a 20 dias nos 30 dias anteriores à pesquisa.³

As respostas das variáveis foram tabuladas e analisadas no programa de computador *IBM SPSS Statistics 20.0* (IBM Corporation, New York, United States). A estatística descritiva foi obtida para todas as variáveis, sendo apresentadas em porcentagem e número. As associações entre as variáveis foram realizadas com o teste do qui-quadrado, com um valor de $p \leq 0,05$ tomado como o limiar para a significância estatística e a regressão logística binária serviu para avaliar a relação entre o uso atual do tabaco e variáveis independentes. Todos os resultados apresentaram uma margem de erro de $\pm 5\%$ (Intervalo de confiança de 95%).

- Os cursos do CCS foram associados com as variáveis “experiência com o cigarro” e “uso atual do cigarro” através do teste do qui-quadrado, com nível de significância estabelecido em $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.
- Os cursos do CCS foram associados com a seção “currículo/treinamento” através do teste do qui-quadrado, com nível de significância estabelecido em $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.
- As variáveis “gênero”, “experiência com o cigarro” e “uso atual do cigarro” foram associadas com as seções “prevalência do uso do cigarro”, “exposição ao fumo passivo do Tabaco” e “atitudes” através do teste do qui-quadrado, com nível de significância estabelecido em $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

5. RESULTADOS

A UFPE - campus Recife, apresentou, no primeiro semestre letivo de 2017, 725 alunos matriculados no terceiro ano dos cursos do CCS participantes do estudo. Desses, 565 estavam em sala de aula no momento da pesquisa.

O conjunto de dados finais foi construído utilizando informações de 449 estudantes, depois de excluir 116 (20,5%) participantes que não responderam o instrumento da pesquisa. A taxa global de resposta foi de 79,5% (Tabela 1).

Dados demográficos

A amostra do estudo consistiu principalmente de mulheres (308-68,6%), tendo uma variação de 97,6% no curso de terapia ocupacional a 41,5% no curso de educação física ($p<0,05$). A faixa etária de maior prevalência, independentemente do curso, foi a de 19 a 24 anos, correspondendo a 83,7% de toda a amostra ($p<0,05$). A Tabela 1 sumariza os dados demográficos por curso.

Uso do tabaco

Experiência com o cigarro

No momento da pesquisa, 284 entrevistados (63,3%) nunca tinham experimentado o cigarro, mesmo um ou dois tragos, ao passo que 165 (36,7%) relataram ter fumado pelo menos uma vez na vida. Destes últimos, 93 (56,3%) tiveram a primeira experiência até os 17 anos de idade e 72 (43,7%) acima dos 18 anos. A taxa de prevalência entre os 16-17 anos foi a mais alta ($p<0,05$).

Tabela 1. Dados demográficos correlacionados por curso

| Variável | Educação Física | | Enfermagem | | Farmácia | | Fisioterapia | | Medicina | | Nutrição | | Odontologia | | Terapia Ocupacional | | Valor de P ^a | |
|-----------------------------------|-----------------|------|------------|-----|----------|------|--------------|------|----------|------|----------|------|-------------|------|---------------------|------|-------------------------|--|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Taxa de resposta | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de alunos matriculados | 120 | 16,5 | 70 | 9,6 | 80 | 11 | 70 | 9,6 | 140 | 19,3 | 60 | 8,3 | 140 | 19,3 | 45 | 6,2 | * | |
| Número de alunos que participaram | 77 | 17,1 | 35 | 7,8 | 65 | 14,5 | 41 | 9,1 | 73 | 16,3 | 31 | 6,9 | 85 | 18,9 | 42 | 9,4 | | |
| Idade | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De 19 a 24 anos | 58 | 75,3 | 35 | 100 | 55 | 84,6 | 41 | 100 | 62 | 85 | 23 | 74,2 | 65 | 76,5 | 37 | 88,1 | | |
| De 25 a 29 | 14 | 18,2 | 0 | 0 | 9 | 13,9 | 0 | 0 | 10 | 13,7 | 3 | 9,7 | 15 | 17,6 | 5 | 11,9 | | |
| 30 anos ou mais | 5 | 6,5 | 0 | 0 | 1 | 1,5 | 0 | 0 | 1 | 1,3 | 5 | 16,1 | 5 | 5,9 | 0 | 0 | | |
| Gênero | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 45 | 58,4 | 7 | 20 | 18 | 27,7 | 5 | 12,2 | 42 | 57,5 | 3 | 90,3 | 20 | 23,5 | 1 | 2,4 | <0,05 | |
| Feminino | 32 | 41,6 | 28 | 80 | 47 | 72,3 | 36 | 87,8 | 31 | 42,5 | 28 | 9,7 | 65 | 76,5 | 41 | 97,6 | | |

*Não se aplica

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de $p \leq 0,05$

Em relação ao gênero, os homens foram mais propensos a experimentar o cigarro ($p < 0,05$). Dos 141 homens que participaram da pesquisa, 72 (51%) já haviam experimentado cigarro, sendo que 43 (59,7%) experimentaram antes dos 17 anos. Já entre as mulheres, de 308 participantes, 93 (30,2%) já fumaram ao menos uma vez, com 50 (53,7%) dessas tendo experimentado antes dos 17 anos.

Quando perguntados se sofreram alguma influência para fumar, independentemente do gênero, os participantes foram predispostos à influência dos amigos/colegas ($p < 0,05$). A Tabela 2 resume os dados da relação entre o gênero e a experiência com o cigarro e o uso atual do cigarro.

Uso atual do cigarro

Do total de alunos participantes da pesquisa, 33 (7,3%) fumaram cigarros no último mês, classificando-os como fumantes atuais. O curso de medicina apresentou o maior número de tabagistas, correspondendo a 42,4% de toda a amostra ($p < 0,05$). A maioria dos universitários, em todos os cursos, eram usuários ocasionais (28-84,8%).

Quando separados por gênero, os homens (19 - 15,6%) foram mais propensos do que as mulheres (14 - 4,8%) a serem fumantes atuais ($p < 0,05$), sendo influenciados principalmente pelos amigos/colegas ($< 0,05$). A Tabela 2 sumariza os dados, associando-os com o uso atual do cigarro.

Experiência com outras formas de consumo do tabaco (tabaco de mascar, rapé, narguilé, charutos, cachimbos)

No momento da pesquisa, 42 (9,4%) participantes afirmaram ter utilizado uma ou mais formas de consumo do tabaco. Ao correlacionar com o gênero, não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,344$). Entretanto, ao compararmos com o uso atual, 17 (51,5%) dos tabagistas atuais já experimentaram outras formas de consumo do tabaco ($p < 0,05$). A Tabela 2 associa essa variável com o gênero, experiência com o tabaco e uso atual.

Tabela 2. Gênero, experiência com o cigarro e uso atual do cigarro x Idade do experimento, influência e uso do tabaco e derivados

| Variável | Gênero | | | | Valor de P | Experiência com o cigarro | | | | Valor de P | Uso atual do cigarro | | | | Valor de P ^a |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|-----------|--------|------------|---------------------------|--------|--------------------|--------|------------|--------------------------|--------|------------------------|--------|-------------------------|
| | Masculino | | Feminino | | | Já experimentou | | Nunca experimentou | | | Usuário atual do cigarro | | Não usuário do cigarro | | |
| | N(%) | IC 95% | N(%) | IC 95% | | N(%) | IC 95% | N(%) | IC 95% | | N(%) | IC 95% | N(%) | IC 95% | |
| Quantos anos você tinha quando experimentou um cigarro pela primeira vez? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca fumei cigarros | 69(49) | | 215(69,8) | | | 0(0) | | 284(100) | | | 0(0) | | 284(68,3) | | |
| 10 anos ou menos | 4(2,9) | | 8(2,6) | | | 12(7,3) | | 0 | | | 0(0) | | 12(2,9) | | |
| Entre 11-15 anos | 14(9,9) | 2,36 | 19(6,2) | 1,81 | | 33(20) | 4,09 | 0 | | | 11(33,3) | 3,79 | 22(5,3) | 1,89 | |
| Entre 16-17 | 25(17,7) | - | 23(7,5) | - | <0,05 | 48(29) | - | 0 | | <0,05 | 10(30,3) | - | 38(9,1) | - | |
| Entre 18-19 | 18(12,7) | 2,97 | 25(8,1) | 2,18 | | 43(26) | 4,46 | 0 | | | 8(24,2) | 4,57 | 35(8,4) | 2,21 | |
| Entre 20-24 | 10(7,1) | | 17(5,5) | | | 27(16,4) | | 0 | | | 3(9,1) | | 24(5,8) | | |
| Entre 25-29 anos | 1(0,7) | | 1(0,3) | | | 2(1,2) | | 0 | | | 1(3) | | 1(0,2) | | |
| Você sofreu alguma influência ao iniciar o hábito de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca fumei cigarros | 69(49) | | 215(69,8) | | | 0(0) | | 284(100) | | | 0(0) | | 284(63,3) | | |
| Não tive nenhuma influência | 29(20,6) | 1,87 | 34(11) | 1,52 | | 63(38,2) | 2,97 | 0 | | | 12(36,4) | 2,86 | 51(12,2) | 1,56 | |
| Influência de familiares | 6(4,2) | - | 15(4,9) | - | <0,05 | 21(12,7) | - | 0 | | <0,05 | 3(9,1) | - | 18(4,3) | - | |
| Influência de amigos/colegas | 37(26,2) | 2,29 | 43(14) | 1,76 | | 80(48,5) | 3,26 | 0 | | | 17(51,5) | 3,56 | 63(14,1) | 1,77 | |
| Influência da mídia | 0(0) | | 1(0,3) | | | 1(0,6) | | 0 | | | 1(3) | | 0(0) | | |
| Durante os últimos 30 dias (um mês), em quantos dias você fumou cigarros? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 dias | 122(86,5) | | 294(95,4) | | | 132(80) | | 284(100) | | | 0(0) | | 416(100) | | |
| 1 ou 2 dias | 6(4,2) | | 8(2,6) | | | 14(8,5) | | 0 | | | 14(42,4) | | 0 | | |
| 3 a 5 dias | 5(3,5) | 1,19 | 5(1,6) | 1,03 | | 10(6) | 1,28 | 0 | | | 10(30,3) | 2,70 | 0 | | |
| 6 a 9 dias | 1(0,7) | - | 1(0,3) | - | <0,05 | 2(1,2) | - | 0 | | <0,05 | 2(6,1) | - | 0 | - | |
| 10 a 19 dias | 2(1,4) | 1,57 | 0(0) | 1,11 | | 2(1,2) | 1,62 | 0 | | | 2(6,1) | 3,78 | 0 | | |
| 20 a 29 dias | 4(2,9) | | 0(0) | | | 4(2,4) | | 0 | | | 4(12,1) | | 0 | | |
| Todos os 30 dias | 1(0,7) | | 0(0) | | | 1(1,2) | | 0 | | | 1(3) | | 0 | | |
| Você já fumou cigarros nas instalações/propriedades da universidade? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca fumei | 75(53,2) | 1,64 | 215(69,8) | 1,44 | | 6(3,6) | 2,59 | 284(100) | | | 0(0) | 2,19 | 290(69,7) | 1,47 | |
| Sim | 20(14,9) | - | 22(7,1) | - | <0,05 | 42(25,4) | - | 0 | | <0,05 | 21(63,6) | - | 21(5) | - | |
| Não nas instalações | 46(32,6) | 1,95 | 71(23,1) | 1,63 | | 117(71) | 2,76 | 0 | | | 12(36,7) | 2,54 | 105(25,2) | 1,64 | |
| Você já usou tabaco para mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 21(14,9) | 1,79 | 36(11,7) | 1,85 | | 48(29) | 1,64 | 9(3,2) | 1,95 | | 17(51,5) | 1,30 | 40(9,6) | 1,88 | |
| Não | 120(85,1) | 1,91 | 272(88,3) | 1,92 | 0,344 | 117(71) | 1,78 | 275(96,8) | 1,99 | <0,05 | 16(48,5) | 1,66 | 376(90,4) | 1,93 | |
| Durante os últimos 30 dias (um mês), em quantos dias você usou tabaco para mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 dias | 137(97,2) | 1,00 | 302(98) | 1,00 | | 158(95,7) | 1,01 | 281(98,9) | 1,01 | | 28(84,9) | 1,02 | 411(98,8) | 1,00 | |
| 1 ou 2 dias | 3(2,1) | - | 5(1,6) | - | | 5(3) | - | 3(1,1) | - | 0,120 | 4(12,1) | - | 4(1) | - | |
| 3 a 5 dias | 1(0,7) | 1,07 | 0(0) | 1,05 | 0,425 | 1(1,2) | 1,11 | 0 | 1,11 | | 1(3) | 1,35 | 0(0) | 1,03 | |
| 6 a 9 dias | 0(0) | | 1(0,3) | | | 1(1,2) | | 0 | | | 0(0) | | 1(0,2) | | |
| Você já usou tabaco de mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos nas instalações/propriedades da universidade? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca fumei | 121(85,9) | 1,14 | 276(89,6) | 1,14 | | 119(72,1) | 1,39 | 278(97,9) | 1,39 | | 17(51,5) | 1,52 | 380(91,3) | 1,12 | |
| Sim | 6(4,2) | - | 0(0) | - | <0,05 | 6(3,6) | - | 0 | - | <0,05 | 4(12,1) | - | 2(0,5) | - | |
| Não nas instalações | 14(9,9) | 1,34 | 32(10,4) | 1,28 | | 40(24,2) | 1,65 | 6(2,1) | 1,65 | | 12(36,4) | 2,18 | 34(8,2) | 1,22 | |

Uso do cigarro e derivados do tabaco nas instalações/propriedades da universidade

Dos estudantes que já experimentaram o cigarro, 42 (25,4%) já fizeram uso no ambiente universitário. Ao levar em consideração apenas os fumantes atuais, 21 (63,6%) fumaram nesses locais ($p < 0,05$). O gênero masculino foi mais propenso a esta prática ($p < 0,05$).

Em relação ao uso de outros derivados do tabaco, 6 (1,3%) alunos responderam ter utilizado esses produtos em ambiente universitário (Tabela 2).

Exposição ao fumo passivo do tabaco

Cento e vinte e seis (28%) alunos relataram exposição ao cigarro no ambiente onde moram nos últimos sete dias, sendo 91 do gênero feminino (72,2%) e 35 do gênero masculino (27,3%). Quanto ao número de dias, 67 (14,9%) ficaram expostos de 1 a 2 dias. A sua correlação com o gênero, a experiência com o tabaco e o uso atual não foi significativa (Tabela 3).

No que se refere à exposição ao fumo passivo do tabaco em outros ambientes, 277 (61%) alunos afirmaram exposição nos últimos sete dias. Dos 277 expostos, 197 eram do gênero feminino (71,1%) e 80 do gênero masculino (28,9%).

Quanto ao número de dias, 191 (42,5%) foram expostos de 1 a 2 dias. A correlação entre essa variável com o gênero, a experiência com o tabaco e o uso atual não foi significativa (Tabela 3). Ao associar a exposição domiciliar com a exposição em outros ambientes, 109 (66%) sofreram as duas exposições nos últimos sete dias, com 44 (40,3%) ficando expostos de 1 a 2 dias ($p < 0,05$).

Tabela 3. Gênero, experiência com o cigarro e uso atual do cigarro x Exposição passiva

| Variável | Gênero | | Experiência com o cigarro | | | | | | Uso atual do cigarro | | | | Valor de P ^a | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|---------------------------|--------|------------|-----------------|--------|--------------------|----------------------|------------|--------------------------|--------|-------------------------|------------------------|--------|
| | Masculino | | Feminino | | Valor de P | Já experimentou | | Nunca experimentou | | Valor de P | Usuário atual do cigarro | | | Não usuário do cigarro | |
| | N(%) | IC95 % | N(%) | IC95 % | | N(%) | IC95 % | N(%) | IC95 % | | N(%) | IC95 % | | N(%) | IC95 % |
| Durante os últimos 7 dias, em quantos dias as pessoas fumaram onde você mora, na sua presença? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 dias | 106(75,2) | | 217(70,4) | | | 108(64,4) | | 215(75,7) | | | 20(60,6) | | 303(72,8) | | |
| 1 a 2 dias | 17(12) | 1,33 | 50(16,2) | 1,43 | | 28(17) | 1,51 | 39(13,7) | 1,33 | | 5(15,1) | 1,41 | 62(15) | 1,41 | |
| 3 a 4 dias | 8(5,7) | - | 20(6,5) | - | 0,818 | 13(7,9) | - | 15(5,3) | - | 0,133 | 3(9) | - | 25(6) | - | |
| 5 a 6 dias | 2(1,4) | 1,68 | 4(1,3) | 1,67 | | 4(2,4) | 1,87 | 2(0,5) | 1,56 | | 1(3) | 2,41 | 5(1,2) | 1,61 | |
| Todos os 7 dias | 8(5,7) | | 17(5,5) | | | 12(7,3) | | 13(4,6) | | | 4(12,1) | | 21(5) | | |
| Durante os últimos 7 dias, em quantos dias as pessoas fumaram em sua presença em lugares diferentes de onde você mora? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 dias | 61(43,3) | | 111(36) | | | 58(35,2) | | 114(40,1) | | | 9(27,3) | 2,00 | 163(39,2) | | |
| 1 a 2 dias | 53(37,6) | 1,69 | 138(44,8) | 1,86 | | 70(42,4) | 1,86 | 121(42,6) | 1,77 | | 11(33,3) | - | 180(43,3) | 1,80 | |
| 3 a 4 dias | 20(12,2) | - | 32(10,4) | - | 0,162 | 22(13,3) | - | 30(10,6) | - | 0,703 | 6(18,2) | 2,97 | 46(11,1) | - | |
| 5 a 6 dias | 1(0,7) | 2,02 | 10(3,2) | 2,09 | | 5(3) | 2,19 | 6(2,1) | 2,00 | | 2(6,1) | | 9(2,2) | 1,99 | |
| Todos os 7 dias | 6(4,2) | | 17(5,5) | | | 10(6,1) | | 13(4,6) | | | 5(15,1) | | 18(4,2) | | |

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de $p \leq 0,05$

Política de proibição do tabaco

Política oficial de proibição do cigarro e derivados do tabaco em prédios e clínicas universitárias

Ao serem perguntados da existência de uma lei oficial que proíba o uso do cigarro e derivados do tabaco em prédios e clínicas universitárias, 292 (65%) alunos afirmaram não saber, 50 (11,2%) responderam que não existe nenhuma política e 107 (23,8%) que alguma proibição está prevista para esses ambientes. Entretanto, ao levar em consideração os últimos alunos, apenas 42 (39,2%) acreditam que a lei é aplicada (Tabela 4).

Proibição total da publicidade dos produtos do tabaco

Trezentos e cinquenta (78%) alunos acreditam que deveria haver uma proibição total da publicidade dos produtos do tabaco. O nível de concordância a favor da proibição total foi significativamente maior entre os não fumantes (79,80%) do que entre os usuários atuais (54,5%) ($p < 0,05$).

Em relação ao gênero, o nível de concordância foi significativamente maior entre as mulheres (81,4%) em relação aos homens (70,2%) ($p < 0,05$). Do total de 308 mulheres, 251 (81,5%) foram a favor da proibição total contra 99 (70,2%), de 141 homens. A Tabela 4 associa essa variável com o gênero, a experiência com o cigarro e o seu uso atual.

Tabela 4. Cursos x Experiência com o cigarro, uso atual do cigarro e políticas de proibição na universidade

| Variável | Educação Física | | Enfermagem | | Farmácia | | Fisioterapia | | Medicina | | Nutrição | | Odontologia | | Terapia Ocupacional | | Valor de P ^a |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|---------------------|-----------|-------------------------|
| | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | |
| Alguma vez você já tentou ou experimentou o cigarro, mesmo um ou dois tragos? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 31 (40,2) | 1,49 - | 10 (28,6) | 1,56 - | 21 (32,3) | 1,56 - | 7 (17) | 1,71 - | 40 (54,8) | 1,34 - | 11 (35,5) | 1,47 - | 30 (35,3) | 1,54 - | 15 (35,7) | 1,49 - | <0,05 |
| Não | 46 (59,8) | 1,71 | 25 (71,4) | 1,87 | 44 (67,7) | 1,79 | 34 (83) | 1,95 | 33 (45,2) | 1,57 | 20 (64,5) | 1,832 | 55 (64,7) | 1,75 | 27 (64,3) | 1,79 | |
| Tabagismo atual | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tabagista atual | 4 (5,2) | 1,00 - | 0 (0) | | 5 (7,7) | 1,01 - | 3 (7,3) | 0,99 - | 14 (19,2) | 1,10 - | 1 (3,2) | 0,97 - | 2 (2,3) | 1,14 - | 4 (10,5) | 1,00 - | <0,05 |
| Não Tabagista | 73 (94,8) | 1,10 | 35 (100) | | 60 (92,3) | 1,14 | 38 (92,7) | 1,16 | 59 (80,8) | 1,28 | 30 (96,8) | 1,10 | 83 (97,7) | 1,33 | 38 (89,5) | 1,19 | |
| Sua universidade tem uma política oficial proibindo fumar em prédios escolares e clínicas? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim, somente para prédios escolares | 3 (3,9) | | 1 (2,9) | | 3 (4,6) | | 0 (0) | | 1 (1,4) | | 0 (0) | | 1 (1,2) | | 1 (2,4) | | |
| Sim, apenas para clínicas | 2 (2,6) | 4,20 | 0 (0) | 3,77 | 3 (4,6) | 3,88 | 5 (12,2) | 3,61 | 2 (2,7) | 4,16 | 0 (0) | 4,61 | 2 (2,3) | 4,13 | 2 (4,8) | 4,11 | <0,05 |
| Sim, para edifícios escolares e clínicas | 9 (11,7) | - 4,68 | 12 (34,3) | - 4,52 | 11 (16,9) | - 4,46 | 9 (22) | - 4,29 | 16 (21,9) | - 4,63 | 2 (6,5) | - 5,01 | 18 (21,2) | - 4,55 | 4 (9,5) | - 4,75 | |
| Nenhuma política oficial | 7 (9) | | 2 (5,7) | | 11 (16,9) | | 10 (24,4) | | 2 (1,4) | | 2 (6,5) | | 10 (11,8) | | 6 (14,3) | | |
| Não sei | 56 (72,7) | | 20 (57,1) | | 37 (57) | | 17 (41,4) | | 52 (71,2) | | 27 (87) | | 54 (63,5) | | 29 (69) | | |
| A proibição oficial de fumar na sua universidade é aplicada? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim, a política é aplicada | 5 (6,5) | | 8 (22,8) | | 6 (9,2) | | 3 (7,3) | | 8 (11) | | 1 (3,2) | | 13 (15,3) | | 5 (12) | | |
| Não, a política não é aplicada | 17 (22) | 3,10 - | 1 (2,8) | 2,71 - | 18 (27,7) | 2,81 - | 12 (29,3) | 2,70 - | 14 (19,2) | 1,04 - | 3 (9,7) | 3,10 - | 7 (8,2) | 3,07 - | 5 (12) | 2,99 - | <0,05 |
| A Universidade não tem uma política oficial | 2 (2,6) | 3,57 | 4 (11,4) | 3,58 | 6 (9,2) | 3,35 | 7 (17) | 3,35 | 1 (1,3) | 1,18 | 1 (3,2) | 3,57 | 5 (5,9) | 3,56 | 3 (7) | 3,68 | |
| Não sei | 53 (68,8) | | 22 (62,8) | | 35 (53,8) | | 19 (46,3) | | 50 (68,5) | | 26 (83,9) | | 60 (70,6) | | 29 (69) | | |

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de $p \leq 0,05$

Atitudes dos profissionais de saúde

Quando perguntados se os profissionais de saúde servem como modelos para seus pacientes e para o público, 389 (86,6%) alunos afirmaram que sim, independentemente de já terem utilizado o tabaco ou não ($p=0,87$). Cerca de 427 (95%) alunos admitiram que os profissionais de saúde deveriam receber treinamento específico sobre técnicas de cessação do tabaco.

Em relação ao aconselhamento dos pacientes, 443 (99%) entrevistados acreditam que é papel dos profissionais de saúde aconselhar e informar os seus pacientes sobre maneiras de cessar o tabagismo, 424 (95%) acharam importante que os conselhos sejam rotineiros. Trezentos e noventa e seis (88%) alunos julgaram eficazes os conselhos, com aumento das chances de um paciente cessar o hábito aumentam após as recomendações.

Ao serem questionados se os profissionais de saúde tabagistas são menos propensos a aconselhar os pacientes a pararem de fumar, 280 (62,4%) pressupõem que sim. Entretanto, ao correlacionar com o gênero, 67 (47,5%) homens acreditam não haver relação direta ($p<0,05$), ao passo que apenas 102 (33,1%) mulheres acreditam na relação direta, mostrando que o gênero está associado.

Ao relacionar as variáveis “experiência de provar o cigarro” com “menor propensão do profissional tabagista aconselhar os seus pacientes” os usuários atuais do tabaco acreditaram não haver relação direta ($p<0,05$). A Tabela 5 demonstra essa relação com o gênero, a experiência com o tabaco e o uso atual.

Currículo/Treinamento

No que diz respeito à grade curricular, 352 (78,4%) participantes da pesquisa relataram ter adquirido conhecimento sobre os malefícios do tabaco durante a sua formação na universidade. Entretanto, apenas 42,5% discutiram as razões pelas quais as pessoas fumam.

No tocante ao atendimento dos pacientes, a maioria dos alunos (75,7% - 340) reconheceu que é importante registrar o consumo do tabaco como parte do histórico do paciente e 225 (50,1%) afirmaram que foram ensinados sobre a importância em fornecer materiais educacionais que auxiliem no processo de cessação desse hábito. Contudo, uma proporção pequena de estudantes (10,2%-46) alegou ter recebido

alguma forma de treinamento formal sobre cessação do tabagismo para utilizar com os pacientes.

Em termos de métodos de auxílio à cessação do tabagismo, 289 universitários (64,4%) já ouviram falar de terapias de reposição de nicotina em programas de cessação do tabaco e 47,4% do uso de antidepressivos nessas modalidades de tratamento (Tabela 6).

Regressão Logística Binária

Os modelos de regressão logística binária mostraram que o uso atual do cigarro foi significativamente associada ao curso de medicina ($P=0.006$, $OR=4.227$, $IC95\%=1.504-11.884$), à influência de terceiros ao iniciar o hábito de fumar ($P=0.015$, $OR=2.982$, $IC95\%=1.238-7.181$), a utilização de outros produtos do tabaco ($P=0.000$, $OR=0.120$, $IC95\%=0.048-0.296$) e à importância de registrar o histórico do uso do tabaco como parte do histórico médico geral do paciente ($P=0.006$, $OR=4.227$, $IC95\%=1.504-11.884$) (Tabela 7).

Tabela 7. Uso atual do tabaco X Variáveis que tiveram valor de $p < 0,05$ no teste do Qui-quadrado

| Variáveis | Uso atual do tabaco | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|----------------|
| | P | OR | IC 95% |
| Sexo (0: Feminino; 1: Masculino) | 0.330 | 1.566 | 0.635 - 3.857 |
| Curso (0: Medicina; 1: Outros) | 0.006 | 4.227 | 1.504 - 11.884 |
| Influência ao iniciar o hábito de fumar (0: Não sofreu influência; 1: Sofreu influência de outros) | 0.015 | 2.982 | 1.238 - 7.181 |
| Utilização de outros produtos do tabaco (0: Sim; 1: Não) | 0.000 | 0.120 | 0.048 - 0.296 |
| Aplicação da lei antitabaco no ambiente universitário (0: A lei é aplicada; 1: A lei não é aplicada) | 0.086 | 0.350 | 0.106 - 1.159 |
| Deveria haver proibição total da publicidade dos produtos do tabaco? (0: Sim; 1: Não) | 0.204 | 1.786 | 0.730 - 4.369 |
| Os profissionais de saúde devem aconselhar seus pacientes que fumam a parar de fumar? (0: Sim; 1: Não) | 0.551 | 1.550 | 0.367 - 6.539 |
| Os profissionais que fumam cigarro são menos propensos em aconselhar os pacientes? (0: Sim; 1: Não) | 0.160 | 2.665 | 0.680 - 10.452 |
| Os profissionais que utilizam outros produtos do tabaco são menos propensos em aconselhar os pacientes? (0: Sim; 1: Não) | 0.926 | 1.065 | 0.283 - 4.007 |
| Durante sua formação na universidade você aprendeu que é importante registrar o histórico do uso do tabaco no prontuário do paciente? (0: Sim; 1: Não) | 0.006 | 4.227 | 1.504 - 11.884 |
| Você já ouviu falar do uso de terapias de reposição de nicotina em programas de cessação do tabaco? (0: Sim; 1: Não) | 0.615 | 0.776 | 0.288 - 2.088 |

Tabela 5. Gênero, experiência com o cigarro e uso atual do cigarro x atitudes

| Variável | Gênero | | | | Valor de P | Experiência com o cigarro | | | | Valor de P | Uso atual do cigarro | | | | Valor de P ^a |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|------------|---------------------------|-------|--------------------|-------|------------|--------------------------|-------|------------------------|-------|-------------------------|
| | Masculino | | Feminino | | | Já experimentou | | Nunca experimentou | | | Usuário atual do cigarro | | Não usuário do cigarro | | |
| | N(%) | IC95% | N(%) | IC95% | | N(%) | IC95% | N(%) | IC95% | | N(%) | IC95% | N(%) | IC95% | |
| Deveria haver uma proibição total da publicidade dos produtos do tabaco? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 99(70,2) | 1,22 | 251(81,5) | 1,14 | <0,05 | 116(70,3) | 1,23 | 234(60,9) | 1,13 | <0,05 | 18(54,5) | 1,28 | 332(79,8) | 1,16 | <0,05 |
| Não | 42(29,8) | 1,37 | 57(18,5) | 1,23 | | 49(29,7) | 1,37 | 50(39,1) | 1,22 | | 15(45,5) | 1,63 | 84(20,2) | 1,24 | |
| Os profissionais de saúde devem receber treinamento específico sobre técnicas de cessação do tabaco? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 130(92,2) | 1,03 | 297(96,4) | 1,01 | 0,054 | 153(92,7) | 1,03 | 274(96,5) | 1,01 | 0,76 | 30(90,9) | 0,99 | 397(95,4) | 1,03 | 0,247 |
| Não | 11(7,8) | 1,12 | 11(3,6) | 1,06 | | 12(7,3) | 1,11 | 10(3,5) | 1,06 | | 3(9,1) | 1,19 | 19(4,6) | 1,07 | |
| Os profissionais de saúde servem como "modelos" para seus pacientes e para o público? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 116(82,3) | 1,11 | 273(88,6) | 1,08 | 0,066 | 137(83) | 1,11 | 252(88,7) | 1,08 | 0,87 | 27(81,8) | 1,04 | 362(87) | 1,10 | 0,398 |
| Não | 25(17,7) | 1,24 | 35(11,4) | 1,15 | | 28(17) | 1,23 | 32(11,3) | 1,15 | | 6(18,2) | 1,32 | 54(13) | 1,16 | |
| Os profissionais de saúde devem rotineiramente aconselhar seus pacientes que fumam a parar de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 130(92,2) | 1,03 | 294(95,4) | 1,02 | 0,163 | 152(92,1) | 1,04 | 272(95,8) | 1,02 | 0,104 | 29(87,9) | 1,00 | 395(95) | 1,03 | 0,088 |
| Não | 11(7,8) | 1,12 | 14(4,6) | 1,07 | | 13(7,9) | 1,12 | 12(4,2) | 1,07 | | 4(12,1) | 1,24 | 21(5) | 1,07 | |
| Os profissionais de saúde devem aconselhar rotineiramente seus pacientes que usam outros produtos do tabaco a parar de usar esses produtos? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 128(90,8) | 1,04 | 280(90,9) | 1,06 | 0,965 | 147(89) | 1,06 | 147(51,8) | 1,05 | 0,318 | 29(87,9) | 1,00 | 379(91,1) | 1,06 | 0,536 |
| Não | 13(9,2) | 1,14 | 28(9,1) | 1,12 | | 18(11) | 1,16 | 23(48,2) | 1,11 | | 4(12,1) | 1,24 | 37(8,9) | 1,12 | |
| Os profissionais de saúde têm um papel em dar conselhos ou informações sobre a cessação do tabagismo aos pacientes? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 139(98,6) | 0,99 | 304(98,7) | 1,00 | 0,918 | 164(99,4) | 0,99 | 279(98,2) | 1,00 | 0,304 | 32(97) | 0,97 | 411(98,8) | 1,00 | 0,379 |
| Não | 2(1,4) | 1,03 | 4(1,3) | 1,03 | | 1(0,6) | 1,02 | 5(1,8) | 1,03 | | 1(3) | 1,09 | 5(1,2) | 1,02 | |
| As chances de um paciente parar de fumar aumentam se um profissional de saúde aconselha-lo a parar de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 126(89,4) | 1,05 | 270(87,7) | 1,09 | 0,604 | 142(86,1) | 1,09 | 254(89,4) | 1,07 | 0,285 | 28(84,9) | 1,02 | 368(88,5) | 1,08 | 0,536 |
| Não | 15(10,6) | 1,16 | 38(12,3) | 1,16 | | 23(13,9) | 1,19 | 30(10,6) | 1,14 | | 5(15,1) | 1,28 | 48(11,5) | 1,15 | |
| Os profissionais de saúde que fumam são menos propensos a aconselhar os pacientes a pararem de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 74(52,5) | 1,39 | 206(66,9) | 1,28 | <0,05 | 86(52,1) | 1,40 | 194(68,3) | 1,26 | <0,05 | 12(36,4) | 1,46 | 268(64,4) | 1,32 | <0,05 |
| Não | 67(47,5) | 1,56 | 102(33,1) | 1,38 | | 79(47,9) | 1,56 | 90(31,7) | 1,37 | | 21(63,6) | 1,81 | 148(35,6) | 1,40 | |
| Os profissionais de saúde que usam outros produtos do tabaco têm menor probabilidade de aconselhar os pacientes a pararem de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 84(59,6) | 1,32 | 201(65,3) | 1,29 | 0,246 | 93(56,4) | 1,36 | 192(67,6) | 1,27 | <0,05 | 14(42,4) | 1,40 | 271(65,1) | 1,18 | <0,05 |
| Não | 57(40,4) | 1,49 | 107(34,7) | 1,40 | | 72(43,7) | 1,51 | 92(32,4) | 1,38 | | 19(57,6) | 1,75 | 145(34,9) | 1,26 | |

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de $p \leq 0,05$

Tabela 6. Curso x Currículo / Treinamento

| Variável | Educação Física | | Enfermagem | | Farmácia | | Fisioterapia | | Medicina | | Nutrição | | Odontologia | | Terapia Ocupacional | | Valor de P ^a |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------|------------|--------|-----------|--------|--------------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-------------|--------|---------------------|--------|-------------------------|
| | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | |
| Durante sua formação na universidade você foi ensinado, em alguma de suas aulas, sobre os perigos do tabagismo? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 37 (48) | 1,41 | 34 (97) | 0,97 | 47 (72,3) | 1,17 | 41 (100) | 1,17 | 65 (89) | 1,04 | 25 (80,6) | 1,41 | 80 (94,1) | 1,01 | 23 (54,8) | 1,30 | <0,05 |
| Não | 40 (52) | 1,63 | 1 (3) | 1,09 | 18 (27,7) | 1,39 | 0 (0) | 1,47 | 8 (11) | 1,18 | 6 (19,4) | 1,63 | 5 (5,9) | 1,11 | 19 (45,2) | 1,61 | |
| Durante sua formação na universidade você discutiu, em alguma de suas aulas, as razões pelas quais as pessoas fumam? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 21 (27,3) | 1,63 | 16 (45,7) | 1,37 | 21 (32,3) | 1,56 | 28 (68,3) | 1,03 | 33 (45,2) | 1,43 | 11 (35,5) | 1,63 | 38 (44,7) | 1,45 | 23 (54,8) | 1,30 | <0,05 |
| Não | 56 (72,7) | 1,83 | 19 (54,3) | 1,72 | 44 (67,7) | 1,79 | 13 (31,7) | 1,26 | 40 (54,8) | 1,66 | 20 (64,5) | 1,83 | 47 (55,3) | 1,66 | 19 (45,2) | 1,61 | |
| Durante sua formação na universidade você aprendeu que é importante registrar o histórico do uso do tabaco como parte do histórico médico geral do paciente? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 28 (36,3) | 1,53 | 32 (91,4) | 0,99 | 42 (64,6) | 1,23 | 35 (85,4) | 1,56 | 70 (95,9) | 0,99 | 27 (87,1) | 1,53 | 83 (97,7) | 0,99 | 23 (54,8) | 1,30 | <0,05 |
| Não | 49 (63,7) | 1,75 | 3 (8,6) | 1,18 | 23 (35,4) | 1,47 | 6 (14,6) | 1,85 | 3 (4,1) | 1,09 | 4 (12,9) | 1,75 | 2 (2,3) | 1,06 | 19 (45,2) | 1,61 | |
| Durante sua formação na universidade você já recebeu algum treinamento formal em abordagens de cessação do tabagismo para usá-las com pacientes? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 3 (3,9) | 1,92 | 5 (14,3) | 1,74 | 2 (3,1) | 1,93 | 12 (29,3) | 1,05 | 5 (6,8) | 1,87 | 0 (0) | 1,92 | 13 (15,3) | 1,77 | 6 (14,3) | 1,75 | <0,05 |
| Não | 74 (96,1) | 2,01 | 30 (85,7) | 1,98 | 63 (96,9) | 2,01 | 29 (70,7) | 1,29 | 68 (93,2) | 1,99 | 31 (100) | 2,01 | 72 (84,7) | 1,93 | 36 (85,7) | 1,97 | |
| Durante a sua formação na universidade você aprendeu que é importante fornecer materiais educacionais para apoiar a cessação do tabagismo a pacientes que querem parar de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 14 (18,2) | 1,73 | 20 (57,1) | 1,26 | 28 (43,1) | 1,45 | 34 (83) | 0,98 | 46 (63) | 1,26 | 14 (45,2) | 1,26 | 51 (60) | 1,29 | 18 (43) | 1,42 | <0,05 |
| Não | 63 (81,8) | 1,91 | 15 (42,9) | 1,60 | 37 (56,9) | 1,69 | 7 (17) | 1,07 | 27 (37) | 1,48 | 17 (54,8) | 1,60 | 34 (40) | 1,51 | 24 (57) | 1,73 | |
| Você já ouviu falar de uso de terapias de reposição de nicotina em programas de cessação de tabaco (como remendo de nicotina ou goma)? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 34 (44,1) | 1,33 | 18 (51,4) | 1,31 | 56 (86,1) | 1,05 | 40 (97,5) | 1,17 | 59 (80,8) | 1,10 | 15 (48,4) | 1,31 | 45 (53) | 1,36 | 22 (52,4) | 1,32 | <0,05 |
| Não | 43 (55,9) | 1,70 | 17 (48,6) | 1,66 | 9 (13,9) | 1,22 | 1 (2,5) | 1,47 | 14 (19,2) | 1,28 | 16 (51,6) | 1,66 | 40 (47) | 1,58 | 20 (47,6) | 1,63 | |
| Você já ouviu falar no uso de antidepressivos em programas de cessação de tabaco? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 35 (45,4) | 1,43 | 6 (14,1) | 1,70 | 43 (66,1) | 1,22 | 28 (68,3) | 1,71 | 39 (53,4) | 1,35 | 12 (38,7) | 1,70 | 27 (31,8) | 1,58 | 23 (54,8) | 1,30 | <0,05 |
| Não | 42 (54,6) | 1,79 | 29 (82,9) | 1,96 | 22 (33,9) | 1,46 | 13 (31,7) | 1,95 | 34 (46,6) | 1,50 | 19 (61,3) | 1,96 | 58 (68,2) | 1,78 | 19 (45,2) | 1,61 | |

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de $p \leq 0,05$

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O GHPSS foi útil na avaliação do uso e exposição, das atitudes e do currículo/treinamento dos estudantes dos cursos de saúde pesquisados em relação ao tabaco. Ficou constatado que esses alunos são expostos frequentemente à fumaça do tabaco e que não são preparados para atuar na prevenção e tratamento de pacientes tabagistas. As instituições de ensino, associadas à órgãos de saúde pública, devem desencorajar o consumo e exposição a esses produtos, introduzindo novas políticas preventivas no ambiente universitário. Além disso, precisam projetar e implementar treinamento para esses futuros profissionais, capacitando-os a desenvolver as habilidades necessárias para fornecer suporte eficaz para cessação do tabagismo e em técnicas de aconselhamento para seus futuros profissionais. Assim, teremos profissionais conscientes e que atuam efetivamente na orientação antitabaco dos seus pacientes, seja na prática privada ou em serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Report on noncommunicable diseases 2014. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9781564854_eng.pdf. Acesso em: 16 mai. 2016.

- 2- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>. Acesso em: 05 out. 2017.

- 3 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Especial de Tabagismo PETab- Relatório Brasil 2008. 2011. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf. Acesso em: 16 mai. 2016.

- 4- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who Report on the Tobacco Epidemic, 2015. Spanish. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/exec_summary/en/ Acesso em: 30 set. 2016.

- 5- W WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who Framework Convention on Tobacco Control**, Genebra, p. 36, 2003.

- 6- HUMENIUK, R. et al. A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. **Addiction**, Abingdon, v.107, n. 5, p. 957-66, 2012.

- 7- BOERNGEN-LACERDA, R. Early risky drug use detection in primary healthcare: how does it work in the real world? **Subst Use Misuse.**, v. 48, n. 1, p. 147-156, 2013.

- 8- ENGS, R. C. The drug-use patterns of helping-profession students in Brisbane, Australia. **Drug Alcohol Depend.** v. 6, n. 4, p. 231-246, 1980.

- 9- GIACOPASSI, D.; VANDIVER, M. University students' perceptions of tobacco, cocaine, and homicide fatalities. **Am J Drug Alcohol Abuse.** v. 25, n. 1, p. 163-172, 1999.

10- STEPTOE, A. et al. An international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries. **Addiction**. v. 97, n. 12, p. 1561-1571, 2002.

11- AFIFI SOWEID, R. et al. Changes in health-related attitude and self-reported behaviour of undergraduate students at the American university of Beirut following a health awareness course. **Educ Health**, Abingdon, v. 16, n. 3, p. 265-278, 2003.

12- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO/CDC Global Health Professional Survey (GHPS). Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/ghps/en/>. Acesso em: 10 jul. 2016.

13- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 - The MPOWER package. 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/1/9789241596282_eng.pdf. Acesso em: 16 mai. 2016.

14- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Informe Oms sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo - Advertencia sobre los peligros del Tabaco. 2011. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70681/1/WHO_NMH_TFI_11.3_spa.pdf. Acesso em: 16 mai. 2016.

15- KESHAVARZ, H. et al. Passive smoking and attitudes towards tobacco control programs among Iranian dental students. **Asian Pac J Cancer Prev**. v. 14, n. 6, p. 3635-3639, 2013.

16- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. International Agency for Research on Cancer declares second-hand smoke Carcinogenic to Humans . 2004. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2004/pr152.html>. Acesso em: 16 mai. 2016.

17- OBERG, M. et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. **Lancet**. v. 377, n. 9760, p. 139-146, 2011.

18- JEMAL, A. et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use, and tobacco control. **J Natl Cancer Inst**. v. 100, n. 23, p. 1672-1694, 2008.

19- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 - The MPOWER package. 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/1/9789241596282_eng.pdf Acesso em: 16 mai. 2016.

20- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco- Dados numéricos prevalência do tabagismo. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo. Acesso em: 15 out. 2017.

21- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional: 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões, unidades federativas, municípios das capitais e Distrito Federal. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 180 p.

22- LEVY, D.; DE ALMEIDA, L. M.; SZKLO, A. The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. **PLoS Med.** v. 9, n. 11, 2012.

23- MUSSKOPF, M. L. et al. Tobacco use and smoking cessation among third-year dental students in southern Brazil. **Int Dent J.** v. 64, n. 6, p. 312-317, 2014.

24- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, Global Tobacco Surveillance System Data (GTSSData) Disponível em: <https://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/gtssdata/index.html>. Acesso em: 18 jul. 2017.

25- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. 2011. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/o_que_e. Acesso em: 16 mai. 2016.

26- WARREN, C. W. et al. Tobacco use and cessation counselling: cross-country. Data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005-7. **Tob Control.** v. 17, n. 4, p. 238-247, 2008.

27- WARREN, C. W. et al. Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling training of dental students around the world. **J Dent Educ.** v. 75, n. 3, p. 385-405, 2011.

28- PACELI, R. et al. Prospective analysis among medical school of University of São Paulo: GHPSS (2008/2011). **European Respiratory Journal**. v.40, p. 4062, 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

O sr. (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “ESTUDO DE PREVALÊNCIA SOBRE O USO E EXPOSIÇÃO AO TABACO POR ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO”, a qual está sendo desenvolvida por Augusto César Leal da Silva Leonel, telefone (87) 9955-5788, e-mail: augustocleal@hotmail.com, aluno regularmente matriculado no Curso de mestrado em Odontologia, com área de concentração em Clínica Integrada da Universidade Federal de Pernambuco, sob a orientação do Professor Doutor Danyel Elias da Cruz Perez, professor adjunto I da disciplina de Patologia Oral da UFPE e professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, telefone (81) 9735-0655, e-mail: danyel.perez@ufpe.br.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo do presente estudo é determinar a prevalência do tabagismo ativo e passivo entre alunos a partir do terceiro ano de cursos de graduação da área de saúde da Universidade Federal de Pernambuco- Campus Recife, além de avaliar o grau de consciência desses futuros profissionais na formação do comportamento saudável dos pacientes frente ao tabagismo. A entrevista será realizada com os alunos a partir do terceiro ano de cursos de graduação da área de saúde da Universidade Federal de Pernambuco- Campus Recife. Farão parte da amostra os alunos que concordarem em participar da presente pesquisa, mediante a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Solicitamos a sua colaboração para esta entrevista, que será realizada em sala de aula, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicá-los em revista científica. Por ocasião da análise dos dados e da publicação dos resultados, o nome do aluno e o seu curso de graduação serão mantidos em sigilo. Após a coleta dos dados, os mesmos serão mantidos por 5 anos no Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, da Universidade Federal de Pernambuco, 4ª Travessa Professor Artur de Sá, s/n. Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-521. Telefone: (81) 2126-8342, sob responsabilidade do Prof. Dr. Danyel Elias da Cruz Perez.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, o participante deverá entrar em contato com os pesquisadores para comunicar o seu afastamento, e isto não acarretará em qualquer dano ao mesmo.

Este estudo pode trazer um risco mínimo para os seus participantes, que seria o constrangimento por responder às perguntas do questionário. Entretanto, este risco pode ser minimizado porque o questionário será aplicado em sala de aula ou ainda a pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento. Como benefício direto, salienta-se que os participantes despertarão sobre os malefícios do uso do tabaco e seus derivados, os riscos à exposição passiva desses produtos e a importância do profissional da saúde na cessação do hábito de fumar. Além disso, a partir da coleta de dados, este trabalho levantará a prevalência do tabagismo ativo e passivo entre alunos a partir do terceiro ano de cursos de graduação da área de saúde da Universidade Federal de Pernambuco- Campus Recife, além de avaliar o grau de consciência desses futuros profissionais na formação do comportamento saudável dos pacientes frente ao tabagismo. Assim, além da própria classe ser beneficiada, os pacientes também poderão usufruir dos resultados obtidos neste estudo.

Os dados dos participantes serão mantidos em sigilo, e não serão utilizados em momento algum da pesquisa. Garantimos ainda o direito do participante que não deseja participar do estudo ou também daqueles que resolvam desistir do mesmo a qualquer momento, devendo apenas comunicar ao pesquisador responsável sobre sua decisão, o que não acarretará em qualquer dano aos mesmos. Os pesquisadores estarão a sua disposição no endereço e telefones acima, para quaisquer esclarecimentos que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvida relacionada aos aspectos éticos, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco: Comitê de Ética em Pesquisa: Av. da Engenharia, s/n, 1º andar, Cidade Universitária, Recife-PE. CEP: 50740-600, Telefone: (81)2126-85-88. E-mail: cepccs@ufpe.br

Assinatura do Pesquisador Responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo.

O sr. (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “ESTUDO DE PREVALÊNCIA SOBRE O USO E EXPOSIÇÃO AO TABACO POR ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Impressão digital
(opcional)

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

| | |
|--------------------|--------------------|
| Nome: | Nome: |
| Assinatura: | Assinatura: |

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar

APÊNDICE B - ARTIGO 1

Nas normas da revista *Nicotine & Tobacco Research*

PREVALÊNCIA DO USO E EXPOSIÇÃO AO TABACO ENTRE ESTUDANTES DE UMA UNIVERSIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO

Augusto César Leal da Silva Leonel Ms¹, Danyel Elias da Cruz Perez Phd¹

¹Faculdade de Odontologia, Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil.

Autor correspondente: Danyel Elias da Cruz Perez, Curso de Odontologia, Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Universidade Federal de Pernambuco, 4ª Travessa Professor Artur de Sá, s/n. Cidade Universitária, Recife-Pernambuco, Brasil. Telefone: (81) 9 9735-0655; E-mail: danyel.perez@ufpe.br

Resumo

Introdução: Uma das estratégias mais práticas para combater a epidemia global do tabaco é envolver os profissionais de saúde nos programas de controle do tabagismo. Porém, o fato desses profissionais também serem tabagistas pode prejudicar nesse monitoramento adequado. O objetivo do presente estudo transversal foi determinar a prevalência do tabagismo ativo e passivo entre os estudantes de saúde de uma universidade do nordeste brasileiro, além de verificar o conhecimento destes sobre a existência de alguma lei que proíba o uso do tabaco em ambiente universitário.

Metodologia: O questionário da Pesquisa Mundial sobre o Tabagismo em Estudantes de Saúde (GHPSS) foi utilizado em oito cursos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sendo recrutados para o estudo alunos do terceiro ano. As variáveis foram correlacionadas através do teste do qui-quadrado e a regressão logística verificou a associação entre o uso atual do tabaco com demais variáveis independentes. **Resultados:** Dos 449 participantes da pesquisa, 37,6% já experimentaram o cigarro pelo menos uma vez na vida, com 7,3% de fumantes atuais. Exposição ao fumo passivo em casa na última semana foi relatada por 28% dos estudantes, enquanto que 65% foram expostos em outros ambientes. Quanto à existência de lei que proíba o uso do tabaco em ambiente universitário, 65% dos estudantes afirmaram não saber da existência de alguma na UFPE. **Conclusão:** O estudo revelou que uma alta porcentagem de alunos já experimentou o cigarro e que é frequente a exposição à fumaça do tabaco. Isso indica que as instituições de ensino associadas a órgãos de saúde precisam desencorajar o consumo e exposição entre esses futuros profissionais. **Implicações:** Políticas públicas que visam a diminuição do consumo e exposição ao cigarro podem ser implementadas no ambiente universitário. O uso e exposição pelos futuros profissionais de saúde pode prejudicar o combate efetivo do tabagismo na população.

Palavras-chave: uso do tabaco, fumante passivo, estudantes de profissões da saúde

Abstract

Introduction: One of the most practical strategies to combat a global tobacco epidemic is involving health professionals in tobacco control programs. However, the fact that people are also smokers may undermine control. The purpose of this cross-sectional study was to determine the prevalence of active and passive smoking among health students of a university in the Brazilian Northeast, as well as to verify their knowledge about the existence of a law prohibiting the use of tobacco in a university environment. The variables were correlated through the chi-square test and the logistic regression verified the association between current tobacco use and other independent variables. **Results:** Of the 449 participants in the study, 37.6% had tried smoking at least once in their lives, with 7.3% of current smokers. Exposure to secondhand smoke at home last week was reported by 28% of students, while 65% were exposed in other settings. Regarding the existence of a law prohibiting the use

of tobacco in a university environment, 65% of the students stated that they did not know of any in the UFPE. **Conclusion:** The study revealed that a high percentage of students have already experienced cigarette smoking and that many are often exposed to tobacco smoke. This indicates that educational institutions associated with public health agencies need to discourage such consumption and exposure among these future professionals. **Implications:** Public policies aimed at reducing consumption and exposure to cigarettes can be implemented in the university environment. Such use and exposure by students may be detrimental to the effective combat of smoking.

Keywords: tobacco use, passive smoking, health professionals students.

Introdução

O tabaco é o único produto de consumo legal que pode prejudicar todos os expostos a ele - e mata até metade das pessoas que o usam.^{1,2} Ainda assim, o seu consumo é comum em todo o mundo devido, principalmente, à dependência física e psicológica. A maioria dos seus danos à saúde se tornam evidentes anos ou mesmo décadas após o início da sua utilização.²

Mundialmente, existe aproximadamente 1,3 bilhões de tabagistas, tendo uma taxa anual de mais de 7 milhões de mortes, sendo um milhão delas nas Américas.^{3,4} Mais de 6 milhões dessas mortes resultam do uso direto do tabaco, enquanto que cerca de 890.000 equivale aos não fumantes expostos ao fumo passivo.⁴ Se a tendência atual continuar, em 2030 o tabaco matará cerca de 8 milhões de pessoas por ano, sendo que 80% das mortes ocorrerão nos países da baixa e média renda.^{3,5}

A fim de combater a epidemia global do tabaco, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT-OMS), um tratado baseado em evidências que reafirma o direito das pessoas ao mais alto padrão de saúde e fornece dimensões legais para a cooperação internacional em saúde. Dentre as suas medidas, encontra-se a proteção da população contra o uso e exposição ao tabaco, além da oferta de ajuda àqueles que desejam cessar o hábito.⁶

Uma das maneiras mais práticas, eficazes e econômicas de colocar essas medidas em ação é sensibilizando estudantes e profissionais da saúde sobre o seu papel como conselheiros na prevenção e cessação do tabagismo, assim como o seu exemplo de modelo a ser seguido pela comunidade.^{7,8} Entretanto, o fato desses profissionais também serem tabagistas pode prejudicar no controle adequado do

hábito. Sua exposição ao fumo passivo também pode afetar seu desempenho neste campo.⁸

No Brasil, os dados referentes ao tema são escassos. Apenas quatro cidades brasileiras foram estudadas utilizando a metodologia proposta pela OMS. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi determinar a prevalência do tabagismo ativo e passivo entre os estudantes dos cursos de saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), além de verificar se as leis antitabagismo para recintos coletivos, privados ou públicos são respeitadas no ambiente universitário.

Metodologia

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da UFPE (CAE: 63685317.4.0000.5208). Trata-se de um estudo transversal, cuja amostra foi composta por estudantes dos cursos de graduação em Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional da UFPE, situada na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de março e junho de 2017, utilizando a metodologia proposta pela Pesquisa Mundial sobre o Tabagismo em Estudantes de Saúde (GHPSS).⁹ Esta metodologia avalia estudantes do terceiro ano dos cursos de saúde, considerando que, na maioria dos países, esses acadêmicos estão em níveis avançados do seu treinamento.¹⁰

A GHPSS é um questionário padrão composto por 42 questões divididas em seis áreas: Prevalência de uso de tabaco, Exposição ambiental à fumaça de tabaco, Atitudes frente ao tabagismo, Comportamento e cessação, Currículo e treinamento e Dados demográficos.^{11,12} Para o presente estudo, foram selecionadas do questionário padrão as seções Demografia, Prevalência do uso do cigarro e derivados do tabaco e Exposição ao fumo passivo do tabaco, sendo compostas, no total, por 15 questões.

Os estudantes participantes da pesquisa responderam o questionário GHPSS (traduzido para o português, adaptado e validado)¹³ tendo como critérios de inclusão: ser aluno do terceiro ano de algum curso da área de saúde da UFPE e estar presente em sala de aula no momento da pesquisa.

A pesquisa foi realizada nas salas de aula durante as atividades acadêmicas regulares em datas e horários previamente combinados e autorizados pelos coordenadores e professores de cada curso. Os objetivos e metodologia foram explicados aos estudantes e então lhes foi dado tempo para responderem o questionário anônimo, individual e auto-administrado. As respostas foram marcadas no próprio questionário, devendo ser assinalada a alternativa de escolha.

As respostas das variáveis foram tabuladas e analisadas através no programa de computador *IBM SPSS Statistics 20.0* (IBM Corporation, New York, United States). Na análise dos dados, foram considerados fumantes atuais aqueles alunos que fumaram pelo menos um dia nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Dentro do grupo de fumantes atuais foram subclassificados em fumantes ocasionais aqueles alunos que fumaram numa frequência inferior a 20 dias nos 30 dias anteriores à pesquisa.³ A estatística descritiva foi realizada para todas as variáveis, sendo apresentadas em porcentagem e número. As associações entre as variáveis foram realizadas com o teste do qui-quadrado, com um valor de $p \leq 0,05$ tomado como o limiar para a significância estatística e a regressão logística binária serviu para avaliar a relação entre o uso atual do tabaco e variáveis independentes. Todos os resultados apresentam uma margem de erro de $\pm 5\%$ (Intervalo de confiança de 95%).

Resultados

A UFPE - campus Recife, apresentou, no primeiro semestre letivo de 2017, 725 alunos matriculados no terceiro ano dos cursos do CCS participantes do estudo. Desses, 565 estavam em sala de aula no momento da pesquisa.

O conjunto de dados finais foi construído utilizando informações de 449 estudantes, depois de excluir 116 (20,5%) participantes que não responderam o instrumento da pesquisa. A taxa global de resposta foi de 79,5% (Tabela 1).

Dados demográficos

A amostra do estudo consistiu principalmente de mulheres (308-68,6%), tendo uma variação de 97,6% no curso de terapia ocupacional a 41,5% no curso de educação física ($p<0,05$). A faixa etária de maior prevalência, independentemente do curso, foi a de 19 a 24 anos, correspondendo a 83,7% de toda a amostra ($p<0,05$). A Tabela 1 sumariza os dados demográficos por curso.

Uso do tabaco

Experiência com o cigarro

No momento da pesquisa, 284 entrevistados (63,3%) nunca tinham experimentado o cigarro, mesmo um ou dois tragos, ao passo que 165 (36,7%) relataram ter fumado pelo menos uma vez na vida. Destes últimos, 93 (56,3%) tiveram a primeira experiência até os 17 anos de idade e 72 (43,7%) acima dos 18 anos. A taxa de prevalência entre os 16-17 anos foi a mais alta ($p<0,05$).

Tabela 1. Dados demográficos correlacionados por curso

| Variável | Educação Física | | Enfermagem | | Farmácia | | Fisioterapia | | Medicina | | Nutrição | | Odontologia | | Terapia Ocupacional | | Valor de P ^a |
|-----------------------------------|-----------------|------|------------|-----|----------|------|--------------|------|----------|------|----------|------|-------------|------|---------------------|------|-------------------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Taxa de resposta | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de alunos matriculados | 120 | 16,5 | 70 | 9,6 | 80 | 11 | 70 | 9,6 | 140 | 19,3 | 60 | 8,3 | 140 | 19,3 | 45 | 6,2 | * |
| Número de alunos que participaram | 77 | 17,1 | 35 | 7,8 | 65 | 14,5 | 41 | 9,1 | 73 | 16,3 | 31 | 6,9 | 85 | 18,9 | 42 | 9,4 | |
| Idade | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De 19 a 24 anos | 58 | 75,3 | 35 | 100 | 55 | 84,6 | 41 | 100 | 62 | 85 | 23 | 74,2 | 65 | 76,5 | 37 | 88,1 | |
| De 25 a 29 | 14 | 18,2 | 0 | 0 | 9 | 13,9 | 0 | 0 | 10 | 13,7 | 3 | 9,7 | 15 | 17,6 | 5 | 11,9 | |
| 30 anos ou mais | 5 | 6,5 | 0 | 0 | 1 | 1,5 | 0 | 0 | 1 | 1,3 | 5 | 16,1 | 5 | 5,9 | 0 | 0 | |
| Gênero | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 45 | 58,4 | 7 | 20 | 18 | 27,7 | 5 | 12,2 | 42 | 57,5 | 3 | 90,3 | 20 | 23,5 | 1 | 2,4 | <0,05 |
| Feminino | 32 | 41,6 | 28 | 80 | 47 | 72,3 | 36 | 87,8 | 31 | 42,5 | 28 | 9,7 | 65 | 76,5 | 41 | 97,6 | |

*Não se aplica

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de $p \leq 0,05$

Em relação ao gênero, os homens foram mais propensos a experimentar o cigarro ($p < 0,05$). Dos 141 homens que participaram da pesquisa, 72 (51%) já haviam experimentado cigarro, sendo que 43 (59,7%) experimentaram antes dos 17 anos. Já entre as mulheres, de 308 participantes, 93 (30,2%) já fumaram ao menos uma vez, com 50 (53,7%) dessas tendo experimentado antes dos 17 anos.

Quando perguntados se sofreram alguma influência para fumar, independentemente do gênero, os participantes foram predispostos à influência dos amigos/colegas ($p < 0,05$). A Tabela 2 resume os dados da relação entre o gênero e a experiência com o cigarro e o uso atual do cigarro.

Uso atual do cigarro

Do total de alunos participantes da pesquisa, 33 (7,3%) fumaram cigarros no último mês, classificando-os como fumantes atuais. O curso de medicina apresentou o maior número de tabagistas, correspondendo a 42,4% de toda a amostra ($p < 0,05$). A maioria dos universitários, em todos os cursos, eram usuários ocasionais (28-84,8%).

Quando separados por gênero, os homens (19 - 15,6%) foram mais propensos do que as mulheres (14 - 4,8%) a serem fumantes atuais ($p < 0,05$), sendo influenciados principalmente pelos amigos/colegas ($< 0,05$). A Tabela 2 sumariza os dados, associando-os com o uso atual do cigarro.

Experiência com outras formas de consumo do tabaco (tabaco de mascar, rapé, narguilé, charutos, cachimbos)

No momento da pesquisa, 42 (9,4%) participantes afirmaram ter utilizado uma ou mais formas de consumo do tabaco. Ao correlacionar com o gênero, não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,344$). Entretanto, ao compararmos com o uso atual, 17 (51,5%) dos tabagistas atuais já experimentaram outras formas de consumo do tabaco ($p < 0,05$). A Tabela 2 associa essa variável com o gênero, experiência com o tabaco e uso atual.

Tabela 2. Gênero, experiência com o cigarro e uso atual do cigarro x Idade do experimento, influência e uso do tabaco e derivados

| Variável | Gênero | | | | Valor de P | Experiência com o cigarro | | | | Valor de P | Uso atual do cigarro | | | | Valor de P ^a |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|-----------|--------|------------|---------------------------|--------|--------------------|--------|------------|--------------------------|--------|------------------------|--------|-------------------------|
| | Masculino | | Feminino | | | Já experimentou | | Nunca experimentou | | | Usuário atual do cigarro | | Não usuário do cigarro | | |
| | N(%) | IC 95% | N(%) | IC 95% | | N(%) | IC 95% | N(%) | IC 95% | | N(%) | IC 95% | N(%) | IC 95% | |
| Quantos anos você tinha quando experimentou um cigarro pela primeira vez? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca fumei cigarros | 69(49) | | 215(69,8) | | | 0(0) | | 284(100) | | | 0(0) | | 284(68,3) | | |
| 10 anos ou menos | 4(2,9) | | 8(2,6) | | | 12(7,3) | | 0 | | | 0(0) | | 12(2,9) | | |
| Entre 11-15 anos | 14(9,9) | 2,36 | 19(6,2) | 1,81 | | 33(20) | 4,09 | 0 | | | 11(33,3) | 3,79 | 22(5,3) | 1,89 | |
| Entre 16-17 | 25(17,7) | - | 23(7,5) | - | <0,05 | 48(29) | - | 0 | | <0,05 | 10(30,3) | - | 38(9,1) | - | |
| Entre 18-19 | 18(12,7) | 2,97 | 25(8,1) | 2,18 | | 43(26) | 4,46 | 0 | | | 8(24,2) | 4,57 | 35(8,4) | 2,21 | |
| Entre 20-24 | 10(7,1) | | 17(5,5) | | | 27(16,4) | | 0 | | | 3(9,1) | | 24(5,8) | | |
| Entre 25-29 anos | 1(0,7) | | 1(0,3) | | | 2(1,2) | | 0 | | | 1(3) | | 1(0,2) | | |
| Você sofreu alguma influência ao iniciar o hábito de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca fumei cigarros | 69(49) | | 215(69,8) | | | 0(0) | | 284(100) | | | 0(0) | | 284(63,3) | | |
| Não tive nenhuma influência | 29(20,6) | 1,87 | 34(11) | 1,52 | | 63(38,2) | 2,97 | 0 | | | 12(36,4) | 2,86 | 51(12,2) | 1,56 | |
| Influência de familiares | 6(4,2) | - | 15(4,9) | - | <0,05 | 21(12,7) | - | 0 | | <0,05 | 3(9,1) | - | 18(4,3) | - | |
| Influência de amigos/colegas | 37(26,2) | 2,29 | 43(14) | 1,76 | | 80(48,5) | 3,26 | 0 | | | 17(51,5) | 3,56 | 63(14,1) | 1,77 | |
| Influência da mídia | 0(0) | | 1(0,3) | | | 1(0,6) | | 0 | | | 1(3) | | 0(0) | | |
| Durante os últimos 30 dias (um mês), em quantos dias você fumou cigarros? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 dias | 122(86,5) | | 294(95,4) | | | 132(80) | | 284(100) | | | 0(0) | | 416(100) | | |
| 1 ou 2 dias | 6(4,2) | | 8(2,6) | | | 14(8,5) | | 0 | | | 14(42,4) | | 0 | | |
| 3 a 5 dias | 5(3,5) | 1,19 | 5(1,6) | 1,03 | | 10(6) | 1,28 | 0 | | | 10(30,3) | 2,70 | 0 | | |
| 6 a 9 dias | 1(0,7) | - | 1(0,3) | - | <0,05 | 2(1,2) | - | 0 | | <0,05 | 2(6,1) | - | 0 | - | |
| 10 a 19 dias | 2(1,4) | 1,57 | 0(0) | 1,11 | | 2(1,2) | 1,62 | 0 | | | 2(6,1) | 3,78 | 0 | | |
| 20 a 29 dias | 4(2,9) | | 0(0) | | | 4(2,4) | | 0 | | | 4(12,1) | | 0 | | |
| Todos os 30 dias | 1(0,7) | | 0(0) | | | 1(1,2) | | 0 | | | 1(3) | | 0 | | |
| Você já fumou cigarros nas instalações/propriedades da universidade? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca fumei | 75(53,2) | 1,64 | 215(69,8) | 1,44 | | 6(3,6) | 2,59 | 284(100) | | | 0(0) | 2,19 | 290(69,7) | 1,47 | |
| Sim | 20(14,9) | - | 22(7,1) | - | <0,05 | 42(25,4) | - | 0 | | <0,05 | 21(63,6) | - | 21(5) | - | |
| Não nas instalações | 46(32,6) | 1,95 | 71(23,1) | 1,63 | | 117(71) | 2,76 | 0 | | | 12(36,7) | 2,54 | 105(25,2) | 1,64 | |
| Você já usou tabaco para mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 21(14,9) | 1,79 | 36(11,7) | 1,85 | | 48(29) | 1,64 | 9(3,2) | 1,95 | | 17(51,5) | 1,30 | 40(9,6) | 1,88 | |
| Não | 120(85,1) | 1,91 | 272(88,3) | 1,92 | 0,344 | 117(71) | 1,78 | 275(96,8) | 1,99 | <0,05 | 16(48,5) | 1,66 | 376(90,4) | 1,93 | |
| Durante os últimos 30 dias (um mês), em quantos dias você usou tabaco para mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 dias | 137(97,2) | 1,00 | 302(98) | 1,00 | | 158(95,7) | 1,01 | 281(98,9) | 1,01 | | 28(84,9) | 1,02 | 411(98,8) | 1,00 | |
| 1 ou 2 dias | 3(2,1) | - | 5(1,6) | - | | 5(3) | - | 3(1,1) | - | 0,120 | 4(12,1) | - | 4(1) | - | |
| 3 a 5 dias | 1(0,7) | 1,07 | 0(0) | 1,05 | 0,425 | 1(1,2) | 1,11 | 0 | 1,11 | | 1(3) | 1,35 | 0(0) | 1,03 | |
| 6 a 9 dias | 0(0) | | 1(0,3) | | | 1(1,2) | | 0 | | | 0(0) | | 1(0,2) | | |
| Você já usou tabaco de mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos nas instalações/propriedades da universidade? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca fumei | 121(85,9) | 1,14 | 276(89,6) | 1,14 | | 119(72,1) | 1,39 | 278(97,9) | 1,39 | | 17(51,5) | 1,52 | 380(91,3) | 1,12 | |
| Sim | 6(4,2) | - | 0(0) | - | <0,05 | 6(3,6) | - | 0 | - | <0,05 | 4(12,1) | - | 2(0,5) | - | |
| Não nas instalações | 14(9,9) | 1,34 | 32(10,4) | 1,28 | | 40(24,2) | 1,65 | 6(2,1) | 1,65 | | 12(36,4) | 2,18 | 34(8,2) | 1,22 | |

Uso do cigarro e derivados do tabaco nas instalações/propriedades da universidade

Dos estudantes que já experimentaram o cigarro, 42 (25,4%) já fizeram uso no ambiente universitário. Ao levar em consideração apenas os fumantes atuais, 21 (63,6%) fumaram nesses locais ($p < 0,05$). O gênero masculino foi mais propenso a esta prática ($p < 0,05$).

Em relação ao uso de outros derivados do tabaco, 6 (1,3%) alunos responderam ter utilizado esses produtos em ambiente universitário (Tabela 2).

Exposição ao fumo passivo do tabaco

Cento e vinte e seis (28%) alunos relataram exposição ao cigarro no ambiente onde moram nos últimos sete dias, sendo 91 do gênero feminino (72,2%) e 35 do gênero masculino (27,3%). Quanto ao número de dias, 67 (14,9%) ficaram expostos de 1 a 2 dias. A sua correlação com o gênero, a experiência com o tabaco e o uso atual não foi significativa (Tabela 3).

No que se refere à exposição ao fumo passivo do tabaco em outros ambientes, 277 (61%) alunos afirmaram exposição nos últimos sete dias. Dos 277 expostos, 197 eram do gênero feminino (71,1%) e 80 do gênero masculino (28,9%).

Quanto ao número de dias, 191 (42,5%) foram expostos de 1 a 2 dias. A correlação entre essa variável com o gênero, a experiência com o tabaco e o uso atual não foi significativa (Tabela 3). Ao associar a exposição domiciliar com a exposição em outros ambientes, 109 (66%) sofreram as duas exposições nos últimos sete dias, com 44 (40,3%) ficando expostos de 1 a 2 dias ($p < 0,05$).

Tabela 3. Gênero, experiência com o cigarro e uso atual do cigarro x Exposição passiva

| Variável | Gênero | | Experiência com o cigarro | | | | | | Uso atual do cigarro | | | | Valor de P ^a | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|---------------------------|--------|------------|-----------------|--------|--------------------|----------------------|------------|--------------------------|--------|-------------------------|------------------------|--------|
| | Masculino | | Feminino | | Valor de P | Já experimentou | | Nunca experimentou | | Valor de P | Usuário atual do cigarro | | | Não usuário do cigarro | |
| | N(%) | IC95 % | N(%) | IC95 % | | N(%) | IC95 % | N(%) | IC95 % | | N(%) | IC95 % | | N(%) | IC95 % |
| Durante os últimos 7 dias, em quantos dias as pessoas fumaram onde você mora, na sua presença? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 dias | 106(75,2) | | 217(70,4) | | | 108(64,4) | | 215(75,7) | | | 20(60,6) | | 303(72,8) | | |
| 1 a 2 dias | 17(12) | 1,33 | 50(16,2) | 1,43 | | 28(17) | 1,51 | 39(13,7) | 1,33 | | 5(15,1) | 1,41 | 62(15) | 1,41 | |
| 3 a 4 dias | 8(5,7) | - | 20(6,5) | - | 0,818 | 13(7,9) | - | 15(5,3) | - | 0,133 | 3(9) | - | 25(6) | - | |
| 5 a 6 dias | 2(1,4) | 1,68 | 4(1,3) | 1,67 | | 4(2,4) | 1,87 | 2(0,5) | 1,56 | | 1(3) | 2,41 | 5(1,2) | 1,61 | |
| Todos os 7 dias | 8(5,7) | | 17(5,5) | | | 12(7,3) | | 13(4,6) | | | 4(12,1) | | 21(5) | | |
| Durante os últimos 7 dias, em quantos dias as pessoas fumaram em sua presença em lugares diferentes de onde você mora? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 dias | 61(43,3) | | 111(36) | | | 58(35,2) | | 114(40,1) | | | 9(27,3) | 2,00 | 163(39,2) | | |
| 1 a 2 dias | 53(37,6) | 1,69 | 138(44,8) | 1,86 | | 70(42,4) | 1,86 | 121(42,6) | 1,77 | | 11(33,3) | - | 180(43,3) | 1,80 | |
| 3 a 4 dias | 20(12,2) | - | 32(10,4) | - | 0,162 | 22(13,3) | - | 30(10,6) | - | 0,703 | 6(18,2) | 2,97 | 46(11,1) | - | |
| 5 a 6 dias | 1(0,7) | 2,02 | 10(3,2) | 2,09 | | 5(3) | 2,19 | 6(2,1) | 2,00 | | 2(6,1) | | 9(2,2) | 1,99 | |
| Todos os 7 dias | 6(4,2) | | 17(5,5) | | | 10(6,1) | | 13(4,6) | | | 5(15,1) | | 18(4,2) | | |

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de $p \leq 0,05$

Política de proibição do tabaco

Política oficial de proibição do cigarro e derivados do tabaco em prédios e clínicas universitárias

Ao serem perguntados da existência de uma lei oficial que proíba o uso do cigarro e derivados do tabaco em prédios e clínicas universitárias, 292 (65%) alunos afirmaram não saber, 50 (11,2%) responderam que não existe nenhuma política e 107 (23,8%) que alguma proibição está prevista para esses ambientes. Entretanto, ao levar em consideração os últimos alunos, apenas 42 (39,2%) acreditam que a lei é aplicada (Tabela 4).

Proibição total da publicidade dos produtos do tabaco

Trezentos e cinquenta (78%) alunos acreditam que deveria haver uma proibição total da publicidade dos produtos do tabaco. O nível de concordância a favor da proibição total foi significativamente maior entre os não fumantes (79,80%) do que entre os usuários atuais (54,5%) ($p < 0,05$).

Em relação ao gênero, o nível de concordância foi significativamente maior entre as mulheres (81,4%) em relação aos homens (70,2%) ($p < 0,05$). Do total de 308 mulheres, 251 (81,5%) foram a favor da proibição total contra 99 (70,2%), de 141 homens. A Tabela 4 associa essa variável com o gênero, a experiência com o cigarro e o seu uso atual.

Tabela 4. Cursos x Experiência com o cigarro, uso atual do cigarro e políticas de proibição na universidade

| Variável | Educação Física | | Enfermagem | | Farmácia | | Fisioterapia | | Medicina | | Nutrição | | Odontologia | | Terapia Ocupacional | | Valor de P ^a |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|---------------------|-----------|-------------------------|
| | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | |
| Alguma vez você já tentou ou experimentou o cigarro, mesmo um ou dois tragos? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 31 (40,2) | 1,49 - | 10 (28,6) | 1,56 - | 21 (32,3) | 1,56 - | 7 (17) | 1,71 - | 40 (54,8) | 1,34 - | 11 (35,5) | 1,47 - | 30 (35,3) | 1,54 - | 15 (35,7) | 1,49 - | <0,05 |
| Não | 46 (59,8) | 1,71 | 25 (71,4) | 1,87 | 44 (67,7) | 1,79 | 34 (83) | 1,95 | 33 (45,2) | 1,57 | 20 (64,5) | 1,832 | 55 (64,7) | 1,75 | 27 (64,3) | 1,79 | |
| Tabagismo atual | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tabagista atual | 4 (5,2) | 1,00 - | 0 (0) | | 5 (7,7) | 1,01 - | 3 (7,3) | 0,99 - | 14 (19,2) | 1,10 - | 1 (3,2) | 0,97 - | 2 (2,3) | 1,14 - | 4 (10,5) | 1,00 - | <0,05 |
| Não Tabagista | 73 (94,8) | 1,10 | 35 (100) | | 60 (92,3) | 1,14 | 38 (92,7) | 1,16 | 59 (80,8) | 1,28 | 30 (96,8) | 1,10 | 83 (97,7) | 1,33 | 38 (89,5) | 1,19 | |
| Sua universidade tem uma política oficial proibindo fumar em prédios escolares e clínicas? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim, somente para prédios escolares | 3 (3,9) | | 1 (2,9) | | 3 (4,6) | | 0 (0) | | 1 (1,4) | | 0 (0) | | 1 (1,2) | | 1 (2,4) | | |
| Sim, apenas para clínicas | 2 (2,6) | 4,20 | 0 (0) | 3,77 | 3 (4,6) | 3,88 | 5 (12,2) | 3,61 | 2 (2,7) | 4,16 | 0 (0) | 4,61 | 2 (2,3) | 4,13 | 2 (4,8) | 4,11 | <0,05 |
| Sim, para edifícios escolares e clínicas | 9 (11,7) | 4,68 | 12 (34,3) | 4,52 | 11 (16,9) | 4,46 | 9 (22) | 4,29 | 16 (21,9) | 4,63 | 2 (6,5) | 5,01 | 18 (21,2) | 4,55 | 4 (9,5) | 4,75 | |
| Nenhuma política oficial | 7 (9) | | 2 (5,7) | | 11 (16,9) | | 10 (24,4) | | 2 (1,4) | | 2 (6,5) | | 10 (11,8) | | 6 (14,3) | | |
| Não sei | 56 (72,7) | | 20 (57,1) | | 37 (57) | | 17 (41,4) | | 52 (71,2) | | 27 (87) | | 54 (63,5) | | 29 (69) | | |
| A proibição oficial de fumar na sua universidade é aplicada? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim, a política é aplicada | 5 (6,5) | | 8 (22,8) | | 6 (9,2) | | 3 (7,3) | | 8 (11) | | 1 (3,2) | | 13 (15,3) | | 5 (12) | | |
| Não, a política não é aplicada | 17 (22) | 3,10 - | 1 (2,8) | 2,71 - | 18 (27,7) | 2,81 - | 12 (29,3) | 2,70 - | 14 (19,2) | 1,04 - | 3 (9,7) | 3,10 - | 7 (8,2) | 3,07 - | 5 (12) | 2,99 - | <0,05 |
| A Universidade não tem uma política oficial | 2 (2,6) | 3,57 | 4 (11,4) | 3,58 | 6 (9,2) | 3,35 | 7 (17) | 3,35 | 1 (1,3) | 1,18 | 1 (3,2) | 3,57 | 5 (5,9) | 3,56 | 3 (7) | 3,68 | |
| Não sei | 53 (68,8) | | 22 (62,8) | | 35 (53,8) | | 19 (46,3) | | 50 (68,5) | | 26 (83,9) | | 60 (70,6) | | 29 (69) | | |

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de $p \leq 0,05$

Regressão Logística Binária

Os modelos de regressão logística binária mostraram que o uso atual do cigarro foi significativamente associada ao curso de medicina ($P=0.006$, $OR=4.227$, $IC95\%=1.504-11.884$), à influência de terceiros ao iniciar o hábito de fumar ($P=0.015$, $OR=2.982$, $IC95\%=1.238-7.181$) e a utilização de outros produtos do tabaco ($P=0.000$, $OR=0.120$, $IC95\%=0.048-0.296$) (Tabela 5).

Tabela 5. Uso atual do tabaco X Sexo, Curso, Influência ao iniciar o hábito de fumar, Utilização de outros produtos do tabaco, Aplicação da lei antitabaco no ambiente universitário e Proibição total da publicidade dos produtos do tabaco

| Variáveis | Uso atual do tabaco | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|----------------|
| | P | OR | IC 95% |
| Sexo (0: Feminino; 1: Masculino) | 0.330 | 1.566 | 0.635 - 3.857 |
| Curso (0: Medicina; 1: Outros) | 0.006 | 4.227 | 1.504 - 11.884 |
| Influência ao iniciar o hábito de fumar (0: Não sofreu influência; 1: Sofreu influência de outros) | 0.015 | 2.982 | 1.238 - 7.181 |
| Utilização de outros produtos do tabaco (0: Sim; 1: Não) | 0.000 | 0.120 | 0.048 - 0.296 |
| Aplicação da lei antitabaco no ambiente universitário (0: A lei é aplicada; 1: A lei não é aplicada) | 0.086 | 0.350 | 0.106 - 1.159 |
| Deveria haver proibição total da publicidade dos produtos do tabaco? (0: Sim; 1: Não) | 0.204 | 1.786 | 0.730 - 4.369 |

Discussão

O uso do tabaco entre os profissionais de saúde é de particular interesse na área de vigilância ao tabagismo, uma vez que eles não são apenas responsáveis pelos cuidados de saúde e educação para questões relacionadas ao tabaco, como cessação e exposição ao fumo passivo, mas também são modelos na comunidade.^{10,14} No Brasil, a forma mais comum de consumo do tabaco é o cigarro.⁴

O presente estudo revelou que 36,7% dos estudantes dos cursos de saúde já experimentaram o cigarro ao menos uma vez na vida e, destes, 7,3% são tabagistas atuais. Ao compararmos o último dado com outros encontrados em cidades brasileiras que utilizaram a mesma metodologia de estudo, podemos observar uma menor prevalência, visto que a taxa nacional foi de 13,7%, variando de 10,7% em João Pessoa a 18% em Campo Grande.^{15,16} A nível mundial, um estudo realizado na China revelou um número de 6,9%, enquanto que na Grécia e na Itália houve uma

prevalência de 32,2% e 38,2%, respectivamente.^{17,18,19} O contraste nas prevalências pode ser justificado pelas diferentes culturas e costumes de cada país, mesmo tendo leis nacionais antitabagismo implementadas.

Ao compararmos a prevalência de uso do tabaco entre os cursos de saúde da UFPE, podemos observar que a medicina apresentou a maior prevalência de alunos que já experimentaram o cigarro (40 – 24,2%), assim como a de usuários atuais (14 – 42,4%). Um estudo realizado por Surani et al., 2012 revelou dados semelhantes, onde 40% dos estudantes usuários atuais eram desse mesmo curso.²⁰ Fatores desencadeadores, como a pressão que o estudante de medicina está submetido, a carga-horária excessiva, a privação do convívio familiar e do lazer, o cansaço e a tentativa de aliviar o estresse, possivelmente contribuem para a gênese dessa alta prevalência.^{21,22}

A maioria dos universitários fumantes de cigarros eram usuários ocasionais (84,8%), dados semelhantes aos de Florianópolis (84,1%).^{15,16} Este resultado reforça a importância de se investir em cessação do tabagismo ao longo da graduação, uma vez que o tratamento é mais difícil para usuários com níveis altos de dependência e pelo fato de que estes universitários são futuros formadores de opinião.³

Estudos revelam que os hábitos, a cultura e o meio em que se vive desempenham papel fundamental na determinação comportamental dos indivíduos frente ao tabagismo. Adolescentes e adultos jovens são os grupos mais vulneráveis ao início desse hábito, sendo influenciados principalmente por amigos e por membros da família.^{23,24,25} Neste estudo, constatamos que os dados epidemiológicos também são válidos para os estudantes universitários, dentre os quais 99,6% dos participantes afirmaram ter experimentado o cigarro até os 24 anos de idade, sendo a faixa etária entre os 16 e 17 anos de idade a mais prevalente, independentemente do gênero. Quanto a influência, quase metade dos estudantes (48,5%) foram influenciados por amigos/colegas e 12,7% por familiares. Esse achado é semelhante aos relatados pela OMS e por outros estudos realizados com o mesmo público.^{24,25,26,27}

O adolescente, por estar em uma fase de transição, passa por diversas situações de estresse e de insegurança, a começar pelo desconforto perante as modificações em seu corpo. O cigarro é frequentemente utilizado em situações de nervosismo, frustração, tensão e aborrecimento, a fim de controlar ou minimizar esses

problemas. Além disso, o período da adolescência caracteriza-se por um marcado interesse na socialização, identificação e aceitação do indivíduo perante seus pares, levando o adolescente a seguir modelos nos grupos, o que, sem dúvida, será importante para a formação de sua identidade adulta. Por fim, padrões familiares podem ser mantidos pelo hábito tabágico, reforçando a ideia de que o modelo constitui um fator de importância na determinação do hábito de fumar.²⁸

Referente à exposição passiva ao tabaco, já existem evidências conclusivas sobre a associação entre esta modalidade de tabagismo e vários agravos à saúde, fazendo com que a Agência Internacional de Investigação sobre o Câncer, em 2004, classificasse-o como agente cancerígeno humano.^{29,30} Por isso, uma das seis políticas eficazes propostas pela OMS para reduzir a carga global de doenças relacionadas a este produto é proteger as pessoas dessa fumaça, sendo necessário o envolvimento dos profissionais da saúde no combate.³¹ Esta investigação revelou que 28,1% dos universitários que participaram da pesquisa foram expostos ao fumo passivo no ambiente em que vivem, enquanto que 61,7% em outros lugares diferentes de onde moram. Em outros estudos no Brasil, a taxa de exposição em casa variou de 18,5% em Campo Grande a 28,3% no Rio de Janeiro; já a nível mundial, de 16,8% na Coreia do Sul a 70% na Albânia. Quanto à exposição em outros ambientes, a taxa foi de 38,4% na Argélia a 95,8% na Albânia.^{12,15,16}

Quando perguntados especificamente sobre o uso de cigarros na universidade, 9,4% dos universitários afirmaram já ter fumado neste ambiente. Esse dado foi semelhante ao encontrado em outras cidades brasileiras, onde a média de resposta afirmativa foi de 11%, sendo maior em Campo Grande e Rio de Janeiro (16,4%) e menor em Florianópolis (3,9%).^{15,16} Considerando que as instituições de ensino em saúde têm a responsabilidade social de promover estilos de vidas saudáveis, faz-se necessário que esses locais reforcem a implementação da Portaria interministerial 1498, de 2002. Esta portaria recomenda que centros de ensino efetivem programas de ambientes livres da poluição tabagística ambiental, além da elaboração de novas estratégias de promoção da saúde.³²

Após a OMS introduzir a CQCT, diversos países implementaram juridicamente medidas contra o tabagismo.^{2,6} Com relação a legislação brasileira, 76,1% dos universitários entrevistados relataram não ter ou não saber da existência de leis que proibam o uso do cigarro em prédios escolares e clínicas. Esses dados refletem o

desconhecimento dos universitários sobre a Lei 12546/2011, a qual proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto fechado, privado ou público, o que inclui repartições públicas, os hospitais e postos de saúde, as salas de aula, as bibliotecas, e os recintos de trabalho coletivo.³³ Em contraste com esse resultado, mais de 40% dos estudantes avaliados pelo estudo brasileiro “Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área de Saúde” referiram que suas universidades possuíam uma norma oficial que proíbe fumar nos prédios e clínicas e que as mesmas são cumpridas.^{15,16}

O tabagismo entre os profissionais de saúde traz várias consequências para a sociedade. Primeiramente, este hábito aumenta a morbimortalidade desses profissionais, acarretando em um impacto na saúde ao diminuir os seus anos de produtividade. Em segundo, os profissionais de saúde que fumam são menos propensos a se envolverem em esforços de prevenção e cessação do tabagismo, o que pode impedir a prevenção de várias doenças relacionadas a esse agravo.^{34,35} Diante disso, há necessidade de institutos de saúde e centros educacionais assumirem com maior responsabilidade o combate ao tabagismo nos seus ambientes através da promoção de hábitos saudáveis e práticas para não fumadores.³⁶

Conclusão

Os resultados do presente estudo revelaram que uma alta porcentagem de alunos dos cursos de saúde da UFPE são expostos frequentemente à fumaça do tabaco, o que indica a falta de incentivo para a implementação e aplicação efetiva de políticas antitabagismo no ambiente universitário. As instituições de ensino associadas aos órgãos de saúde devem desencorajar o consumo e a exposição a esses produtos, aumentando a conscientização e educando esses futuros profissionais sobre os perigos, além de implementarem novas políticas preventivas no ambiente universitário. Assim, teremos profissionais conscientes e que atuem efetivamente na orientação antitabaco dos seus pacientes, seja na prática privada ou em serviços públicos de saúde.

Referências

- 1- Chang CM, Corey CG, Rostron BL, Apelberg BJ. Systematic review of cigar smoking and all cause and smoking related mortality. *BMC Public Health* 2015;15:390.
- 2- World Health Organization. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: WHO; 2009. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf. Acessado em 15 de Julho de 2016.
- 3-Instituto Nacional de Câncer (Brasil). *Programa Nacional de Controle do Tabagismo*. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo. Acessado em 30 de Setembro de 2016.
- 4-World Health Organization. *Tobacco*, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> Acessado em 05 de Outubro de 2017.
- 5-World Health organization. *Who Report on the Tobacco Epidemic, 2015*. Spanish. http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/exec_summary/en/ Acessado em 30 de Setembro de 2016.
- 6-World Health Organization (WHO). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva: WHO; 2003. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf> Acessado em 30 de Setembro de 2017.
- 7- Humeniuk R, Ali R, Babor T et al. A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction*. 2012, 107:957-66.
- 8- Boerngen-Lacerda R, Zottis CR, Zibe-Piegel VP, Barleta CMB. Early Risky Drug Use Detection in Primary Healthcare: How Does It Work in the Real World? *Substance Use & Misuse*. 2013; 48:147-56.
- 9- GTSS Collaborative Group. Tobacco use and cessation counselling: Global Health Professionals Survey Pilot Study, 10 countries, 2005. *Tob Control*. 2006; 54; 505-509.

- 10- Warren, C.W.; Sinha, D.N.; Lee, J.; Lea, V.; Jones, N.; Asma, S. Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling training of dental students around the world. *J. Dent. Educ.* 2011, 75:385–405.
- 11- World Health Organization. *WHO/CDC Global Health Professional Survey (GHPS)*. <http://www.who.int/tobacco/surveillance/ghps/en/>. Acessado em 10 de Julho de 2016.
- 12- Warren, C.W.; Jones, N.R.; Chauvin, J.; Peruga, A. Tobacco use and cessation counselling: Cross-country. Data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005–2007. *Tob. Control.* 2008, 17:238–247.
- 13- Paceli R et al. Prospective analysis among medical school of University of São Paulo: GHPSS (2008/2011). *European Respiratory Journal.* 2012; 40: 4062.
- 14- Levy D, de Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. *PLoS Med.* 2012:1001-336.
- 15- Instituto Nacional De Câncer (Brasil). *Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde,* 2007. <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/pesquisacancer/29deagosto20073.pdf>. Acessado em 05 de Outubro de 2017.
- 16- Centers for Disease Control and Prevention. *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, Global Tobacco Surveillance System Data (GTSSData)*. URL:<https://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/gtssdata/index.html>. Acessado em 18 de Julho de 2017.
- 17- Yang T, Yu L, Bottorff JL, et al. Global Health Professions Student Survey (GHPSS) in Tobacco Control in China. *Am J Health Behav.* 2015;39:732-41.
- 18- Barbouni A, Hadjichristodoulou C, Merakou K, et al. Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among health professions students: greek data from the global health professions student Survey (GHPSS). *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9:331-42.

- 19- Ferrante M, Saulle R, Ledda C, et al. Prevalence of smoking habits, attitudes, knowledge and beliefs among Health Professional School students: a cross-sectional study. *Ann Ist Super Sanita*. 2013;49:143-9.
- 20- Surani NS, Pednekar MS, Sinha DN, et al. Tobacco use and cessation counseling in India-data from the Global Health Professions Students Survey, 2005-09. *Indian J Cancer*. 2012;49:425-30.
- 21- Voigt K, Twork S, Mittag D, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Serv Res*. 2009;9:219.
- 22- Oliveira LG, Barroso LP, Wagner GA, et al.. Drug consumption among medical students in São Paulo, Brazil: influences of gender and academic year. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31:227-39.
- 23- Warren CW, Jones NR, Eriksen MP, Asma S; Global Tobacco Surveillance System (GTSS) collaborative group. Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. *Lancet*. 2006; 367:749-53.
- 24- Deressa W, Azazh A. Substance use and its predictors among undergraduate medical students of Addis Ababa University in Ethiopia. *BMC Public Health*. 2011; 11: 660.
- 25- Hossain S, Hossain S, Ahmed F, Islam R, Sikder T, Rahman A. Prevalence of Tobacco Smoking and Factors Associated with the Initiation of Smoking among University Students in Dhaka, Bangladesh. *Cent Asian J Glob Health*. 2017; 6:6244.
- 26- Babatunde OA, Elegbede OE, Ayodele LM, Atoyebi OA, Ibirongbe DO. Cigarette Smoking Practices and Its Determinants Among University Students in Southwest, Nigeria. *J Asian Sci Res*. 2012; 2: 62–69.
- 27- Ngahane BHM, Luma H, Mapoure YN, Fotso ZM, Ze EA. Correlates of cigarette smoking among university students in Cameroon. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013; 17: 270–274.

- 28- Fiore MC. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med.* 2008;35:158-76.
- 29- International Agency for Research on Cancer .*International Agency for Research on Cancer declares second-hand smoke Carcinogenic to Humans* . 2004. <http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2004/pr152.html>. Acessado em 16 de Maio de 2016.
- 30- Keshavarz H, Jafari A, Khami MR, Virtanen JI. Passive smoking and attitudes towards tobacco control programs among Iranian dental students. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14:3635-9.
- 31- Instituto Nacional de Câncer. *A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009 / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.* -- Rio de Janeiro: *Inca*, 2011.
- 32- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Portaria Interministerial nº 1.498, de 22 de agosto de 2002. Recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da poluição tabagística ambiental* http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pi_1498_2002.pdf. Acessado em 24 de Outubro de 2017.
- 33- Brasil. Lei nº 12.546, de 15 de dezembro de 2014. *Altera a Lei n.º 9.294/1996, proibindo o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público, em todo país.* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm. Acessado em 24 de Outubro de 2017.
- 34- Schmidt H, Voigt K, Emanuel EJ. The ethics of not hiring smokers. *N Engl J Med.* 2013;368:1369-71.
- 35- Asch DA, Muller RW, Volpp KG. Conflicts and compromises in not hiring smokers. *N Engl J Med.* 2013;368:1371-3.

36- Vardavas CI, Bouloukaki I, Linardakis MK, Tzilepi P, Tzanakis N, Kafatos AG. Smoke-free hospitals in Greece: Personnel perceptions, compliance and smoking habit. *Tob Induc Dis.* 2009;5:8.

APÊNDICE C - ARTIGO 2**Nas normas da revista *Nicotine & Tobacco Research*****PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DOS CURSOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO SEU PAPEL NO CONTROLE DO TABAGISMO: ESTUDO TRANSVERSAL EM UMA UNIVERSIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO**

Augusto César Leal da Silva Leonel, Ms¹, Danyel Elias da Cruz Perez, Phd¹

¹Faculdade de Odontologia, Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil.

Autor correspondente: Danyel Elias da Cruz Perez, Curso de Odontologia, Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Universidade Federal de Pernambuco, 4^a Travessa Professor Artur de Sá, s/n. Cidade Universitária, Recife-Pernambuco, Brasil. Telefone: (81) 9 9735-0655; E-mail: danyel.perez@ufpe.br

RESUMO

Introdução: Para mudar o atual panorama relacionado ao tabagismo, faz-se necessário a implementação de medidas que visem reduzir de maneira contínua e substancial a sua prevalência. Neste sentido, os profissionais de saúde podem desempenhar um papel relevante. O objetivo do presente estudo transversal foi avaliar a percepção dos estudantes dos cursos de saúde de uma universidade do nordeste brasileiro em relação ao seu papel no controle do tabagismo. **Metodologia:** O questionário da Pesquisa Mundial sobre o Tabagismo em Estudantes de Saúde (GHPSS) foi utilizado em oito cursos de saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sendo selecionados estudantes do terceiro ano. As variáveis foram correlacionadas através do teste do qui-quadrado e a regressão logística verificou a associação entre o uso atual do tabaco com demais variáveis independentes. **Resultados:** Dos 449 participantes da pesquisa, 86,6% responderam que os profissionais da saúde servem como modelos para os seus pacientes e comunidade e 99% consideraram que é papel destes aconselhar e informar sobre maneiras de cessar o tabagismo. Quanto ao currículo, 78,4% relataram ter adquirido conhecimentos sobre os malefícios do tabaco durante a sua formação; contudo, apenas uma pequena porção dos estudantes (10,2%) recebeu algum tipo de treinamento formal sobre cessação do hábito. **Conclusão:** A GHPSS constatou que os estudantes dos cursos de saúde da UFPE não são preparados para atuar na prevenção e tratamento do tabagismo. **Implicação:** Capacitações para os futuros profissionais de saúde sobre prevenção e cessação do tabagismo podem ser realizadas durante a formação profissional. A falta de treinamento desses estudantes pode estar associada a uma menor taxa de cessação do tabagismo entre os pacientes.

Palavras-chave: uso do tabaco, estudantes de profissões da saúde, atitudes, treinamento de aconselhamento

ABSTRACT

Introduction: To change the current scenario related to smoking, it is necessary to implement measures that aim to continuously and substantially reduce their prevalence. In this sense, health professionals can play a relevant role. The objective of the present cross-sectional study was to evaluate the students' perception of the health courses of a Brazilian Northeast university in relation to their role in smoking control. **Methodology:** The Global Health Professions Student Survey (GHPSS) was used in the eight courses of the Federal University of Pernambuco (UFPE), where students of the third year of these courses were selected. The variables were correlated through the chi-square test and the logistic regression verified the association between current tobacco use and other independent variables. **Results:** Of the 449 participants in the survey, 389 (86.6%) responded that health professionals serve as role models for their patients and community and 99% (443), which is their role in advising and informing on ways to stop smoking. As to the curriculum, 78.4% (352) reported having acquired knowledge about tobacco maladies during their

training; however, only a small portion of the students (10.2% - 46) received some form of formal cessation training. **Conclusion:** The GHPSS found that students of UFPE health courses are not being prepared to act in the prevention and treatment of smokers. Implication: Training for future health professionals on smoking prevention and cessation can be carried out during professional training. Lack of student training may be associated with a lower rate of smoking cessation among patients.

Keywords: tobacco use, health professionals students, attitudes, counseling training.

Introdução

O uso do tabaco é atualmente uma das principais causas de mortes evitáveis no mundo. Os riscos à saúde resultam não só do seu consumo direto, como também da exposição passiva aos seus produtos.^{1,2} Mundialmente, o número de tabagistas é estimado em 1,3 bilhões, apresentando uma taxa anual de mais de 7 milhões de mortes causadas pelo uso da substância. Espera-se que o número de óbitos exceda 8 milhões em 2030, com aproximadamente 80% dos casos ocorrendo nos países em desenvolvimento.^{3,4}

O panorama de morbidades causadas pelo tabaco é particularmente preocupante.⁵ Entretanto, para mudá-lo, faz-se necessária a implementação de medidas que visem reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do seu consumo e exposição a sua fumaça. Neste sentido, os profissionais de saúde podem desempenhar um papel relevante no controle, fornecendo intervenções efetivas contra o seu uso e aconselhando os pacientes que já o utilizam. Estudantes da área de saúde, providos de conhecimentos e habilidades, também podem exercer um papel crucial na prevenção e redução do consumo e, em consequência, nas mortes relacionadas ao tabaco.^{5,6,7}

Evidências demonstram que intervenções feitas em um grupo de pacientes fumantes, ainda que curtas, podem fazer diferença. Mesmo aqueles que no momento da consulta não estejam dispostos a cessar o hábito, são de alguma forma influenciados⁸. Porém, o fato do profissional de saúde também ser tabagista pode prejudicar o controle adequado. Por eles servirem como modelos para os leigos e, em particular, para os seus pacientes, deveriam combater com maior efetividade e responsabilidade essa doença.^{6,7,9}

Ao redor do mundo, vários estudos foram realizados para recolher informações de estudantes de cursos de saúde, avaliando o uso do tabaco e seus produtos, além da sua formação como conselheiros na cessação deste hábito.^{10,11,12,13} No entanto, antes de 2005, nenhum estudo tinha coletado esses dados utilizando uma metodologia consistente. Tentando superar essa limitação, a Organização Mundial de Saúde (OMS), os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos e a Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA) desenvolveram e implementaram a Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Estudantes de Profissões de Saúde (GHPSS), visando avaliar a relação entre estudantes do terceiro ano de cursos de saúde e o tabaco.^{14,15,16}

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi utilizar o GHPSS na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), campus Recife, para avaliar as atitudes dos alunos frente ao tabagismo, além do currículo/treinamento recebido por eles durante a sua formação profissional.

Metodologia

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da UFPE (CAE: 63685317.4.0000.5208). Trata-se de um estudo transversal, cuja amostra foi composta por estudantes dos cursos de graduação em Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional da UFPE, situada na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de março e junho de 2017, utilizando a metodologia proposta GHPSS.^{14,15} Esta metodologia avalia estudantes do terceiro ano dos cursos de saúde considerando que, na maioria dos países, os acadêmicos estão em níveis avançados do seu treinamento.¹⁷

A GHPSS é um questionário padrão é composto por 42 questões divididas em seis áreas: Prevalência de uso do tabaco, Exposição ambiental à fumaça de tabaco, Atitudes frente ao tabagismo, Comportamento e cessação, Currículo e treinamento e Dados demográficos.^{14,15,18} Para o presente estudo foram selecionadas do questionário-padrão as seções Demografia, Atitudes e Currículo/treinamento, sendo compostas, no total, por 17 questões.

Os estudantes responderam o questionário da GHPSS (traduzido para o português, adaptado e validado)¹⁹, tendo com critérios de inclusão: o participante ser aluno de algum curso da área de saúde da UFPE e estar presente em sala de aula no momento da pesquisa.

A pesquisa foi realizada nas salas de aula durante as atividades acadêmicas regulares, em datas e horários previamente combinados e autorizados pelos coordenadores e professores de cada curso. Os objetivos e metodologia da pesquisa foram explicados aos estudantes, e então lhes foi dado tempo para responderem o questionário anônimo, individual e auto-administrado. As respostas foram marcadas no próprio questionário, sendo assinalada a alternativa de escolha.

As respostas das variáveis foram tabuladas e analisadas utilizando o programa de computador *IBM SPSS Statistics 20.0* (IBM Corporation, New York, United States). Na análise dos dados, foram considerados fumantes atuais aqueles alunos que fumaram pelo menos um dia nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Dentro do grupo de fumantes atuais foram subclassificados em fumantes ocasionais aqueles alunos que fumaram numa frequência inferior a 20 dias nos 30 dias anteriores à pesquisa.²⁰ A estatística descritiva foi realizada para todas as variáveis, sendo apresentadas em porcentagem e número. As associações entre as variáveis foram realizadas com o teste do qui-quadrado, com um valor de $p \leq 0,05$ tomado como o limiar para a significância estatística e a regressão logística binária serviu para avaliar a relação entre o uso atual do tabaco e variáveis independente. Todos os resultados apresentam uma margem de erro de $\pm 5\%$ (Intervalo de confiança de 95%).

Resultados

A UFPE - campus Recife, apresentou, no primeiro semestre letivo de 2017, 725 alunos matriculados no terceiro ano dos cursos do CCS participantes do estudo. Desses, 565 estavam em sala de aula no momento da pesquisa.

O conjunto de dados final foi construído utilizando informações de 449 estudantes, depois de excluir 116 (20,5%) participantes que não responderam o instrumento da pesquisa. A taxa global de resposta foi de 79,5% (Tabela 1).

Dados demográficos

A amostra do estudo consistiu principalmente de mulheres (308-68,6%), tendo uma variação de 97,6% no curso de terapia ocupacional a 41,5% no curso de educação física ($p < 0,05$). A faixa etária de maior prevalência, independentemente do curso, foi a de 19 a 24 anos, correspondendo a 83,7% de toda a amostra ($p < 0,05$). A Tabela 1 revela os dados demográficos por curso.

Tabela 1. Dados demográficos correlacionados por curso

| Variável | Educação Física | | Enfermagem | | Farmácia | | Fisioterapia | | Medicina | | Nutrição | | Odontologia | | Terapia Ocupacional | | Valor de P ^a | |
|-----------------------------------|-----------------|------|------------|-----|----------|------|--------------|------|----------|------|----------|------|-------------|------|---------------------|------|-------------------------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Taxa de resposta | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de alunos matriculados | 120 | 16,5 | 70 | 9,6 | 80 | 11 | 70 | 9,6 | 140 | 19,3 | 60 | 8,3 | 140 | 19,3 | 45 | 6,2 | | * |
| Número de alunos que participaram | 77 | 17,1 | 35 | 7,8 | 65 | 14,5 | 41 | 9,1 | 73 | 16,3 | 31 | 6,9 | 85 | 18,9 | 42 | 9,4 | | |
| Idade | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De 19 a 24 anos | 58 | 75,3 | 35 | 100 | 55 | 84,6 | 41 | 100 | 62 | 85 | 23 | 74,2 | 65 | 76,5 | 37 | 88,1 | | |
| De 25 a 29 | 14 | 18,2 | 0 | 0 | 9 | 13,9 | 0 | 0 | 10 | 13,7 | 3 | 9,7 | 15 | 17,6 | 5 | 11,9 | | |
| 30 anos ou mais | 5 | 6,5 | 0 | 0 | 1 | 1,5 | 0 | 0 | 1 | 1,3 | 5 | 16,1 | 5 | 5,9 | 0 | 0 | | |
| Gênero | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 35 | 44,5 | 7 | 20 | 18 | 27,7 | 5 | 12,2 | 42 | 57,5 | 3 | 90,3 | 20 | 23,5 | 41 | 97,6 | | <0,05 |
| Feminino | 32 | 54,5 | 28 | 80 | 47 | 72,3 | 36 | 87,8 | 31 | 42,5 | 28 | 9,7 | 65 | 76,5 | 1 | 2,4 | | |

*Não se aplica

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de $p \leq 0,05$

Uso do tabaco

Experiência com o cigarro e uso atual do tabaco

No momento da pesquisa, 284 entrevistados (63,3%) nunca tinham experimentado o cigarro, mesmo um ou dois tragos. Entretanto, 165 (36,7%) relataram ter fumado pelo menos uma vez na vida.

Entre os estudantes que relataram ter fumado pelo menos uma vez, 33 (7,3%) fumaram no último mês, classificando-os como fumantes atuais. A maioria dos universitários, em todos os cursos, eram usuários ocasionais (28 - 84,8%).

Atitudes dos profissionais de saúde

Quando perguntados se os profissionais de saúde servem como modelos para seus pacientes e para o público, 389 (86,6%) alunos afirmaram que sim, independentemente de já terem utilizado o tabaco ou não ($p=0,87$). Cerca de 427 (95%) alunos admitiram que os profissionais de saúde deveriam receber treinamento específico sobre técnicas de cessação do tabaco.

Em relação ao aconselhamento dos pacientes, 443 (99%) entrevistados acreditam que é papel dos profissionais de saúde aconselhar e informar os seus pacientes sobre maneiras de cessar o tabagismo, 424 (95%) acharam importante que os conselhos sejam rotineiros. Trezentos e noventa e seis (88%) alunos julgaram eficazes os conselhos, com aumento das chances de um paciente cessar o hábito aumentam após as recomendações.

Ao serem questionados se os profissionais de saúde tabagistas são menos propensos a aconselhar os pacientes a pararem de fumar, 280 (62,4%) pressupõem que sim. Entretanto, ao correlacionar com o gênero, 67 (47,5%) homens acreditam não haver relação direta ($p<0,05$), ao passo que apenas 102 (33,1%) mulheres acreditam na relação direta, mostrando que o gênero está associado.

Ao relacionar as variáveis “experiência de provar o cigarro” com “menor propensão do profissional tabagista aconselhar os seus pacientes” os usuários atuais do tabaco acreditaram não haver relação direta ($p<0,05$). A Tabela 2 demonstra essa relação com o gênero, a experiência com o tabaco e o uso atual.

Currículo/Treinamento

No que diz respeito à grade curricular, 352 (78,4%) participantes da pesquisa relataram ter adquirido conhecimento sobre os malefícios do tabaco durante a sua formação na universidade. Entretanto, apenas 42,5% discutiram as razões pelas quais as pessoas fumam.

No tocante ao atendimento dos pacientes, a maioria dos alunos (75,7% - 340) reconheceu que é importante registrar o consumo do tabaco como parte do histórico do paciente e 225 (50,1%) afirmaram que foram ensinados sobre a importância em fornecer materiais educacionais que auxiliem no processo de cessação desse hábito. Contudo, uma proporção pequena de estudantes (10,2%-46) alegou ter recebido alguma forma de treinamento formal sobre cessação do tabagismo para utilizar com os pacientes.

Em termos de métodos de auxílio à cessação do tabagismo, 289 universitários (64,4%) já ouviram falar de terapias de reposição de nicotina em programas de cessação do tabaco e 47,4% do uso de antidepressivos nessas modalidades de tratamento (Tabela 3).

Regressão Logística Binária

Os modelos de regressão logística binária mostraram que o uso atual do cigarro foi significativamente associado apenas à importância de registrar o histórico do uso do tabaco como parte do histórico médico geral do paciente ($P=0.006$, $OR=4.227$, $IC95\%=1.504-11.884$) (Tabela 4).

Tabela 4. Uso atual do tabaco X Aconselhamento dos pacientes, Propensão dos profissionais que fumam cigarro e outros produtos do tabaco em aconselhar os pacientes, Importância de registrar o uso do tabaco como parte do prontuário do paciente e Uso de terapias de reposição de nicotina em programas de cessação

| Variáveis | Uso atual do tabaco | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|----------------|
| | P | OR | IC 95% |
| Os profissionais de saúde devem aconselhar seus pacientes que fumam a parar de fumar? (0: Sim; 1: Não) | 0.551 | 1.550 | 0.367 - 6.539 |
| Os profissionais que fumam cigarro são menos propensos em aconselhar os pacientes? (0: Sim; 1: Não) | 0.160 | 2.665 | 0.680 - 10.452 |
| Os profissionais que utilizam outros produtos do tabaco são menos propensos em aconselhar os pacientes? (0: Sim; 1: Não) | 0.926 | 1.065 | 0.283 - 4.007 |
| Durante sua formação na universidade você aprendeu que é importante registrar o histórico do uso do tabaco no prontuário do paciente? (0: Sim; 1: Não) | 0.006 | 4.227 | 1.504 - 11.884 |
| Você já ouviu falar do uso de terapias de reposição de nicotina em programas de cessação do tabaco? (0: Sim; 1: Não) | 0.615 | 0.776 | 0.288 - 2.088 |

Tabela 2. Gênero, experiência com o cigarro e uso atual do cigarro x atitudes

| Variável | Gênero | | | | Valor de P | Experiência com o cigarro | | | | Valor de P | Uso atual do cigarro | | | | Valor de P ^a |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|------------|---------------------------|-------|--------------------|-------|------------|--------------------------|-------|------------------------|-------|-------------------------|
| | Masculino | | Feminino | | | Já experimentou | | Nunca experimentou | | | Usuário atual do cigarro | | Não usuário do cigarro | | |
| | N(%) | IC95% | N(%) | IC95% | | N(%) | IC95% | N(%) | IC95% | | N(%) | IC95% | N(%) | IC95% | |
| Deveria haver uma proibição total da publicidade dos produtos do tabaco? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 99(70,2) | 1,22 | 251(81,5) | 1,14 | <0,05 | 116(70,3) | 1,23 | 234(60,9) | 1,13 | <0,05 | 18(54,5) | 1,28 | 332(79,8) | 1,16 | <0,05 |
| Não | 42(29,8) | 1,37 | 57(18,5) | 1,23 | | 49(29,7) | 1,37 | 50(39,1) | 1,22 | | 15(45,5) | 1,63 | 84(20,2) | 1,24 | |
| Os profissionais de saúde devem receber treinamento específico sobre técnicas de cessação do tabaco? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 130(92,2) | 1,03 | 297(96,4) | 1,01 | 0,054 | 153(92,7) | 1,03 | 274(96,5) | 1,01 | 0,76 | 30(90,9) | 0,99 | 397(95,4) | 1,03 | 0,247 |
| Não | 11(7,8) | 1,12 | 11(3,6) | 1,06 | | 12(7,3) | 1,11 | 10(3,5) | 1,06 | | 3(9,1) | 1,19 | 19(4,6) | 1,07 | |
| Os profissionais de saúde servem como "modelos" para seus pacientes e para o público? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 116(82,3) | 1,11 | 273(88,6) | 1,08 | 0,066 | 137(83) | 1,11 | 252(88,7) | 1,08 | 0,87 | 27(81,8) | 1,04 | 362(87) | 1,10 | 0,398 |
| Não | 25(17,7) | 1,24 | 35(11,4) | 1,15 | | 28(17) | 1,23 | 32(11,3) | 1,15 | | 6(18,2) | 1,32 | 54(13) | 1,16 | |
| Os profissionais de saúde devem rotineiramente aconselhar seus pacientes que fumam a parar de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 130(92,2) | 1,03 | 294(95,4) | 1,02 | 0,163 | 152(92,1) | 1,04 | 272(95,8) | 1,02 | 0,104 | 29(87,9) | 1,00 | 395(95) | 1,03 | 0,088 |
| Não | 11(7,8) | 1,12 | 14(4,6) | 1,07 | | 13(7,9) | 1,12 | 12(4,2) | 1,07 | | 4(12,1) | 1,24 | 21(5) | 1,07 | |
| Os profissionais de saúde devem aconselhar rotineiramente seus pacientes que usam outros produtos do tabaco a parar de usar esses produtos? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 128(90,8) | 1,04 | 280(90,9) | 1,06 | 0,965 | 147(89) | 1,06 | 147(51,8) | 1,05 | 0,318 | 29(87,9) | 1,00 | 379(91,1) | 1,06 | 0,536 |
| Não | 13(9,2) | 1,14 | 28(9,1) | 1,12 | | 18(11) | 1,16 | 23(48,2) | 1,11 | | 4(12,1) | 1,24 | 37(8,9) | 1,12 | |
| Os profissionais de saúde têm um papel em dar conselhos ou informações sobre a cessação do tabagismo aos pacientes? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 139(98,6) | 0,99 | 304(98,7) | 1,00 | 0,918 | 164(99,4) | 0,99 | 279(98,2) | 1,00 | 0,304 | 32(97) | 0,97 | 411(98,8) | 1,00 | 0,379 |
| Não | 2(1,4) | 1,03 | 4(1,3) | 1,03 | | 1(0,6) | 1,02 | 5(1,8) | 1,03 | | 1(3) | 1,09 | 5(1,2) | 1,02 | |
| As chances de um paciente parar de fumar aumentam se um profissional de saúde aconselha-lo a parar de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 126(89,4) | 1,05 | 270(87,7) | 1,09 | 0,604 | 142(86,1) | 1,09 | 254(89,4) | 1,07 | 0,285 | 28(84,9) | 1,02 | 368(88,5) | 1,08 | 0,536 |
| Não | 15(10,6) | 1,16 | 38(12,3) | 1,16 | | 23(13,9) | 1,19 | 30(10,6) | 1,14 | | 5(15,1) | 1,28 | 48(11,5) | 1,15 | |
| Os profissionais de saúde que fumam são menos propensos a aconselhar os pacientes a pararem de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 74(52,5) | 1,39 | 206(66,9) | 1,28 | <0,05 | 86(52,1) | 1,40 | 194(68,3) | 1,26 | <0,05 | 12(36,4) | 1,46 | 268(64,4) | 1,32 | <0,05 |
| Não | 67(47,5) | 1,56 | 102(33,1) | 1,38 | | 79(47,9) | 1,56 | 90(31,7) | 1,37 | | 21(63,6) | 1,81 | 148(35,6) | 1,40 | |
| Os profissionais de saúde que usam outros produtos do tabaco têm menor probabilidade de aconselhar os pacientes a pararem de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 84(59,6) | 1,32 | 201(65,3) | 1,29 | 0,246 | 93(56,4) | 1,36 | 192(67,6) | 1,27 | <0,05 | 14(42,4) | 1,40 | 271(65,1) | 1,18 | <0,05 |
| Não | 57(40,4) | 1,49 | 107(34,7) | 1,40 | | 72(43,7) | 1,51 | 92(32,4) | 1,38 | | 19(57,6) | 1,75 | 145(34,9) | 1,26 | |

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de $p \leq 0,05$

Tabela 3. Curso x Currículo / Treinamento

| Variável | Educação Física | | Enfermagem | | Farmácia | | Fisioterapia | | Medicina | | Nutrição | | Odontologia | | Terapia Ocupacional | | Valor de P ^a |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------|------------|--------|-----------|--------|--------------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-------------|--------|---------------------|--------|-------------------------|
| | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | N (%) | IC 95% | |
| Durante sua formação na universidade você foi ensinado, em alguma de suas aulas, sobre os perigos do tabagismo? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 37 (48) | 1,41 | 34 (97) | 0,97 | 47 (72,3) | 1,17 | 41 (100) | 1,17 | 65 (89) | 1,04 | 25 (80,6) | 1,41 | 80 (94,1) | 1,01 | 23 (54,8) | 1,30 | <0,05 |
| Não | 40 (52) | 1,63 | 1 (3) | 1,09 | 18 (27,7) | 1,39 | 0 (0) | 1,47 | 8 (11) | 1,18 | 6 (19,4) | 1,63 | 5 (5,9) | 1,11 | 19 (45,2) | 1,61 | |
| Durante sua formação na universidade você discutiu, em alguma de suas aulas, as razões pelas quais as pessoas fumam? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 21 (27,3) | 1,63 | 16 (45,7) | 1,37 | 21 (32,3) | 1,56 | 28 (68,3) | 1,03 | 33 (45,2) | 1,43 | 11 (35,5) | 1,63 | 38 (44,7) | 1,45 | 23 (54,8) | 1,30 | <0,05 |
| Não | 56 (72,7) | 1,83 | 19 (54,3) | 1,72 | 44 (67,7) | 1,79 | 13 (31,7) | 1,26 | 40 (54,8) | 1,66 | 20 (64,5) | 1,83 | 47 (55,3) | 1,66 | 19 (45,2) | 1,61 | |
| Durante sua formação na universidade você aprendeu que é importante registrar o histórico do uso do tabaco como parte do histórico médico geral do paciente? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 28 (36,3) | 1,53 | 32 (91,4) | 0,99 | 42 (64,6) | 1,23 | 35 (85,4) | 1,56 | 70 (95,9) | 0,99 | 27 (87,1) | 1,53 | 83 (97,7) | 0,99 | 23 (54,8) | 1,30 | <0,05 |
| Não | 49 (63,7) | 1,75 | 3 (8,6) | 1,18 | 23 (35,4) | 1,47 | 6 (14,6) | 1,85 | 3 (4,1) | 1,09 | 4 (12,9) | 1,75 | 2 (2,3) | 1,06 | 19 (45,2) | 1,61 | |
| Durante sua formação na universidade você já recebeu algum treinamento formal em abordagens de cessação do tabagismo para usá-las com pacientes? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 3 (3,9) | 1,92 | 5 (14,3) | 1,74 | 2 (3,1) | 1,93 | 12 (29,3) | 1,05 | 5 (6,8) | 1,87 | 0 (0) | 1,92 | 13 (15,3) | 1,77 | 6 (14,3) | 1,75 | <0,05 |
| Não | 74 (96,1) | 2,01 | 30 (85,7) | 1,98 | 63 (96,9) | 2,01 | 29 (70,7) | 1,29 | 68 (93,2) | 1,99 | 31 (100) | 2,01 | 72 (84,7) | 1,93 | 36 (85,7) | 1,97 | |
| Durante a sua formação na universidade você aprendeu que é importante fornecer materiais educacionais para apoiar a cessação do tabagismo a pacientes que querem parar de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 14 (18,2) | 1,73 | 20 (57,1) | 1,26 | 28 (43,1) | 1,45 | 34 (83) | 0,98 | 46 (63) | 1,26 | 14 (45,2) | 1,26 | 51 (60) | 1,29 | 18 (43) | 1,42 | <0,05 |
| Não | 63 (81,8) | 1,91 | 15 (42,9) | 1,60 | 37 (56,9) | 1,69 | 7 (17) | 1,07 | 27 (37) | 1,48 | 17 (54,8) | 1,60 | 34 (40) | 1,51 | 24 (57) | 1,73 | |
| Você já ouviu falar de uso de terapias de reposição de nicotina em programas de cessação de tabaco (como remendo de nicotina ou goma)? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 34 (44,1) | 1,33 | 18 (51,4) | 1,31 | 56 (86,1) | 1,05 | 40 (97,5) | 1,17 | 59 (80,8) | 1,10 | 15 (48,4) | 1,31 | 45 (53) | 1,36 | 22 (52,4) | 1,32 | <0,05 |
| Não | 43 (55,9) | 1,70 | 17 (48,6) | 1,66 | 9 (13,9) | 1,22 | 1 (2,5) | 1,47 | 14 (19,2) | 1,28 | 16 (51,6) | 1,66 | 40 (47) | 1,58 | 20 (47,6) | 1,63 | |
| Você já ouviu falar no uso de antidepressivos em programas de cessação de tabaco? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 35 (45,4) | 1,43 | 6 (14,1) | 1,70 | 43 (66,1) | 1,22 | 28 (68,3) | 1,71 | 39 (53,4) | 1,35 | 12 (38,7) | 1,70 | 27 (31,8) | 1,58 | 23 (54,8) | 1,30 | <0,05 |
| Não | 42 (54,6) | 1,79 | 29 (82,9) | 1,96 | 22 (33,9) | 1,46 | 13 (31,7) | 1,95 | 34 (46,6) | 1,50 | 19 (61,3) | 1,96 | 58 (68,2) | 1,78 | 19 (45,2) | 1,61 | |

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de p≤0,05

Discussão

O presente estudo revelou que os universitários dos cursos de saúde da UFPE, apesar de conhecerem os malefícios do tabaco, não estão sendo preparados para orientar o tabagismo entre os seus pacientes. Entretanto, esta falta de preparo não ocorreu apenas na universidade avaliada. Outras capitais brasileiras, onde a mesma metodologia foi aplicada, mostrou dados semelhantes.¹⁶

A Portaria interministerial 1.498 do governo brasileiro (2002) e a OMS declararam que é dever dos profissionais de saúde estarem conscientes dos malefícios causados pelo tabagismo no organismo humano, e que esses conhecimentos devem ser transmitidos à população, visando promover uma melhor qualidade de vida.²¹ Ao serem indagados sobre o tema, 78,4% dos estudantes responderam que durante a sua formação acadêmica foram ensinados sobre os perigos do tabagismo. Apenas 6,9% acreditam que os profissionais de saúde não são os responsáveis em dar conselhos e 11,8%, que as chances de um paciente parar de fumar não aumentam se os mesmos os aconselhar. Esses achados foram condizentes com a literatura brasileira e mundial.^{5,22,23,24}

Os profissionais e futuros profissionais de saúde detêm um papel essencial no sistema que integram, sendo essencial fornecer-lhes a educação, o conhecimento, as habilidades e as capacidades necessárias para familiarizar e conscientizar seus pacientes sobre os perigos do uso e exposição ao tabaco.²² Para que isso seja facilitado, é necessário que as instituições de ensino reconheçam esse papel e assumam maior responsabilidade na promoção de instalações e práticas sem fumo entre seus funcionários e alunos.²⁵ Cerca de 95% dos entrevistados nesse estudo concordaram que esses profissionais necessitam receber treinamentos específicos sobre técnicas de cessação do tabaco. No entanto, apenas 10,2% adquiriram esse conhecimento até o momento. Dados semelhantes foram encontrados por Barbouni et al. (2012) onde, dos 95% dos estudantes que confirmaram a necessidade de treinamento, somente 21,3% efetivamente o recebeu.²²

Afim de ampliar a redução do tabagismo, a OMS introduziu, em 2008, 6 maneiras práticas e econômicas de combater esse hábito.²⁶ Duas dessas medidas

são: alertar sobre os perigos do tabaco e oferecer ajuda para quem deseja deixar o hábito. Diante disso, é necessário capacitar os profissionais da saúde para que pratiquem a abordagem ao fumante nas suas rotinas de atendimento e isso pode ser iniciado na graduação, sendo, portanto, papel dos centros educacionais prepará-los. No treinamento deve ser dado enfoque à abordagem motivacional, que consiste na discussão de crenças e pensamentos gerados pela dependência química, na abordagem de seus efeitos psicológicos e condicionamento associados ao fumar, além de treinamentos de habilidades individuais.²⁰ A relutância do fumante em procurar ajuda e a falta de serviços dotados de profissionais treinados são barreiras que podem retardar a busca por tratamento.

Quanto à visão desses futuros profissionais como modelos a serem seguidos, 86,6% dos estudantes responderam que os profissionais de saúde servem como referência para sociedade, principalmente para os seus pacientes e para o meio em que vivem. Ao comparar esses dados aos encontrados em outros estudos de metodologias semelhantes, podemos observar que a taxa de concordância no Brasil variou entre 60,5% em Florianópolis a 66,5% em João Pessoa. Entretanto, mundialmente, variou de 88% no Paquistão a 65% em Malta.^{5,16,23,24,27} Ainda que a porcentagem obtida nesta universidade estudada seja superior à encontrada em outras instituições, fica evidente que um número de estudantes ainda não está consciente do seu real papel como modelos de comportamento.

Outro dado analisado foi sobre a maior ou menor propensão dos profissionais tabagistas em aconselhar os seus pacientes a cessarem o hábito. Mais da metade dos estudantes acredita não haver relação e essa percepção sofreu influência direta do fato de o respondente apresentar ou não o hábito. Isto demonstra o impacto que o tabagismo tem sobre a atitude dos estudantes de profissões de saúde, o que é alarmante, considerando-se o papel fundamental que esses futuros profissionais terão na luta contra o consumo de tabaco. Além disso, os exemplos dados pelos profissionais são fundamentais para o êxito do paciente parar de fumar.^{6,28,29}

Os profissionais de saúde devem, sempre que possível, promover ações de informação, incentivo e apoio ao abandono do tabagismo. Pesquisas confirmam que abordagens rápidas, repetidas em cada consulta, reforçando os malefícios do tabaco e a importância da cessação do seu uso, aumentam significativamente as taxas de abstinência. Apesar de as taxas de sucesso aumentarem individualmente com o

aumento da intensidade da abordagem do tabagista, o impacto em termos de saúde pública parece ser superior com abordagens em grupo. Esses mesmos estudos, ao compararem os resultados dos aconselhamentos dados por médicos com os dados por outros profissionais (dentistas, enfermeiros, psicólogos), evidenciaram que as intervenções dos profissionais de saúde, em geral, apresentam efetividade similar no aconselhamento para cessação do tabagismo.^{30,31,32,33}

Conclusão

A GHPSS foi útil na avaliação das atitudes e do currículo/treinamento dos estudantes dos cursos de saúde pesquisados em relação ao tabaco. Embora os estudantes sejam esclarecidos sobre os riscos do tabagismo para a saúde, foi constatado que os mesmos não são preparados para atuar na prevenção controle do hábito de fumar. As instituições de ensino e organizações de saúde devem trabalhar em conjunto para projetar e implementar treinamento para esses futuros profissionais, capacitando-os a desenvolver as habilidades necessárias para fornecer suporte eficaz para cessação do tabagismo e em técnicas de aconselhamento para os seus futuros pacientes. Além disso, os profissionais de saúde devem manter em mente que seu exemplo pessoal é essencial na abordagem do paciente tabagista.

REFERÊNCIAS

- 1- Chang CM, Corey CG, Rostron BL, Apelberg BJ. Systematic review of cigar smoking and all cause and smoking related mortality. *BMC Public Health*. 2015;15:390.
- 2- World Health Organization. *Global Report on noncommunicable diseases 2014*. 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9781564854_eng.pdf. Acessado em 16 de Maio de 2016.
- 3- World Health organization. *Who Report on the Tobacco Epidemic*, 2015. Spanish. http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/exec_summary/en/. Acessado em 30 de Setembro de 2016.
- 4- World Health Organization. *Toolkit for oral health professionals to deliver brief tobacco interventions in primary care*. Geneva: World Health Organization; 2017.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255628/1/9789241512510-eng.pdf?ua=1> .
Acessado em 30 de Novembro de 2017.

5- Cauchi D, Mamo J. Smoking health professional student: an atitudinal challenge for health promotion? *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Jul;9:2550-61.

6- Levy D, de Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. *PLoS Med*. 2012;9:1001336.

7- Musskopf ML, Fiorini T, Haddad DC, Susin C. Tobacco use and smoking cessation among third-year dental students in southern Brazil. *Int Dent J*. 2014;64:312-7.

8- Department of Health and Human Services. *Public Health Service. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2008.

9- Jemal A, Thun MJ, Ries LA, Howe HL, Weir HK, Center MM, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use, and tobacco control. *J Natl Cancer Inst*. 2008;100:1672-94.

10- Engs RC. The drug-use patterns of helping-profession students in Brisbane, Australia. *Drug Alcohol Depend*. 1980;6:231-46.

11- Giacomassi D, Vandiver M. University students' perceptions of tobacco, cocaine, and homicide fatalities. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1999;25:163-72.

12- Steptoe A, Wardle J, Cui W et al. Na international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries. *Addiction*. 2002;97:1561-71.

13- Afifi Soweid R, El Kak F, Major S, Karam D, Rouhana A. Changes in health-related attitude and self-reported behaviour of undergraduate students at the American university of Beirut following a health awareness course. *Educ Health*. 2003; 16:265-78.

- 14- GTSS Collaborative Group. Tobacco use and cessation counselling: Global Health Professionals Survey Pilot Study, 10 countries, 2005. *Tob Control*. 2006; 54:505-509.
- 15- World Health Organization. *Global Health Professions Students Survey – Part Five*. 2008. http://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/tobacco_atlas/pdfs/part5.pdf. Acessado em 19 de Maio de 2016.
- 16- Instituto Nacional De Câncer (Brasil). *Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde*, 2007. <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/pesquisacancer/29deagosto20073.pdf>. Acessado em 05 de Outubro de 2017.
- 17- Warren, C.W.; Sinha, D.N.; Lee, J.; Lea, V.; Jones, N.; Asma, S. Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling training of dental students around the world. *J. Dent. Educ.* 2011, 75:385–405.
- 18- Warren, C.W.; Jones, N.R.; Chauvin, J.; Peruga, A. Tobacco use and cessation counselling: Cross-country. Data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005–2007. *Tob. Control*. 2008, 17:238–247.
- 19- Paceli R et al. Prospective analysis among medical school of University of São Paulo: GHPSS (2008/2011). *European Respiratory Journal*. 2012; 40:4062.
- 20- Instituto Nacional de Câncer. *A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009* / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Inca, 2011.
- 21- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Portaria Interministerial nº 1.498, de 22 de agosto de 2002. Recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da poluição tabagística ambiental*. http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pi_1498_2002.pdf. Acessado em 24 de Outubro de 2017.
- 22- Barbouni A, Hadjichristodoulou C, Merakou K, et al. Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among health professions students: greek data from the global health professions student Survey (GHPSS). *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9:331-42.

- 23- Ferrante M, Saulle R, Ledda C, et al. Prevalence of smoking habits, attitudes, knowledge and beliefs among Health Professional School students: a cross-sectional study. *Ann Ist Super Sanita*. 2013;49:143-9.
- 24- Aslam, S. K., Mehboob, B., Zaheer, S. and Shafique, K. Awareness and support for anti-tobacco policies among health professional students in Pakistan: findings from the global health professional students survey, 2011. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 2014.
- 25- Vardavas CI, Bouloukaki I, Linardakis MK, et al. Smoke-free hospitals in Greece: Personnel perceptions, compliance and smoking habit. *Tob Induc Dis*. 2009;5:8.
- 26- World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva: WHO; 2008. www.who.int/tobacco/MPOWER/MPOWER_report_full_2008.pdf. Acessado em 05 de Junho de 2017.
- 27- Surani NS, Pednekar MS, Sinha DN, et al. Tobacco use and cessation counseling in India-data from the Global Health Professions. *Indian Journal of Cancer*. 2012; 49: 425-30.
- 28- Lancaster T et al. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane library. *British Medical Journal*. 2000; 321:355-358.
- 29- Keshavarz H, Jafari A, Khami MR, Virtanen JI. Passive smoking and attitudes towards tobacco control programs among Iranian dental students. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14:3635-9.
- 30- Anderson P, Jané-Llopis E. How can we increase the involvement of primary health care in the treatment of tobacco dependence? A meta-analysis. *Addiction*. 2004 99:299-312.
- 31- Gorin SS, Heck JE. Meta-analysis of the efficacy of tobacco counseling by health care providers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2004;13:2012-22.
- 32- Walsh SE, Singleton JA, Worth CT, et al. Tobacco cessation counseling training with standardized patients. *J Dent Educ*. 2007;71:1171-8.
- 33- Fiore MC. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med*. 2008;35:158-76.

APÊNDICE D - ARTIGO 3**Nas normas do Journal of Dental Education****RELAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA COM O TABACO: ESTUDO TRANSVERSAL EM UMA UNIVERSIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO**

Augusto César Leal da Silva Leonel Ms¹, Danyel Elias da Cruz Perez Phd¹

¹Faculdade de Odontologia, Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil.

Autor correspondente: Danyel Elias da Cruz Perez, Curso de Odontologia, Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Universidade Federal de Pernambuco, 4^a Travessa Professor Artur de Sá, s/n. Cidade Universitária, Recife-Pernambuco, Brasil. Telefone: (81) 9 9735-0655; E-mail: danyel.perez@ufpe.br

Resumo

Objetivos: O objetivo do presente estudo transversal foi avaliar a prevalência do uso do tabaco, a exposição a sua fumaça e o aconselhamento para cessação entre estudantes de odontologia de uma universidade do nordeste brasileiro. **Métodos:** O questionário da Pesquisa Mundial sobre o Tabagismo em Estudantes de Saúde (GHPSS) foi utilizado como instrumento de estudo na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Foram recrutados alunos do 5^o ao 10^o semestre, que responderam o questionário anônimo e autoadministrado em sala de aula no segundo semestre de 2017. Os dados foram tabulados e analisados e as variáveis foram apresentadas através de estatística descritiva e pela associação de variáveis através do teste do qui-quadrado e regressão logística binária. **Resultados:** 224 alunos responderam o questionário. Mais de 40% dos estudantes já haviam experimentado o cigarro pelo menos uma vez na vida, com 8,9% sendo fumantes atuais. Cerca de 28% dos participantes relataram ter sido expostos ao fumo passivo no ambiente onde moram e 57,1%, em outros locais. A maioria dos alunos reconheceu que eles são modelos para a sociedade e acreditam que deveriam receber treinamento sobre aconselhar pacientes a abandonar o uso, mas poucos relataram ter recebido algum treinamento formal. **Conclusão:** Apesar dos estudantes de Odontologia da UFPE possuírem conhecimentos sobre os malefícios do tabaco, ainda há uma falha significativa no treinamento desses futuros profissionais no combate ao tabagismo.

Palavras-chave: uso de tabaco, estudantes de profissões da saúde, estudantes de odontologia, treinamento de aconselhamento

Abstract

Objectives: The purpose of this cross-sectional study was to evaluate tobacco use, exposure to its smoke and advice for cessation among dentistry students from a university in the Brazilian Northeast. **Methods:** The Global Health Professions Student Survey (GHPSS) was used as a study instrument at the Federal University of Pernambuco (UFPE). Students were recruited from the 5th to the 10th semester, who answered the anonymous self-administered questionnaire in the first semester of 2017. The data were tabulated and analyzed and the variables were presented through descriptive statistics and the correlation of variables through the chi-square test and binary logistic regression. **Results:** 224 students answered the questionnaire. More than 40% of students had tried cigarettes at least once in their lifetime, with 8.9% being current smokers. About 28% of the participants reported having been exposed to secondhand smoke in their living environment and 57.1% in other settings. Most students recognized that they are role models for society and believe they should receive training in counseling patients to discontinue use, but few have reported receiving any formal training. **Conclusion:** Although UFPE dentistry students have knowledge about tobacco maladies, there is still a significant lack of training in these future professionals in the fight against smoking.

Keywords: tobacco use, health professionals students, dental students, counseling training

Introdução

Apesar do incessante esforço dos programas antitabagismo, o hábito de fumar ainda é considerado um grave problema de saúde pública, respondendo por mais de 7 milhões de mortes ao ano.^{1,2} Atualmente, o número de usuários em todo o mundo é de aproximadamente 1,3 bilhões e destes, 84% residem em países em linhas de desenvolvimento.^{3,4}

O tabagismo é reconhecido como um fator de risco importante para várias doenças e agravos, sendo ele o principal fator modificável para muitas condições orais, incluindo a doença periodontal, desordens potencialmente malignas e o câncer de boca^{2,5}. Neste sentido, as estratégias de saúde que visam a cessação do tabagismo, quando aplicadas por cirurgiões-dentistas, podem ser eficazes.^{6,7}

A prevalência do tabagismo no Brasil ainda exige a implementação de programas abrangentes de combate, devendo ser projetados e efetivados por profissionais da saúde.⁸ Dente eles, os cirurgiões-dentistas estão em uma posição única e favorável para promoção em saúde, pois eles têm acesso a uma ampla faixa etária, atingindo desde crianças a idosos, o que pode proporcionar oportunidades para influenciar os indivíduos a abandonar ou nunca começar o hábito.⁴ Entretanto, os estudos indicam que apenas uma pequena parcela de estudantes desse curso receberam, durante a graduação, treinamento sobre a abordagem desses pacientes.^{5,9,10}

Poucos estudos avaliam a relação entre os futuros profissionais da Odontologia e o tabaco e desses, apenas um no Brasil.^{2,5,6,9,11} Para preencher essa lacuna, em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS), os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e a Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA) desenvolveram a Pesquisa Mundial sobre o Tabagismo em Estudantes de Saúde (GHPSS), para coletar dados sobre o uso do tabaco e o treinamento sobre aconselhamento para cessação entre alunos das áreas de saúde.^{12,13}

Diante da escassa literatura brasileira acerca do tema, o objetivo desta pesquisa foi avaliar uso do tabaco, a exposição ao fumo passivo e aconselhamento para cessação entre estudantes de Odontologia de uma universidade do nordeste brasileiro.

Metodologia

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da UFPE (CAE: 63685317.4.0000.5208). Trata-se de um estudo transversal, cuja amostra foi composta por estudantes do curso de graduação em Odontologia da UFPE, situada na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. A coleta dos dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2017, utilizando a metodologia proposta pela GHPSS.^{12,13}

A GHPSS é um questionário padrão composto por 42 questões divididas em seis áreas: prevalência de uso de tabaco, exposição ambiental à fumaça de tabaco, atitudes frente ao tabagismo, comportamento e cessação, currículo e treinamento e dados demográficos.^{12,14} Para o presente estudo quatro questões foram excluídas, por avaliarem a opinião dos estudantes sobre a proibição ou não do tabagismo em ambientes comuns, visto que essas leis já são regentes no Brasil.

Os estudantes de Odontologia do quinto ao décimo período foram recrutados para responderem o questionário GHPSS (traduzido para o português, adaptado e validado)¹⁵. Os critérios de inclusão foram: o participante ser aluno a partir do 5º período do curso de odontologia da UFPE e estar presente em sala de aula no momento da pesquisa.

A pesquisa foi realizada nas salas de aula durante as atividades acadêmicas regulares em datas e horários previamente combinados e autorizados pelo coordenador e professores de cada disciplina. Os objetivos e metodologia da pesquisa foram explicados aos estudantes e então lhes foi dado tempo para responderem o questionário anônimo, individual e auto-administrado. Os participantes marcaram suas respostas no próprio questionário, assinalando a alternativa de escolha.

As respostas das variáveis foram tabuladas e analisadas utilizando o programa de computador *IBM SPSS Statistics 20.0* (IBM Corporation, New York, United States). Na análise dos dados, foram considerados fumantes atuais aqueles alunos que

fumaram pelo menos um dia nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Dentro do grupo de fumantes atuais foram subclassificados em fumantes ocasionais aqueles alunos que fumaram numa frequência inferior a 20 dias nos 30 dias anteriores à pesquisa.²⁰ A estatística descritiva foi realizada para todas as variáveis, sendo apresentadas em porcentagem e número. As associações entre as variáveis foram realizadas com o teste do qui-quadrado, com um valor de $p \leq 0,05$ tomado como o limiar para a significância estatística e a regressão logística binária serviu para avaliar a relação entre o uso atual do tabaco e variáveis independente. Todos os resultados apresentam uma margem de erro de $\pm 5\%$ (Intervalo de confiança de 95%).

Resultados

A UFPE - campus Recife, apresentou, no segundo semestre letivo de 2017, 330 alunos matriculados do 5º ao 10º período no curso de odontologia. Desses, 290 estavam em sala de aula no momento da pesquisa.

O conjunto de dados final foi construído utilizando informações de 224 estudantes, depois de excluir 66 (22,7%) participantes que não responderam o instrumento da pesquisa. A taxa global de resposta foi de 77,3%. (Tabela 1)

Dados demográficos

A amostra do estudo consistiu principalmente de mulheres (165-73,7%), sendo a faixa etária entre os 19 a 24 anos a de maior prevalência, correspondendo a 77,2% do total da amostra ($p < 0,05$). A Tabela 1 revela os dados demográficos do estudo.

Tabela 1. Dados demográficos.

| VARIÁVEL | N | % | P ^a |
|-----------------|-----|------|----------------|
| Idade | | | |
| 19 a 24 anos | 173 | 77,2 | <0,05 |
| 25 a 29 anos | 39 | 17,4 | |
| 30 anos ou mais | 12 | 5,4 | |
| Gênero | | | |
| Feminino | 165 | 73,7 | <0,05 |
| Masculino | 59 | 26,3 | |

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de $p \leq 0,05$

Uso do tabaco

Experiência com o cigarro

Noventa e quatro (42%) entrevistados relataram ter fumado pelo menos uma vez na vida, destes, 44 (46,8%) com idade inferior a 18 anos e 50 (53,2%) acima dos 18 anos. A taxa de prevalência entre os 20-24 anos foi a mais alta ($p < 0,05$).

Os homens experimentaram o cigarro com mais frequência ($p < 0,05$). Dos 59 homens participantes da pesquisa, 34 (59,3%) já experimentaram o cigarro, sendo que 16 (47%) experimentaram antes dos 17 anos. Já entre as mulheres, de 156 participantes, 60 (36,4%) já fumaram ao menos uma vez, com 28 (46,7%) tendo experimentado antes dos 17 anos.

A principal influência para fumar foi dos amigos/colegas ($p < 0,05$). Entretanto, ao compararmos com o gênero, não foi encontrada diferença significativa (0,070). A Tabela 2 resume os dados, associando o gênero, a experiência com o cigarro e o uso atual do cigarro.

Uso atual do cigarro

Vinte (8,9%) estudantes fumaram cigarros no último mês, considerando-os fumantes atuais. Entretanto, todos eram usuários ocasionais. A Tabela 3 revela a correlação do curso com o uso atual do cigarro.

Quando separados por gênero, os alunos do gênero masculino (10 - 17%) foram mais propensos do que as estudantes do gênero feminino (10 - 6%) a serem fumantes atuais ($p < 0,05$), sendo influenciados principalmente pelos amigos/colegas ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Experiência com outras formas de consumo do tabaco (tabaco de mascar, rapé, narguilé, charutos, cachimbos):

No momento da pesquisa, 35 (15,6%) participantes afirmaram ter utilizado uma ou mais formas de consumo diferentes do cigarro. Ao associar com o gênero, não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,143$). Entretanto, ao compararmos com os usuários atuais, 12 (60%) alunos tabagistas já experimentaram outras formas de consumo do tabaco ($p < 0,05$). A Tabela 2 mostra a associação dessa variável com o gênero, experiência com o cigarro e uso atual.

Tabela 2. Gênero, experiência com o cigarro e uso atual do cigarro x Idade do experimento, influência e uso do tabaco e derivados

| Variável | Gênero | | Experiência com o cigarro | | | | | | Uso atual do cigarro | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|---------------------------|-------|------------|-----------------|-------|--------------------|----------------------|------------|--------------------------|-------|------------------------|-------|-------------------------|
| | Masculino | | Feminino | | Valor de P | Já experimentou | | Nunca experimentou | | Valor de P | Usuário atual do cigarro | | Não usuário do cigarro | | Valor de P ^a |
| | N(%) | IC95% | N(%) | IC95% | | N(%) | IC95% | N(%) | IC95% | | N(%) | IC95% | N(%) | IC95% | |
| Quantos anos você tinha quando experimentou um cigarro pela primeira vez? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca fumei cigarros | 25(42,4) | | 105(63,6) | | | 0(0) | | 130(100) | | | 0(0) | | 130(63,7) | | |
| 10 anos ou menos | 2(3,4) | | 4(2,4) | | | 6(6,4) | | 0(0) | | | 0(0) | | 6(2,9) | | |
| Entre 11-15 anos | 6(10,2) | 2,58 | 8(4,8) | 2,01 | | 15(15,9) | 4,30 | 0(0) | 1,00 | | 3(15) | 4,20 | 11(5,4) | 2,05 | |
| Entre 16-17 | 8(13,5) | - | 16(27,1) | - | 0,054 | 23(24,5) | - | 0(0) | - | <0,05 | 7(35) | - | 17(8,3) | - | <0,05 |
| Entre 18-19 | 7(11,9) | 3,62 | 12(7,3) | 2,61 | | 19(20,2) | 4,84 | 0(0) | 1,09 | | 4(20) | 5,20 | 15(7,3) | 2,58 | |
| Entre 20-24 | 11(18,6) | | 17(10,3) | | | 28(29,8) | | 0(0) | | | 5(25) | | 23(11,3) | | |
| Entre 25-29 anos | 0(0) | | 3(1,8) | | | 3(3,2) | | 0(0) | | | 1(5) | | 2(1,0) | | |
| Você sofreu alguma influência ao iniciar o hábito de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca fumei cigarros | 25(42,4) | | 105(63,6) | | | 0(0) | | 130(100) | | | 0(0) | | 130(63,7) | | |
| Não tive nenhuma influência | 10(17) | 2,00 | 18(10,9) | 1,64 | | 27(28,7) | 3,07 | 0(0) | 1,00 | | 6(30) | 2,80 | 22(10,8) | 1,69 | |
| Influência de familiares | 3(5) | - | 8(4,8) | - | 0,070 | 11(11,7) | - | 0(0) | - | <0,05 | 5(25) | - | 6(2,9) | - | <0,05 |
| Influência de amigos/colegas | 20(34) | 2,71 | 32(19,4) | 2,03 | | 53(56,4) | 3,48 | 0(0) | 1,10 | | 8(40) | 3,65 | 44(21,6) | 2,02 | |
| Influência da mídia | 1(1,7) | | 2(1,2) | | | 3(3,2) | | 0(0) | | | 1(5) | | 1(0,9) | | |
| Durante os últimos 30 dias (um mês), em quantos dias você fumou cigarros? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 dias | 49(83) | | 155(94) | | | 75(79,8) | | 130 | | | 0(0) | | 204(100) | | |
| 1 ou 2 dias | 4(6,8) | | 6(3,6) | | | 9(9,6) | | 0(0) | | | 10(50) | | 0(0) | | |
| 3 a 5 dias | 5(8,5) | 1,10 | 2(1,2) | 1,03 | | 7(7,4) | 1,21 | 0(0) | 1,00 | | 7(35) | 2,35 | 0(0) | 1,00 | |
| 6 a 9 dias | 0(0) | - | 0(0) | - | <0,05 | 0(0) | - | 0(0) | - | <0,05 | 1(5) | - | 0(0) | - | <0,05 |
| 10 a 19 dias | 0(0) | 1,55 | 1(0,6) | 1,20 | | 1(1,1) | 1,61 | 0(0) | 1,03 | | 2(10) | 3,50 | 0(0) | 1,00 | |
| 20 a 29 dias | 1(1,7) | | 1(0,6) | | | 2(2,1) | | 0(0) | | | 0(0) | | 0(0) | | |
| Todos os 30 dias | 0(0) | | 0(0) | | | 0(0) | | 0(0) | | | 0(0) | | 0(0) | | |
| Você já fumou cigarros nas instalações/propriedades da universidade? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca fumei | 29(49,1) | 1,58 | 109(66,1) | 1,47 | | 0(0) | 2,44 | 130(100) | 1,00 | | 0 | 1,90 | 136(66,7) | 1,49 | |
| Sim | 12(20,3) | - | 13(7,9) | - | <0,05 | 25(26,6) | - | 0(0) | - | <0,05 | 15(75) | - | 12(5,9) | - | <0,05 |
| Não nas instalações | 18(30,5) | 2,04 | 43(26) | 1,73 | | 69(73,4) | 2,70 | 0(0) | 1,00 | | 5(25) | 2,40 | 56(27,4) | 1,73 | |
| Você já usou tabaco para mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 13(22) | 1,67 | 22(13,3) | 1,81 | | 30(32) | 1,59 | 5(3,2) | 1,92 | | 12(60) | 1,20 | 23(11,3) | 1,84 | |
| Não | 46(78) | - | 143(86,7) | - | 0,143 | 64(68) | - | 125(96,1) | - | <0,05 | 8(40) | - | 181(88,7) | - | <0,05 |
| | | 1,89 | | 1,92 | | | 1,79 | | 1,99 | | | 1,65 | | 1,93 | |
| Durante os últimos 30 dias (um mês), em quantos dias você usou tabaco para mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 dias | 55(93,3) | 1,00 | 162(98,2) | 1,00 | | 88(93,6) | 1,02 | 129(99,2) | 1,00 | | 16(80) | 1,05 | 201(98,5) | 1,00 | |
| 1 ou 2 dias | 3(5) | - | 2(1,2) | - | 0,165 | 5(5,3) | - | 0(0) | - | <0,05 | 3(15) | - | 2(1,0) | - | <0,05 |
| 3 a 5 dias | 1(1,7) | 1,17 | 1(0,6) | 1,05 | | 1(1,1) | 1,14 | 1(0,8) | 1,06 | | 1(5) | 1,50 | 1(0,5) | 1,04 | |
| 6 a 9 dias | 0(0) | | 0(0) | | | 0(0) | | 0 | | | 0 | | 0(0) | | |
| Você já usou tabaco de mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos nas instalações/propriedades da universidade? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca fumei | 47(79,6) | 1,17 | 146(88,5) | 1,12 | | 66(70,2) | 1,37 | 127(97,7) | 1,00 | | 8(40) | 1,70 | 185(90,7) | 1,09 | |
| Sim | 2(3,4) | - | 2(1,2) | - | 0,208 | 4(4,2) | - | 0(0) | - | <0,05 | 1(5) | - | 3(1,5) | - | <0,05 |
| Não nas instalações | 10(17) | 1,57 | 17(10,3) | 1,31 | | 24(25,5) | 1,73 | 3(2,3) | 1,09 | | 11(55) | 2,55 | 16(7,8) | 1,25 | |

Tabela 3. Experiência com o cigarro, uso atual e política de proibição

| VARIÁVEL | N | % | IC 95% | P ^a |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-------------|----------------|
| Alguma vez você já tentou ou experimentou o cigarro, mesmo um ou dois tragos? | | | | |
| Sim | 94 | 42 | 35,7 – 48,6 | <0,05 |
| Não | 130 | 58 | 51,4 – 64,3 | |
| Tabagismo atual | | | | |
| Tabagista atual | 20 | 8,9 | 5,4 – 12,9 | <0,05 |
| Não tabagista | 204 | 91,1 | 87,1 – 94,6 | |
| Sua universidade tem uma política oficial proibindo fumar em prédios escolares e clínicas? | | | | |
| Sim, somente para prédios escolares | 2 | 0,9 | 0,0 – 2,2 | <0,05 |
| Sim, apenas para clínicas | 10 | 4,5 | 2,2 – 7,1 | |
| Sim, para edifícios escolares e clínicas | 43 | 19,2 | 14,3 – 24,6 | |
| Nenhuma política oficial | 24 | 10,7 | 7,1 – 14,7 | |
| Não sei | 145 | 64,7 | 58,5 – 71,0 | |
| A proibição oficial de fumar na sua universidade é aplicada? | | | | |
| Sim, a política é aplicada | 29 | 12,9 | 8,9 – 17,4 | <0,05 |
| Não, a política não é aplicada | 25 | 11,2 | 7,1 – 15,6 | |
| A Universidade não tem uma política oficial | 13 | 5,8 | 2,7 – 8,9 | |
| Não sei | 157 | 70,1 | 64,3 – 75,4 | |

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de $p \leq 0,05$

Uso do cigarro e derivados do tabaco nas instalações/propriedades da universidade

Quando perguntados se já fumaram cigarros nas instalações/propriedades da universidade, dos estudantes que já experimentaram o cigarro, 25 (26,6%) disseram que sim, enquanto que 69 (73,4%) responderam que não usaram tabaco dentro das instalações. Ao levar em consideração apenas os fumantes atuais, 15 (75%) alunos fizeram o uso nesses locais ($p < 0,05$). O gênero masculino fumou mais nesses ambientes ($p < 0,05$). Em relação ao uso de derivados do tabaco nas instalações/propriedades da universidade, apenas 6 (1,3%) alunos responderam ter utilizado esses produtos em ambiente universitário (Tabela 2).

Política de proibição do tabaco

Política oficial de proibição do cigarro e derivados do tabaco em prédios e clínicas universitárias

Ao serem perguntados da existência de uma lei oficial que proíba o uso do cigarro e derivados do tabaco em prédios e clínicas universitárias, 145 (64,7%) alunos afirmaram não saber, 24 (10,7%) responderam que não existe política e 55 (24,6%) que alguma proibição está prevista para esses ambientes. Entretanto, apenas 29 (12,9%) acreditam que a lei é aplicada (Tabela 3).

Proibição total da publicidade dos produtos do tabaco

Dos estudantes do curso de Odontologia pesquisados, 190 (84,8%) concordam que deveria haver uma proibição total da publicidade dos produtos do tabaco. O nível de concordância a favor da proibição total foi significativamente maior entre os que nunca experimentaram o tabaco (91,5%) do que entre os que já experimentaram (75,5%) ($p < 0,05$). A associação dessa variável e o gênero não revelou diferença significativa ($p = 0,387$) (Tabela 4).

Exposição ao fumo passivo do tabaco

Exposição em casa nos últimos 7 dias

No que se refere à exposição ao fumo passivo do tabaco na residência do aluno, 47 (28%) relataram ter sido expostos nos últimos sete dias. Dos 126 expostos, 33 eram do gênero feminino (70,2%) e 14 do gênero masculino (29,8%). Quanto ao número de dias, 20 (9,8%) ficaram expostos de 1 a 2 dias. A associação entre essa variável e o gênero, a experiência com o tabaco e o uso atual não foi significativa (Tabela 4).

Exposição em outros ambientes nos últimos 7 dias

Sobre a exposição ao fumo passivo do tabaco em outros ambientes, 128 (57,1%) alunos participantes da pesquisa afirmaram exposição nos últimos sete dias. Dos 128 expostos, 116 eram do gênero feminino (75,8%) e 31 do gênero masculino (24,2%). Quanto ao número de dias, 88 (59,8%) foram expostos de 1 a 2 dias. A associação entre essa variável e o gênero, a experiência com o cigarro e o uso atual não foi significativa. (Tabela 4).

Tabela 4. Gênero, experiência com o cigarro e uso atual do cigarro x Exposição ao fumo passivo e proibição da publicidade dos produtos do tabaco

| Variável | Gênero | | Experiência com o cigarro | | | | | | Uso atual do cigarro | | | | Valor de P ^a | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|---------------------------|--------|------------|-----------------|--------|--------------------|----------------------|------------|--------------------------|--------|-------------------------|------------------------|--------|
| | Masculino | | Feminino | | Valor de P | Já experimentou | | Nunca experimentou | | Valor de P | Usuário atual do cigarro | | | Não usuário do cigarro | |
| | N(%) | IC95 % | N(%) | IC95 % | | N(%) | IC95 % | N(%) | IC95 % | | N(%) | IC95 % | | N(%) | IC95 % |
| Durante os últimos 7 dias, em quantos dias as pessoas fumaram onde você mora, na sua presença? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 dias | 45(76,3) | | 132(80) | | | 73(77,6) | | 104(80) | | | 13(65) | | 164(80,4) | | |
| 1 a 2 dias | 7(11,8) | 1,18 | 13(7,9) | 1,29 | 0,353 | 8(8,5) | 1,28 | 12(9,2) | 1,26 | 0,570 | 1(5) | 1,45 | 19(9,3) | 1,26 | |
| 3 a 4 dias | 5(8,5) | - | 8(4,8) | - | | 6(6,4) | - | 7(5,4) | - | | 2(10) | - | 11(5,4) | - | <0,05 |
| 5 a 6 dias | 1(1,7) | 1,63 | 1(0,6) | 1,63 | | 2(2,1) | 1,71 | 0(0) | 1,60 | | 0(0) | 2,75 | 2(1,0) | 1,52 | |
| Todos os 7 dias | 1(1,7) | | 11(6,6) | | | 5(5,3) | | 7(5,4) | | | 4(20) | | 8(3,9) | | |
| Durante os últimos 7 dias, em quantos dias as pessoas fumaram em sua presença em lugares diferentes de onde você mora? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 dias | 28(47,4) | | 68(41,2) | | | 37(39,4) | | 59(45,4) | | | 5(25) | | 91(44,6) | | |
| 1 a 2 dias | 21(35,6) | 1,53 | 67(40,6) | 1,75 | 0,817 | 38(40,4) | 1,76 | 50(38,5) | 1,64 | 0,823 | 8(40) | 1,90 | 80(39,2) | 1,70 | |
| 3 a 4 dias | 7(11,8) | - | 16(9,7) | - | | 10(10,6) | - | 13(10) | - | | 3(15) | - | 20(9,8) | - | 0,063 |
| 5 a 6 dias | 1(1,7) | 2,03 | 4(2,4) | 2,08 | | 3(3,2) | 2,18 | 2(1,5) | 2,02 | | 2(10) | 2,95 | 3(1,5) | 1,97 | |
| Todos os 7 dias | 2(3,4) | | 10(6,1) | | | 6(6,4) | | 6(4,6) | | | 2(10) | | 10(4,9) | | |
| Deveria haver uma proibição total da publicidade dos produtos do tabaco? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 48(81,3) | 1,08 | 142(86,1) | 1,09 | | 71(75,5) | 1,16 | 119(91,5) | 1,04 | | 14(70) | 1,10 | 176(86,3) | 1,09 | 0,061 |
| Não | 11(18,7) | - | 23(13,9) | - | 0,387 | 23(24,5) | - | 11(8,5) | - | <0,05 | 6(30) | - | 28(13,7) | - | |
| | | 1,29 | | 1,19 | | | 1,34 | | 1,13 | | 1,50 | | 1,19 | | |

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de $p \leq 0,05$

Atitudes dos profissionais de saúde

Quando perguntados se os profissionais de saúde servem como modelos para seus pacientes e para o público, 204 (91,1%) alunos afirmaram que sim, independentemente de já terem utilizado o cigarro ou não ($p=0,483$). Duzentos e catorze (95%) estudantes admitiram que os profissionais de saúde deveriam receber treinamento específicos sobre técnicas de cessação do tabaco.

Em relação ao aconselhamento dos pacientes, 220 (98,2%) entrevistados acreditam que é papel dos profissionais de saúde aconselhar e informar os seus pacientes sobre maneiras de cessar o tabagismo, onde 213 (95,1%) consideram importante que os conselhos sejam rotineiros. A maioria deles (205 - 91,5%) julga os conselhos eficazes, onde as chances de um paciente cessar o hábito aumentam após as recomendações.

Ao serem questionados se os profissionais de saúde que fumam são menos propensos a aconselhar os pacientes a pararem de fumar, 139 (62,1%) pressupõem que sim. Ao correlacionar essa variável com a experiência com o cigarro e o uso atual do mesmo, 48 (51,1%) e 13 (65%), respectivamente, acreditam não haver correlação. A Tabela 5 apresenta a associação dessas variáveis com o gênero, a experiência com o cigarro e o uso atual.

Tabela 5. Gênero, experiência com o cigarro e uso atual do cigarro x Atitudes

| Variável | Gênero | | Experiência com o cigarro | | | | | | Uso atual do cigarro | | | | Valor de P ^a | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|---------------------------|--------|-----------------|--------|--------------------|--------|----------------------|--------|--------------------------|--------|-------------------------|------------------------|--------|
| | Masculino | | Feminino | | Já experimentou | | Nunca experimentou | | Valor de P | | Usuário atual do cigarro | | | Não usuário do cigarro | |
| | N(%) | IC95 % | N(%) | IC95 % | N(%) | IC95 % | N(%) | IC95 % | N(%) | IC95 % | N(%) | IC95 % | | N(%) | IC95 % |
| Os profissionais de saúde devem receber treinamento específico sobre técnicas de cessação do tabaco? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 56(95) | 0,99 | 158(95,8) | 1,01 | 91(96,8) | 1,00 | 123(94,6) | 1,02 | 19(95) | 1,00 | 195(95,6) | 1,01 | 1,00 | | |
| Não | 3(5) | - | 7(4,2) | - | 3(3,2) | - | 7(5,4) | - | 1(5) | - | 9(4,4) | - | - | | |
| | | 1,11 | | 1,07 | | 1,07 | | 1,09 | | 1,15 | | 1,08 | | | |
| Os profissionais de saúde servem como "modelos" para seus pacientes e para o público? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 54(91,5) | 1,01 | 150(91) | 1,05 | 84(89,4) | 1,04 | 120(92,3) | 1,03 | 17(85) | 1,00 | 187(91,7) | 1,05 | 0,399 | | |
| Não | 5(8,5) | - | 15(9) | - | 10(10,6) | - | 10(7,7) | - | 3(15) | - | 13(8,3) | - | - | | |
| | | 1,16 | | 1,14 | | 1,17 | | 1,12 | | 1,35 | | 1,12 | | | |
| Os profissionais de saúde devem rotineiramente aconselhar seus pacientes que fumam a parar de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 57(96,6) | 0,99 | 163(98,8) | 1,00 | 92(97,9) | 1,00 | 128(98,5) | 1,00 | 20(100) | 1,00 | 200(98) | 1,00 | 1,00 | | |
| Não | 2(3,4) | - | 2(1,2) | - | 2(2,1) | - | 2(1,5) | - | 0(0) | - | 4(2) | - | - | | |
| | | 1,08 | | 1,03 | | 1,05 | | 1,04 | | 1,00 | | 1,04 | | | |
| Os profissionais de saúde devem aconselhar rotineiramente seus pacientes que usam outros produtos do tabaco a parar de usar esses produtos? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 55(93,2) | 1,00 | 158(95,8) | 1,01 | 88(93,6) | 1,02 | 125(96,2) | 1,01 | 18(90) | 1,00 | 195(95,6) | 1,02 | 0,256 | | |
| Não | 4(6,8) | - | 7(4,2) | - | 6(6,4) | - | 5(3,8) | - | 2(10) | - | 9(4,4) | - | - | | |
| | | 1,13 | | 1,07 | | 1,12 | | 1,08 | | 1,25 | | 1,07 | | | |
| Os profissionais de saúde têm um papel em dar conselhos ou informações sobre a cessação do tabagismo aos pacientes? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 58(98,3) | 1,00 | 156(100) | 1,00 | 94(100) | 1,00 | 129(99,2) | 1,00 | 19(95) | 1,00 | 204(100) | 1,00 | 0,089 | | |
| Não | 1(1,7) | - | 0(0) | - | 0(0) | - | 1(0,8) | - | 1(5) | - | 0(0) | - | - | | |
| | | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | 1,03 | | 1,15 | | 1,00 | | | |
| As chances de um paciente parar de fumar aumentam se um profissional de saúde aconselha-lo a parar de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 56(95) | 0,99 | 149(90,3) | 1,05 | 87(92,5) | 1,02 | 118(90,8) | 1,05 | 19(95) | 1,00 | 186(91,2) | 1,05 | 1,00 | | |
| Não | 3(5) | - | 16(9,7) | - | 7(7,5) | - | 12(9,2) | - | 1(5) | - | 18(8,8) | - | - | | |
| | | 1,11 | | 1,14 | | 1,14 | | 1,14 | | 1,15 | | 1,13 | | | |
| Os profissionais de saúde que fumam são menos propensos a aconselhar os pacientes a pararem de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 34(57,6) | 1,29 | 105(63,6) | 1,29 | 46(48,9) | 1,41 | 93(71,5) | 1,22 | 7(35) | 1,45 | 132(64,7) | 1,29 | <0,05 | | |
| Não | 25(42,6) | - | 60(36,4) | - | 48(51,1) | - | 37(28,5) | - | 13(65) | - | 72(35,3) | - | - | | |
| | | 1,55 | | 1,44 | | 1,62 | | 1,36 | | 1,85 | | 1,42 | | | |
| Os profissionais de saúde que usam outros produtos do tabaco têm menor probabilidade de aconselhar os pacientes a pararem de fumar? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 36(61) | 1,26 | 108(65,5) | 1,27 | 55(58,5) | 1,32 | 89(68,5) | 1,24 | 9(45) | 1,35 | 135(66,2) | 1,27 | 0,059 | | |
| Não | 23(39) | - | 57(34,5) | - | 39(41,5) | - | 41(31,5) | - | 11(55) | - | 69(33,8) | - | - | | |
| | | 1,52 | | 1,42 | | 1,52 | | 1,39 | | 1,75 | | 1,40 | | | |

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de p≤0,05

Currículo/Treinamento

No que diz respeito ao currículo, 214 (95,5%) participantes da pesquisa mencionaram ter adquirido conhecimento sobre os malefícios do tabaco durante a sua formação na universidade. Entretanto, apenas 129 (57,6%) discutiram as razões pelas quais as pessoas fumam.

No tocante ao atendimento dos pacientes, a maioria dos alunos (92,9% - 208) reconheceu que é importante registrar o consumo do tabaco como parte do histórico do paciente e 116 (51,8%) afirmaram que foram ensinados sobre a importância em fornecer materiais educacionais que auxiliem no processo de cessação desse hábito. Contudo, uma proporção pequena de estudantes (12,5% - 28) alegou ter recebido alguma forma de treinamento formal sobre cessação do tabagismo para os pacientes.

Em termos de métodos de auxílio à cessação do tabagismo, 120 (53,6%) universitários já ouviram falar de terapias de reposição de nicotina em programas de cessação do tabaco e 70 (31,3%) do uso de antidepressivos nessas modalidades de tratamento (Tabela 6).

Tabela 6. Currículo/treinamento

| VARIÁVEL | N | % | IC 95% | P ^a |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-------------|----------------|
| Durante sua formação na universidade você foi ensinado, em alguma de suas aulas, sobre os perigos do tabagismo? | | | | |
| Sim | 214 | 95,5 | 92,9 – 97,8 | <0,05 |
| Não | 10 | 4,5 | 2,2 – 7,1 | |
| Durante sua formação na universidade você discutiu, em alguma de suas aulas, as razões pelas quais as pessoas fumam? | | | | |
| Sim | 129 | 57,6 | 51,4 – 64,3 | <0,05 |
| Não | 95 | 42,4 | 35,7 – 48,6 | |
| Durante sua formação na universidade você aprendeu que é importante registrar o histórico do uso do tabaco como parte do histórico médico geral do paciente? | | | | |
| Sim | 208 | 92,9 | 89,3 – 96,0 | <0,05 |
| Não | 16 | 7,1 | 4,0 – 10,7 | |
| Durante sua formação na universidade você já recebeu algum treinamento formal em abordagens de cessação do tabagismo para usá-las com pacientes? | | | | |
| Sim | 28 | 12,5 | 8,5 – 17,00 | <0,05 |
| Não | 196 | 87,5 | 83,0 – 91,5 | |
| Durante a sua formação na universidade você aprendeu que é importante fornecer materiais educacionais para apoiar a cessação do tabagismo a pacientes que querem parar de fumar? | | | | |
| Sim | 116 | 51,8 | 45,5 – 58,5 | 0,640 |
| Não | 108 | 48,2 | 41,5 – 54,5 | |
| Você já ouviu falar de uso de terapias de reposição de nicotina em programas de cessação de tabaco (como remendo de nicotina ou goma)? | | | | |
| Sim | 120 | 53,6 | 46,9 – 59,8 | 0,316 |
| Não | 104 | 46,4 | 40,2 – 53,1 | |
| Você já ouviu falar no uso de antidepressivos em programas de cessação de tabaco? | | | | |
| Sim | 70 | 31,3 | 25,0 – 37,9 | <0,05 |
| Não | 154 | 68,8 | 62,1 – 75,0 | |

^a Teste do qui-quadrado baseado em valor de $p \leq 0,05$

Regressão Logística Binária

Os modelos de regressão logística binária mostraram que o uso atual do cigarro foi significativamente associado apenas à influência de terceiros ao iniciar o hábito de fumar ($P=0.001$, $OR=7.708$, $IC95\%=2.347-25.316$) (Tabela 7).

Tabela 7. Associação entre o uso atual do tabaco com Sexo, Influência ao iniciar o hábito de fumar, Aplicação da lei antitabaco no ambiente universitário e Propensão dos profissionais que fumam cigarro e outros produtos do tabaco em aconselhar os pacientes

| Variável | Uso atual do tabaco | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|----------------|
| | P | OR | IC 95% |
| Sexo (0: Feminino; 1: Masculino) | 0.100 | 2.646 | 0.829 - 8.450 |
| Influência ao iniciar o hábito de fumar (0: Não sofreu influência; 1: Sofreu influência de outros) | 0.001 | 7.708 | 2.347 - 25.316 |
| Aplicação da lei antitabaco no ambiente universitário (0: A lei é aplicada; 1: A lei não é aplicada) | 0.867 | 1.205 | 0.137 - 10.593 |
| Os profissionais que fumam cigarro são menos propensos em aconselhar os pacientes? (0: Sim; 1: Não) | 0.281 | 2.810 | 0.430 - 18.379 |
| Os profissionais que utilizam outros produtos do tabaco são menos propensos em aconselhar os pacientes? (0: Sim; 1: Não) | 0.733 | 1.383 | 0.215 - 8.876 |

Discussão

Este estudo transversal foi conduzido para avaliar a relação dos estudantes de odontologia de uma universidade do nordeste brasileiro com o tabaco e seus produtos. Foi constatado que 42% dos universitários já experimentaram o cigarro pelo menos uma vez e que 8,9% são usuários atuais, todos tabagistas ocasionais. As taxas de experiência e de uso atual diferiram no Brasil e no mundo. No Rio de Janeiro, 60% dos universitários já tinham experimentado o cigarro e 20% eram usuários atuais, dados semelhantes aos encontrados em Campo Grande.^{16,17} Ao redor do mundo, verificou-se no Irã que 54,2% dos futuros cirurgiões-dentistas já experimentaram tabaco e no Texas, Estados Unidos, 33% eram usuários atuais.^{10,11}

Quando perguntados sobre a idade em que experimentaram o cigarro pela primeira vez e a influência que receberam, a maioria dos alunos usuários atuais fizeram o primeiro uso na adolescência, tendo como influência os amigos e familiares. A literatura relata que o hábito do tabagismo se inicia mais comumente durante a adolescência ou na idade adulta jovem, período onde há um intenso interesse pela socialização e aceitação, o que, sem dúvida, irá intervir na formação da identidade

adulta. Além disso, as principais influências são os amigos e os familiares, tendo os filhos de fumantes uma maior propensão, reforçando a ideia de que o modelo constitui um fator de importância na determinação do hábito de fumar.^{18,19,20} No Brasil, os dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde, realizados entre os anos de 2002 e 2009, revelaram que a faixa etária entre 17 e 19 anos foi a predominante para a iniciação do consumo regular dos produtos de tabaco fumado.³

As evidências científicas demonstram que intervenções feitas com o grupo de pacientes tabagistas, ainda que curtas, são eficientes.^{21,22} Uma revisão sistemática da Cochrane, de 2012, concluiu que mudanças comportamentais para a cessação do tabaco, realizadas por cirurgiões-dentistas, podem aumentar as taxas de abstinência entre usuários do cigarro e usuários de outros derivados do tabaco.²³ Diante disso, os profissionais de saúde devem trabalhar em conjunto como equipe e os profissionais de saúde bucal como membros importantes desta equipe, devem ter conhecimento suficiente, incluindo informações sobre os efeitos adversos do tabagismo ativo e passivo à saúde, os motivos pelos quais as pessoas fumam, bem como sobre métodos efetivos de prevenção e aconselhamento para cessação. Para poder cumprir esta importante responsabilidade, eles também precisam de atitudes positivas e habilidades necessárias.^{5,6,7}

Em relação às atitudes frente às políticas de controle do tabagismo, nossos resultados estão em concordância com outros estudos realizados no Brasil e no mundo.^{2,9,16,17,24} Mais de 95% dos estudantes concordaram que os profissionais da saúde devem receber treinamentos específicos sobre técnicas de cessação, quase 100% julgaram que os pacientes devem ser aconselhados rotineiramente sobre parar o uso do tabaco e cerca de 90% creem que as chances da cessação aumentam se o aconselhamento partir de um profissional da saúde. A legislação brasileira, através da portaria Nº 571, de 5 de abril de 2013, estabelece que os profissionais de saúde da rede pública devem receber formação profissional e educação permanente a fim de prevenir, identificar e tratar os tabagistas.²⁵

Os profissionais de saúde, incluindo os cirurgiões-dentistas, são altamente respeitados e são fontes confiáveis de informação e aconselhamento em assuntos relacionados à saúde.^{1,2,26} Muitos são influentes líderes comunitários e são considerados modelos para a sociedade.²⁷ Mais de 90% dos participantes dessa

pesquisa se veem e veem os outros estudantes de odontologia como modelos para os seus pacientes; entretanto, apenas 62,1% responderam que os profissionais tabagistas são menos propensos a aconselhar os pacientes a cessarem o hábito. No Brasil, a visão dos estudantes como modelos para os seus pacientes variou de 65% em Florianópolis a 75% em João Pessoa e Rio de Janeiro.^{16,17}

Em relação ao treinamento recebido durante a graduação, 95,5% dos alunos afirmaram ter recebido ensinamentos sobre os malefícios do tabagismo, 57,6% discutiram em aula as razões pelas quais as pessoas fumam e 92,9% sabem que é importante registrar essa doença como parte do histórico do paciente. Porém, apenas 12,5% receberam algum tipo de treinamento formal em abordagens de cessação do tabagismo, o que pode refletir na falta de informação desses sobre o uso de terapias de reposição de nicotina e da utilização de antidepressivos em programas de cessação. Resultados semelhantes foram encontrados em outras cidades brasileiras que utilizaram a mesma metodologia de estudo. A taxa de alunos que receberam treinamento formal foi de 5% em João Pessoa, 13% em Florianópolis e 19% no Rio de Janeiro.^{16,17}

A intervenção no controle do tabaco deve assumir duas formas: evitar que os indivíduos comecem a fumar ou usar outros produtos do tabaco e ajudar os usuários atuais a parar.²⁸ Os futuros cirurgiões-dentistas acreditam ter um papel em ambas as prevenções - o que envolve educação do paciente - e cessação - que envolve aconselhamento.^{2,9,16,17,24} Cumprir esses papéis significa, principalmente, certificar-se de que os centros educacionais estão qualificando os seus alunos, incluindo nos seus currículos disciplinas que abordem esses aspectos. Os acadêmicos precisam se formar conscientes e treinados para exercer esse papel de educar e aconselhar não só na academia, mas com a confiança de seguir pondo em prática durante a vida profissional.²⁹

Conclusão

Em conclusão, nosso estudo revelou que, apesar dos alunos de odontologia possuírem conhecimentos sobre os malefícios do tabaco, ainda há uma falha significativa no treinamento desses futuros profissionais em relação à prevenção e

combate ao tabagismo. Faz-se necessária a interação entre as instituições de ensino e as organizações de saúde para que juntas possam implementar programas que visem treinar esses estudantes sobre o aconselhamento e técnicas de cessação do tabagismo.

REFERÊNCIAS

- 1- Jemal A, Thun MJ, Ries LA, Howe HL, Weir HK, Center MM, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use, and tobacco control. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100:1672-94.
- 2- Musskopf ML, Fiorini T, Haddad DC, Susin C. Tobacco use and smoking cessation among third-year dental students in southern Brazil. *Int Dent J.* 2014;64:312-7.
- 3- Instituto Nacional de Câncer. A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009 / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Inca, 2011.
- 4- World Health Organization. Toolkit for oral health professionals to deliver brief tobacco interventions in primary care. Geneva: World Health Organization; 2017.
- 5- Agaku IT, Ayo-Yusuf OA. A global assessment of knowledge of dental students about nicotine replacement therapy: findings from 43 countries. *Eur J Dent Educ.* 2014 Aug;18:154-61.
- 6- Keshavarz H, Jafari A, Khami MR, Virtanen JI. Passive smoking and attitudes towards tobacco control programs among Iranian dental students. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14:3635-9.
- 7- Lorenzo-Pouso AI, Pérez-Sayáns M, Pérez-López D, Otero-Rey EM, García-García A, Blanco-Carrión A. Knowledge About the Relation Between Tobacco and Disease and the Attitude Toward Advising the Cessation of Its Consumption Among a Group of Spanish Dental Students. *J Cancer Educ.* 2017;9.
- 8- Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 13:5084.

9- Warren, C.W.; Sinha, D.N.; Lee, J.; Lea, V.; Jones, N.; Asma, S. Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling training of dental students around the world. *J. Dent. Educ.* 2011, 75:385–405.

10- Tamí-Maury I, Silva-Vetri MG, Marcano-Caldera M, Baasch A, Prokhorov AV. Smoking behavior among third year dental students in Latin American countries: prevalence, perceptions, and risk factors. *Salud Publica Mex.* 2017; 59:45-53.

11- Ghasemi H, Khami MR, Virtanen JI, Vehkalahti MM. Does Smoking Hamper Oral Self-Care Among Dental Professionals? *J Dent (Tehran)*. 2015;12:333-9.

12- GTSS Collaborative Group. Tobacco use and cessation counselling: Global Health Professionals Survey Pilot Study, 10 countries, 2005. *Tob Control.* 2006; 54:505-509.

13- World Health Organization. WHO/CDC Global Health Professional Survey (GHPS). <http://www.who.int/tobacco/surveillance/ghps/en/>. Acessado em 10 de Julho de 2016.

14- Warren, C.W.; Jones, N.R.; Chauvin, J.; Peruga, A. Tobacco use and cessation counselling: Cross-country. Data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005–2007. *Tob. Control.* 2008; 17:238–247.

15- Paceli, R.; Martins, S.; Prado, G.; Morais, A.; Lombardi, E.; Fernandes, F.; Terra-Filho, M.; Santos, V. Prospective analysis among medical school of University of São Paulo: GHPSS (2008/2011). *European Respiratory Journal.* 2012; 40: 4062.

16- Instituto Nacional de Câncer. Pesquisa Nacional Vigilância do Tabagismo em Universitários da Área de Saúde, 2007. <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/pesquisacancer/29deagosto20073.pdf>. Acessado em 18 de Outubro de 2017

17- Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, Global Tobacco Surveillance System Data (GTSSData). URL:<https://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/gtssdata/index.html>. Acessado em 18 de Julho de 2017.

- 18- Kobus K. Peers and adolescent smoking. *Addiction*. 2003; 98:37-55.
- 19- Kennedy DP, Tucker JS, Pollard MS, Go MH, Green Jr. HD. Adolescent romantic relationships and change in smoking status. *Addict Behav*. 2011;36:320-6.
- 20- Gwon SH, Yan G, Huang G, Kulbok PA. The influence of tobacco retailers on adolescent smoking: prevention and policy implications. *Int Nurs Rev*. 2017.
- 21- Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012; 107:1066-73.
- 22- Amemori M, Virtanen J, Korhonen T, Kinnunen TH, Murtomaa H. Impact of educational intervention on implementation of tobacco counselling among oral health professionals: a cluster-randomized community trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013; 41:120-9.
- 23- Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 13:5084.
- 24- Aslam, S. K., Mehboob, B., Zaheer, S. and Shafique, K. Awareness and support for anti-tobacco policies among health professional students in Pakistan: findings from the global health professional students survey, 2011. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 2014.
- 25- BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil*. Brasília, 2013.
- 26- Levy D, de Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. *PLoS Med*. 2012;9:1001-336.

27- World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2017. Tobacco Free Initiative (TFI). <http://www.who.int/tobacco/en/>. Acessado em 15 de Julho de 2017.

28- Weaver RG, Whittaker L, Valachovic RW, Broom A. Tobacco control and prevention effort in dental education. *J Dent Educ.* 2002; 66:426-429.

29- West R, Raw M, McNeill A, Stead L, Aveyard P, Bitton J, Stapleton J, McRobbie H, Pokhrel S, Lester-George A, Borland R. Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. *Addiction.* 2015;110:1388-403.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



“ESTUDO DE PREVALÊNCIA SOBRE O USO E EXPOSIÇÃO AO TABACO POR ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO”

Pesquisador responsável: Augusto César Leal da Silva Leonel

QUESTIONÁRIO

Caro estudante,

Ao responder a este questionário você vai nos ajudar a entender como os estudantes universitários vivem particularmente em relação ao uso e exposição ao tabaco.

Por favor, não escreva seu nome neste questionário. Portanto, ninguém será capaz de identificar quem o completou.

Por favor, responda honestamente todas as perguntas e na ordem em que aparecem. Isto não é um teste; portanto, não há respostas "erradas" ou "certas".

Muito obrigado pela colaboração.

Conteúdo do questionário

- I. Prevalência do uso do tabaco entre os profissionais de saúde
- II. Exposição ao fumo passivo do tabaco
- III. Atitudes
- IV. Comportamento / Cessação
- V. Currículo / Treinamento
- VI. Demografia

I. Prevalência do uso de tabaco entre os profissionais da saúde

1. Alguma vez você já tentou ou experimentou o cigarro, mesmo um ou dois tragos?

- A. Sim B. Não

2. Quantos anos você tinha quando experimentou um cigarro pela primeira vez?

- A. Nunca fumei cigarros B. 10 anos ou menos C. Entre 11-15 anos
 D. Entre 16-17 anos E. Entre 18-19 anos F. Entre 20-24 anos
 G. Entre 25-29 anos H. 30 anos ou mais

3. Você sofreu alguma influência ao iniciar o hábito de fumar?

- A. Nunca fumei cigarros B. Não tive nenhuma influência
 C. Influência de familiares D. Influência de amigos/colegas E. Influência da mídia

4. Durante os últimos 30 dias (um mês), em quantos dias você fumou cigarros?

- A. 0 dias B. 1 ou 2 dias C. 3 a 5 dias D. 6 a 9 dias

E. 10 a 19 dias F. 20 a 29 dias G. Todos os 30 dias

5. Você já fumou cigarros nas instalações/propriedades da universidade?

- A. Nunca fumei cigarros B. Sim
C. Não dentro das instalações/propriedades da universidade

6. Você já usou tabaco para mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos?

- A. Sim B. Não

7. Durante os últimos 30 dias (um mês), em quantos dias você usou tabaco para mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos?

- A. 0 dias B. 1 ou 2 dias C. 3 a 5 dias D. 6 a 9 dias
E. 10 a 19 dias F. 20 a 29 dias G. Todos os 30 dias

8. Você já usou tabaco de mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos nas instalações / propriedades da universidade?

- A. Eu nunca usei tabaco de mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos
B. Sim C. Não dentro das instalações/propriedades da universidade

II. Exposição ao fumo passivo do tabaco

9. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias as pessoas fumaram onde você mora, na sua presença?

- A. 0 dias B. 1 a 2 dias C. 3 a 4 dias D. 5 a 6 dias
E. Todos os 7 dias

10. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias as pessoas fumaram em sua presença em lugares diferentes de onde você mora?

- A. 0 dias B. 1 a 2 dias C. 3 a 4 dias D. 5 a 6 dias
E. Todos os 7 dias

11. Sua universidade tem uma política oficial proibindo fumar em prédios escolares e clínicas?

- A. Sim, somente para prédios escolares B. Sim, apenas para clínicas
C. Sim, para edifícios escolares e clínicas D. Nenhuma política oficial
E. Não sei

12. A proibição oficial de fumar na sua universidade é aplicada?

- A. Sim, a política é aplicada B. Não, a política não é aplicada
C. A Universidade não tem uma política oficial D. Não sei

III. Atitudes

13. Deveria haver uma proibição total da publicidade dos produtos do tabaco?

- A. Sim B. Não

14. Os profissionais de saúde devem receber treinamento específico sobre técnicas de cessação do tabaco?

- A. Sim B. Não

15. Os profissionais de saúde servem como "modelos" para seus pacientes e para o público?

- A. Sim B. Não

16. Os profissionais de saúde devem rotineiramente aconselhar seus pacientes que fumam a parar de fumar?

- A. Sim B. Não

17. Os profissionais de saúde devem rotineiramente aconselhar rotineiramente seus pacientes que usam outros produtos do tabaco a parar de usar esses produtos?

- A. Sim B. Não

18. Os profissionais de saúde têm um papel em dar conselhos ou informações sobre a cessação do tabagismo aos pacientes?

- A. Sim B. Não

19. As chances de um paciente parar de fumar aumentam se um profissional de saúde aconselha-lo a parar de fumar?

- A. Sim B. Não

IV. Comportamento / Cessação

20. Quanto tempo, depois de acordar, você fuma seu primeiro cigarro?

- A. Nunca fumei cigarros B. Atualmente não fumo cigarros
 C. Menos de 10 minutos D. 10-30 minutos
 E. 31-60 minutos F. Após 60 minutos G. Apenas experimentei no passado

21. Você quer parar de fumar cigarros agora?

- A. Nunca fumei cigarros B. Eu não fumo agora
 C. Sim D. Não E. Apenas experimentei no passado

22. Durante o último ano, você já tentou parar de fumar cigarros?

- A. Nunca fumei cigarros B. Eu não fumei durante o ano passado
 C. Sim D. Não E. Apenas experimentei no passado

23. Há quanto tempo você parou de fumar cigarros?

- A. Nunca fumei cigarros B. Eu não parei de fumar cigarros
 C. Menos de 1 mês D. 1-5 meses
 E. 6 - 11 meses F. Um ano
 G. 2 anos H. 3 anos ou mais I. Apenas experimentei no passado

24. Alguma vez você já recebeu ajuda ou conselhos para orientá-lo a parar de fumar cigarros?

- A. Nunca fumei cigarros B. Sim C. Não

25. Você quer parar de usar tabaco de mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos agora?

- A. Eu nunca usei tabaco de mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos
 B. Eu não uso tabaco de mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos agora
 C. Sim D. Não

26. Os profissionais de saúde que fumam são menos propensos a aconselhar os pacientes a pararem de fumar?

- A. sim B. Não

27. Os profissionais de saúde que usam outros produtos do tabaco (tabaco para mascar, rapé, narguile, charutos ou cachimbos) têm menor probabilidade de aconselhar os pacientes a pararem de fumar?

- A. Sim B. Não

V. Currículo / Treinamento

28. Durante sua formação na universidade você foi ensinado, em alguma de suas aulas, sobre os perigos do tabagismo?

- A. Sim B. Não

29. Durante sua formação na universidade você discutiu, em alguma de suas aulas, as razões pelas quais as pessoas fumam?

- A. Sim B. Não

30. Durante sua formação na universidade você aprendeu que é importante registrar o histórico do uso do tabaco como parte do histórico médico geral do paciente?

- A. Sim B. Não

31. Durante sua formação na universidade você já recebeu algum treinamento formal em abordagens de cessação do tabagismo para usá-las com pacientes?

- A. Sim B. Não

32. Durante a sua formação na universidade você aprendeu que é importante fornecer materiais educacionais para apoiar a cessação do tabagismo a pacientes que querem parar de fumar?

- A. Sim B. Não

33. Você já ouviu falar de uso de terapias de reposição de nicotina em programas de cessação de tabaco (como remendo de nicotina ou goma)?

- A. Sim B. Não

34. Você já ouviu falar no uso de antidepressivos em programas de cessação de tabaco?

- A. Sim B. Não

VI. Demografia

35. Quantos anos você tem?

- A. Menos de 18 anos
B. 19 a 24 anos
C. 25 a 29 anos
D. 30 anos ou mais

E. Nono período

F. Décimo período

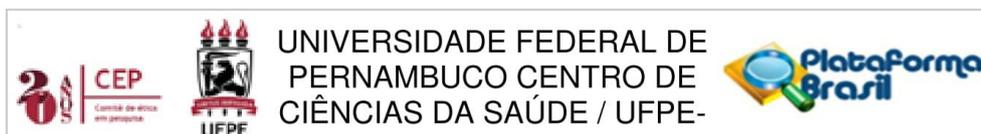
36. Qual o seu sexo?

- A. Feminino
B. Masculino

37. Qual é o seu período no curso?

- A. Quinto período
B. Sexto período
C. Sétimo período
D. Oitavo período

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DE PREVALÊNCIA SOBRE O USO E EXPOSIÇÃO AO TABACO POR ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE

Pesquisador: Augusto César Leal da Silva Leonel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63685317.4.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.928.269

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado “ESTUDO DE PREVALÊNCIA SOBRE O USO E EXPOSIÇÃO AO TABACO POR ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO”, será desenvolvido pelo estudante Augusto César Leal da Silva Leonel Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPE, sob a orientação do Prof. Dr. Danyel Elias da Cruz Perez. O presente estudo propõe aplicar o GHPSS (Global Health Professions Student Survey) adaptado para determinar a prevalência de alunos tabagistas ativos e passivos. O GHPSS foi desenvolvido pela OMS para coletar dados sobre o uso do tabaco e o aconselhamento da sua cessação entre alunos das áreas de saúde em todos os Estados membros. A amostra foi calculada, considerando a prevalência de tabagismo no grupo estudado de 13,3%, chegando a um total 600 alunos, do terceiro ano, de cursos da área de saúde (odontologia, medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, terapia ocupacional e fonoaudiologia) da UFPE, campus Recife.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: determinar a prevalência do tabagismo ativo e passivo entre alunos a partir do terceiro ano de cursos de graduação da área de saúde da Universidade Federal de Pernambuco- Campus Recife, além de avaliar o grau de consciência desses futuros profissionais na formação do comportamento saudável dos pacientes frente ao tabagismo.

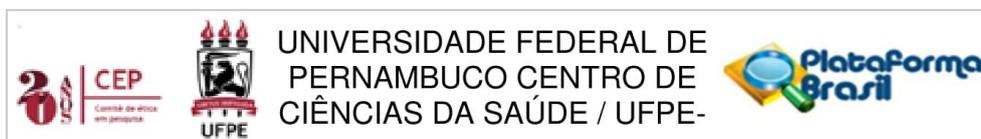
Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.928.269

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o perfil epidemiológico dos estudantes dos cursos de odontologia, medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, terapia ocupacional e fonoaudiologia e padrões do uso e exposição ao tabaco;
- Avaliar a influência desses estudantes da área de saúde na cessação do tabagismo dos seus pacientes;
- Pesquisar a prevalência e a existência de possíveis fatores associados ao uso e exposição ao tabaco entre os estudantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador apresenta a descrição dos riscos e benefícios, considerando que o estudo tem risco mínimo, que seria o desconforto e/ou constrangimento por responder às perguntas do questionário. Entretanto, este risco pode ser minimizado porque o questionário será aplicado em sala de aula ou ainda a pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento.

Como benefício direto, salienta-se que os participantes poderão ficar mais atentos aos malefícios do uso do tabaco e seus derivados, os riscos à exposição passiva desses produtos e a importância do profissional da saúde na cessação do hábito de fumar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

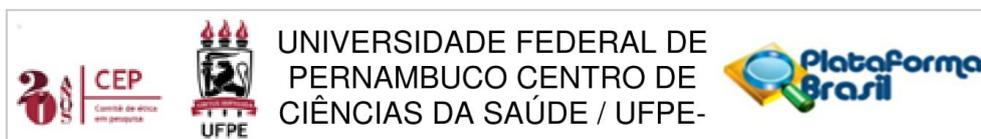
Os pesquisadores argumentam que estudantes da área da saúde podem criar ações nas clínicas escola e em instalações onde fazem estágios, realizando promoção de saúde. Eles podem aconselhar sobre a iniciação do hábito deletério, e orientar o abandono para os que já fazem o uso; porém, essas atitudes se tornam mais difíceis se os mesmos são tabagistas. O projeto de pesquisa apresenta uma temática relevante, escrita clara e detalhada, aparentando cuidado e rigor na apresentação de todos os elementos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram os seguintes termos e/ou documentos exigidos pela Resolução 466/12:

- Apresenta carta de anuência assinada pelo coordenador ou chefe do departamento dos oito cursos da área de saúde da UFPE, a saber: Odontologia, Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Farmácia.
- Folha de rosto assinada pela Vice coordenação da Pós Graduação em Odontologia da UFPE.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.928.269

- Comprovante de vínculo com o Mestrado em Odontologia da UFPE
- TCLE para maiores de 18 anos.
- Termo de compromisso e confidencialidade.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

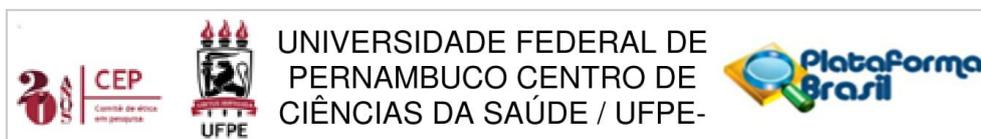
Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.928.269

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_852652.pdf | 12/01/2017 10:50:10 | | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderostro.pdf | 12/01/2017 10:41:48 | Augusto César Leal da Silva Leonel | Aceito |
| Outros | SIGAUPE.pdf | 11/01/2017 12:02:59 | Augusto César Leal da Silva Leonel | Aceito |
| Outros | LattesDanyelElias.pdf | 11/01/2017 12:00:25 | Augusto César Leal da Silva Leonel | Aceito |
| Outros | lattes.pdf | 11/01/2017 11:58:09 | Augusto César Leal da Silva Leonel | Aceito |
| Outros | printsiga.docx | 11/01/2017 11:57:21 | Augusto César Leal da Silva Leonel | Aceito |
| Outros | termoconfidencialidade.pdf | 11/01/2017 11:56:12 | Augusto César Leal da Silva Leonel | Aceito |
| Outros | cartasanuencia.pdf | 11/01/2017 11:55:08 | Augusto César Leal da Silva Leonel | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tclemaiores18.doc | 11/01/2017 11:53:09 | Augusto César Leal da Silva Leonel | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoCompleto.docx | 11/01/2017 11:52:20 | Augusto César Leal da Silva Leonel | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.docx | 11/01/2017 11:51:17 | Augusto César Leal da Silva Leonel | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.docx | 11/01/2017 11:50:02 | Augusto César Leal da Silva Leonel | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 16 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO C- NORMAS DAS REVISTAS

Nicotine e Tobacco Research

Instructions to Authors

Nicotine & Tobacco Research is the official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. The articles published in the journal focus primarily on the neurobiology, psychology, epidemiology of nicotine and tobacco use, clinical aspects of the subject particularly with regard to interventions in tobacco cessation, and issues concerned with tobacco policy and public health related to nicotine and tobacco use and dependence.

All material to be considered for publication in Nicotine & Tobacco Research should be submitted in electronic form via [ScholarOne Manuscripts](#), the journal's online submission site.

If you experience any problems during the online submission process please consult the [Author's User Guide](#), which provides detailed submission instructions on how to submit your paper. Alternatively, please contact the journal's [Managing Editor](#), who will be pleased to assist you.

Types of Submissions

The journal publishes five categories of manuscripts:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|
| 1. | Original | Investigation |
| An empirical report of data collected and analyzed. This type of paper will normally report a substantial piece of original work. | | |

Sections for main manuscript document: Introduction, Methods, Results, Discussion, Acknowledgments, References.

This submission will normally not exceed 4,000 words of text with a 250-word abstract and no more than 4 figures and tables combined (multi-part figures count as separate figures). The number of references should not exceed 50. The abstract should be structured as follows: Introduction, Methods, Results, and Conclusions. If authors wish to submit articles that exceed these limits significantly, they should contact the Editor-in-Chief before submission. If the

request has been approved please indicate this in the cover letter. The 4,000-word limit does not include the title page, abstract, or references.

- 2. Review**
Scholarly review of literature, identifying trends or gaps in literature, providing new synthesis, and outlining future directions.

This submission will normally not exceed 6,000 words of text with a 250-word abstract and no more than 4 figures and tables combined; tables longer than 1 page will be published as online-only supplementary material. The number of references should not exceed 100. If authors wish to submit articles that exceed these limits significantly, they should contact the Editor-in-Chief before submission. If the request has been approved please indicate this in the cover letter. Authors considering submitting this type of article to the journal might find it useful to contact the Editor-in-Chief before embarking on the preparation the review for advice on whether or not the proposed review discusses an issue or issues which the Editorial Board are likely to consider to be of general interest to the readership of the journal.

- 3. Brief Report**
An empirical report preliminary or pilot data.

Sections for main manuscript document: Introduction, Methods, Results, Discussion, Acknowledgments, References.

This submission must not exceed 2,000 words of text with a 250-word abstract and no more than 2 figures and tables combined; tables longer than one page will be published as online-only supplementary material. The abstract should be structured as follows: Introduction, Methods, Results, and Conclusions. The number of references should not exceed 20.

- 4. Commentary**
Extended discussion of a published paper or editorial comment about relevant topic; most are invited; inquire about topic before submitting. The number of references should not exceed 20.

- 5. Letter to the Editor**
Brief discussion, review, or reanalysis of published paper; should be data-based. Authors of critiqued papers will be invited to provide a response, which will be published concurrently.

Letters should be no more than 1,000 words, figures/tables should not be included, and the number of references should not exceed 10.

How to Format Your Manuscript

Manuscripts must include the sections listed below in the order they are presented. All word limits include citations within the text. The entire text should be double-spaced. Submitting an incomplete manuscript will cause a delay in review. The journal conforms to the AMA Manual of Style, 10th Edition. For publication, manuscripts must conform to the journal's style. Do not incorporate any footer or headers in your submission. Turn off Track Changes. Do not include line numbers. Do not include footnotes.

Manuscript Structure

1. Title page. This should list the title of the article and the full names and institutional addresses for all authors. Each author's highest academic degree should follow his/her name. The e-mail address of the corresponding author should also be included.

2. Abstract. For original investigations and brief reports, the abstract is limited to 250 words and should be structured as follows: Introduction, Methods, Results, and Conclusions. Please ensure that the conclusion of your abstract captures the main message of your article in an accurate, clear, concise, stand-alone statement. Abstracts for reviews are also limited to 250 words but the sub-headings may differ. Commentaries and letters do not require abstracts.

3. Implications. Provide a brief description about what the study adds (50-100 words).

4. Main Text. Use the guidelines in the Types of Articles table to structure the sections. Original Investigations and Brief Report sections are: Introduction, Methods, Results, and Discussion. Use a maximum of three level headings. For example:

HEADING 1: Uppercase, large font, bold

- **Heading 2:** Lower case, standard size font, bold
- **Heading 3:** Lower case, standard size font, italicized

5. Funding. List all sources of funding for the research. See Funding for further details.

6. Declaration of Interests. All authors must declare any conflicts of interest. When submitting your manuscript via ScholarOne Manuscripts, you will be asked whether you have any conflicts of interest. As submitting author, it is your responsibility to ascertain any conflicts of interest from your co-authors and to declare these accordingly. See Declaration of Interests for further details.

7. Acknowledgments. This section is for acknowledging individuals and institutions whose assistance and support the authors wish to mention.

8. References. The journal uses American Medical Association (AMA) style as laid out in the AMA Manual of Style (10th edition). References should be cited with numbers and then listed in numerical order at the end of the paper.

- The journal titles should be abbreviated.
- For references with more than six authors, provide the names of the first three authors and then add et al.
- Include the doi numbers for content published online ahead of print, when full issue pagination is not yet available.

9. Tables. Tables longer or wider than one published page will be included as online-only Supplementary Material accessed through the journal archive, but not published in the journal's print or online PDF versions. Include tables at the end of the main manuscript, created in Word, using the table function. Follow these rules:

- Do not create a table using only tabs or spaces to create columns.
- Do not create a table in Excel and embed it in a Word document. If you export a table from Excel, import it into the Tables function and format it for Word.
- Do not use features such as Word Art in tables.
- Mention the tables in the main text, but do not note in the manuscript where tables and figures should be inserted.
- Tables should not duplicate material contained in the main text.
- Number the tables consecutively, as they should appear in the text.
- Note: Do not note in the manuscript where tables and figures should be inserted, but refer to them as they relate to the text (for example: "Table 1 lists the subject characteristics..." or "Group differences are depicted in Figure 2...").
- Note: For all experiments/analyses where appropriate (e.g., human laboratory studies, clinical trials, etc.), add a statement to the manuscript in the methods section confirming whether or not you have reported all measures, conditions, and data exclusions, as well as how sample sizes were determined. Provide detailed explanations, as needed. For more information, refer to the N&TR editorial on statistical reporting.

Journal of Dental Education

The Journal of Dental Education (JDE) is a peer-reviewed monthly journal that publishes a wide variety of educational and scientific research in dental, allied dental and advanced dental education. Published continuously by the American Dental Education Association since 1936 and internationally recognized as the premier journal for academic dentistry, the JDE publishes articles on such topics as curriculum reform, education research methods, innovative educational and assessment methodologies, faculty development, community-based dental education, student recruitment and admissions, professional and educational ethics, dental education around the world and systematic reviews of educational interest. The JDE is one of the top scholarly journals publishing the most important work in oral health education today; it celebrated its 80th anniversary in 2016.

For submission information, please review all instructions below, including manuscript types, requirements and policies, document preparation and submission procedures. We also encourage you to view this video to learn more about ways to publish your work in the JDE.

I. Types of Manuscripts Considered and Requirements for Each

The Editor will consider the following types of manuscripts for publication:

Submissions for Peer Review:

- Original Articles (see below for categories within this type)
- Review Articles

Solicited or Pre-approved by the Editor:

- Letters to the Editor (solicited or pre-approved by the Editor)
- Guest Editorials (solicited by the Editor)
- Perspectives (pre-approved by the Editor)
- Brief Communications (pre-approved by the Editor)
- Point/Counterpoint (solicited by the Editor)

Special Reports:

- Miscellaneous (submitted by ADEA staff)

Submissions for Peer Review

1. Original Articles

This type of article addresses subject matter in the following categories:

- a. Predoctoral Dental Education
- b. Advanced Dental Education
- c. Allied Dental Education
- d. Interprofessional Education
- e. Community-Based Dental Education
- f. Global Dental Education—Manuscripts pertaining to global health education or issues pertinent to the global dental education community. (Not intended solely for submissions from international authors. International authors should submit manuscripts under pertinent topic areas provided in this section.)

- g. Use of Technology in Dental Education
- h. Assessment
- i. Faculty Issues/Development
- j. Continuing Education

Original Articles should report the results of hypothesis-based research studies and may be either qualitative, quantitative or of a mixed methods nature. Manuscripts must address how the findings advance our understanding of the questions asked in the study and make a novel contribution to the literature. The limitations of the study should also be addressed. Small studies of local relevance/interest, limited to one class/course, or small course/student-based surveys may not meet the criteria to be published as an Original Article.

Original Articles should be no more than 3,500 words, excluding the abstract, illustrations and references. A maximum of six figures and tables can be submitted (the figures can be multi-panel), and the number of references should not exceed 50 (unless the article is a systematic review).

Original Articles should have the following general organization (see “Document Preparation, Organization and Formatting” below for more detailed instructions):

Title: An informative and concise title limited to 15 words with no more than 150 characters.

Abstract: For research studies, a structured abstract of no more than 250 words should be submitted with the following subheads:

Purpose/Objectives: Briefly summarize the issue/problem being addressed.

Methods: Describe how the study was conducted.

Results: Describe the results.

Conclusion(s): Report what can be concluded based on the results, and note implications for dental education.

Abstracts for other types of manuscripts should be in paragraph form, with no subheads.

Introduction: Provide a succinct description of the study’s background and significance with references to the appropriate published literature. Detailed literature review/discussion should be reserved for the discussion section. Include a short paragraph outlining the aims of the study.

Materials and Methods: A statement that the study has been approved or exempted from oversight by a committee that reviews, approves and monitors studies involving human subjects **MUST** be provided at the beginning of this section, along with the IRB protocol number.

In this section, provide descriptions of the study design, curriculum design, subjects, procedures and materials used, as well as a description of and rationale for the statistical analysis. If the design of the study is novel, enough detail should be given for other investigators to reproduce the study. References should be given to proprietary information.

Results: The results should be presented in a logical and systematic manner with appropriate reference to tables and figures. Tables and figures should be chosen to illustrate major themes/points without duplicating information available in the text.

Discussion: This section should focus on the main findings in the context of the aims of the study and the published literature. The authors should avoid an extensive review of the literature and focus instead on how the study's findings agree or disagree with the hypotheses addressed and what is known about the subject from other studies. A reflection on new information gained, new hypotheses and limitations of the study should be included, as well as guidance for future research.

Conclusion: The article should end with a short paragraph describing the conclusions derived from the findings and implications of the study for dental education.

Acknowledgments: The acknowledgments should report all funding sources, as well as any other resources used or significant assistance.

Disclosure: Authors must disclose any financial, economic or professional interests that may have influenced the design, execution or presentation of the scholarly work. If there is a disclosure, it will be published with the article.

Clinical Trials: Any educational research studies that are designed as "clinical trials" must register the trial before submitting to the Journal of Dental Education. The registration number must be provided in the manuscript.

The studies can be registered at U.S. National Institutes of Health Clinical Trials Registry, EU Clinical Trials Register, or WHO International Clinical Trials Registry Platform.

Document Preparation, Organization and Formatting

Manuscripts submitted for consideration should be prepared in the following parts, each beginning on a new page:

Title page

Abstract and keywords

Text

Acknowledgments

References

Tables

Figures

Figure titles if figures are provided as images

Blinding. Both blinded and non-blinded manuscripts should be prepared once the original manuscript has been completed. All institutional references should be removed from the body of the manuscript and the abstract to produce the blinded version; please indicate in the file name which version is blinded.

Document Format. Create the documents on pages with margins of at least 1 inch (25 mm) and left justified with paragraphs indented with the tab key, not the space bar. Use double-spacing throughout and number the pages consecutively. Do not embed tables and figures in the body of the text but place them after the references; include callouts for each table or figure

in the text (e.g., see Table 1). Unless tables vary significantly in size, include all in one document. If any figures are large files, submit them as separate documents.

Title Page. The title page should carry 1) the title, which should be concise but descriptive, limited to 15 words and no more than 150 characters; 2) first name, middle initial and last name of each author, with his or her professional and/or graduate degrees (if no professional or graduate degrees, provide undergraduate degree); 3) an affiliations paragraph with the name of each author or coauthor and his or her job title, department and institution, written in sentence style; 4) disclaimers if any; 5) name, address, phone and email of author responsible for correspondence about the article and requests for reprints; and 6) support or sources in the form of grants, equipment, drugs, etc. See published articles for examples.

Individuals listed as authors must follow the guidelines established by the ICMJE: 1) substantial contributions to conception and design, or acquisition of data or analysis and interpretation of data; 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and 3) final approval of the version to be published. It is the submitting author's responsibility to make sure that authors have agreed to the order of authorship prior to submission.

Abstract and Key Words/MeSH terms. The second page should carry the title and an abstract of no more than 250 words. For research studies, the abstract should be in the structured form described above. Abstracts should be written in the third person, and references should not be used in the abstract. The abstract should include the year of the study and, for survey-based research, the response rate. Below the abstract, provide three to five key words or phrases that will assist indexers in cross-indexing the article and will be published with the abstract. At least three terms should come from the Medical Subject Headings listed at the National Library of Medicine. Guidelines for words found in the Medical Subject Headings can be found here. Authors should confirm these terms still exist in the Index Medicus or should search for more accurate terms if not found in our list. **NOTE:** Authors will also be prompted to identify Key Words when submitting their manuscripts in ScholarOne. These Key Words may differ from the items presented here. The Key Words identified in ScholarOne are generated from a list that will best match the submitted manuscript to a Peer Reviewer with expertise in the area(s) identified.

Text. Follow American (rather than British) English spelling and punctuation style. Spell out numbers from one to ninety-nine, with the exception of percentages, fractions, equations, numbered lists and Likert scale numbers. The body of the manuscript should be divided into sections preceded by appropriate subheads. Major subheads should be typed in capital letters at the left-hand margin. Secondary subheads should appear at the left-hand margin, be typed in upper and lower case and be boldfaced. Tertiary subheads should be typed in upper and lower case and be underlined. For authors whose first language is not English, please use a medical writer or a native English-speaking colleague to edit the manuscript prior to final submission. Manuscripts will be rejected prior to peer review if there are numerous usage or grammatical errors.

Please Note: In preparing the main document for submission, save the original file with the word "unblinded" at the end of the file name. Please also remove all author names and affiliated institutions from the original manuscript, and save this version with the word "blinded" at the end of the file name.

References. Number references consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Each source should have one number, so be careful not to repeat sources in the

reference list. Identify references by Arabic numerals, and place them in the text as superscript numerals within or at the end of the sentence. Do not enclose the numerals in parentheses, and be sure to follow American rather than British or European style conventions (e.g., the reference number follows rather than precedes commas and periods). Two important reminders: 1) references should not be linked to their numbers as footnotes or endnotes and 2) references to tables and figures should appear as a source note with the table/figure, not numbered consecutively with the references for the article.

Follow the style of these general examples. Titles of journals should be abbreviated according to the Index Medicus style. Do not use italics or boldface anywhere in the references. If the publication has one to four authors, list all of them; if there are more than four authors, list the first three followed by et al.

Book

1. Avery JK. Essentials of oral histology and embryology: a clinical approach. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 2000.

Chapter in an Edited Volume

2. Inglehart MR, Filstrup SL, Wandera A. Oral health and quality of life in children. In: Inglehart MR, Bagramian RA, eds. Oral health-related quality of life. Chicago: Quintessence Publishing Co., 2002:79-88.

Article in a Journal

3. Seale NS, Casamassimo PS. U.S. predoctoral education in pediatric dentistry: its impact on access to dental care. J Dent Educ 2003;67(1):23-9.

Report

4. Commission on Dental Accreditation. Accreditation standards for dental education programs. Chicago: American Dental Association, 2010.

Web Source

5. American Dental Hygienists' Association. Position paper: access to care. 2001. At: www.adha.org/profissues/access_to_care.htm. Accessed: November 27, 2012.