

Raissa Albuquerque de Deus

Autopercepção da saúde bucal de universitários  
fumantes, não fumantes e fumantes passivos

Brasília  
2017



Raissa Albuquerque de Deus

Autopercepção da saúde bucal de universitários  
fumantes, não fumantes e fumantes passivos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Cristine Miron Stefani

Co-orientador: Prof. Dr. Adriano de Almeida de Lima

Brasília  
2017



Aos meus pais, Márcio e Ana, à minha irmã,  
Márcia, e ao meu amor, Rodrigo.



## AGRADECIMENTOS

Ao meu bom Deus, pela Sua maravilhosa graça e pelo Seu infinito amor derramados abundantemente sobre minha vida. Obrigada por renovar minhas forças todos os dias, por guiar meus passos e por cuidar tão bem de mim. “Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas.” Romanos 11:36

Ao meu amado pai, por não ter medido esforços para me ver em lugares altos. Você é minha maior fonte de inspiração, meu referencial de amor, bondade, sabedoria, integridade, humildade e respeito. Muito obrigada, papai, por todos os ensinamentos, eles jamais serão esquecidos. Você partiu para os braços do Pai, mas sempre estará presente nos meus pensamentos e no meu coração. Saudades.

À mulher da minha vida, minha mãe, por todas as orações, que não foram poucas, por apoiar minhas decisões, por me encorajar todas as vezes que pensei em desistir, por sonhar junto comigo. Você é o meu maior exemplo de força, perseverança e fé. Meu porto seguro.

À melhor irmã do mundo, Márcia, por ser sempre tão doce e generosa comigo. Obrigada pela sua amizade, por cada palavra de incentivo, por acreditar em mim. Eu te amo muito, minha best!

Ao meu grande amor, Rodrigo, por todos os conselhos, pela cumplicidade, pelas nossas intermináveis conversas sobre estudo, pela enorme disposição em me ajudar, por ser o melhor companheiro que eu poderia ter. Obrigada por cuidar tão bem do nosso amor.

Aos meus avós, tios e primos, por confiarem em mim, torcerem pelo meu sucesso e celebrarem, junto comigo, essa grande conquista.

À querida professora Cristine, por quem tenho grande admiração e respeito, muito obrigada, por ter me apresentado ao apaixonante mundo da pesquisa científica, por todo amor e dedicação que deposita em tudo que se compromete a fazer, por ser tão amável, atenciosa e paciente comigo.

Ao professor Adriano, por toda sua contribuição durante a realização deste trabalho.

À minha grande amiga, Amanda, pela sua amizade verdadeira e fidelidade incondicional. Você, com certeza, foi um presente que a Odontologia me deu. Obrigada por ter sido compreensiva nos momentos mais difíceis, por acreditar que era possível mesmo quando eu dizia o contrário, por todo o cuidado que você teve comigo. Você e sua família fazem parte da minha história. Muito obrigada, mais muito mesmo!

Aos meus amigos João Lucas, Fabrice, Aline, Fernando, Rebecca e Lucas Simino, por me proporcionarem tantos momentos bons durante esses cinco anos de curso. Guardarei nossa amizade com todo carinho. Vocês foram incríveis!

Ao amigo e professor Lucas Tabata, pelo seu elevado grau de exigência durante as aulas teóricas e práticas. Obrigada pelas nossas inúmeras conversas, contribuíram, e muito, para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos demais professores e mestres, por todos os ensinamentos compartilhados durante as nossas clínicas. Foi uma honra trabalhar com vocês.



À Fabrice, Magmara e Cecília, por terem me ajudado a coletar os dados desta pesquisa.

À Dra. Adriana, por se mostrar disponível em ajudar, principalmente, nos meus momentos de desespero. Perdi as contas de quantas vezes pedi emprestado a chave do seu consultório.

À Universidade de Brasília, da qual tenho muito orgulho de ter sido aluna, muito obrigada por todas as oportunidades ofertadas durante esses cinco anos, inclusive a de ter conhecido pessoas tão especiais.

À todos da turma 66, sem exceções, muito obrigada!



## EPÍGRAFE

“Se fui capaz de ver mais longe, é porque me apoiei nos ombros de gigantes.”

Sir Isaac Netown



## RESUMO

ALBUQUERQUE DE DEUS, Raissa. Autopercepção da saúde bucal de universitários fumantes, não fumantes e fumantes passivos. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Este estudo teve como objetivo analisar a autopercepção da saúde bucal de universitários adultos jovens, correlacionando-a com status tabágico. Foi um estudo transversal com universitários entre 18 e 21 anos da Universidade de Brasília. Cada estudante, ao concordar em participar da pesquisa, preencheu um questionário sobre suas experiências com o tabagismo, percepção de saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico. Em seguida, cada participante expirou em um monóxímetro, aparelho que avalia a presença de monóxido de carbono na respiração, para confirmação do status tabágico autorreferido. Foram aplicados 103 questionários, dos quais 4 foram excluídos devido a discrepâncias entre o status tabágico autorreferido e o resultado do monóxímetro, restando 99 participantes (49 do sexo feminino e 50 do masculino), idade média  $18,7 \pm 1,1$  anos. Quanto ao status tabágico confirmado pelo monóxímetro, 54 (54,5%) participantes nunca fumaram nem experimentaram cigarros; 29 (29,3%) não fumavam, mas experimentaram cigarros; 6 (6,1%) não fumavam, mas fumaram no passado; e 10 (10,1%) eram fumantes. Quanto à exposição ao tabagismo passivo, 38 (38,4%) participantes se declararam expostos. Em relação à autopercepção da saúde bucal, 1,9% dos participantes não fumantes, 10% dos fumantes e 3,2% dos fumantes passivos classificaram sua saúde bucal como ruim; 5,6%, 10% e 6,4% classificaram sua necessidade de tratamento odontológico como muita, respectivamente (diferenças

estatísticas não significativas,  $\alpha=0,05$ ). Concluiu-se que a prevalência do tabagismo observada entre participantes desta pesquisa ficou abaixo da média entre universitários. Quanto à autopercepção de saúde bucal e necessidade de tratamento, não houve diferença em relação ao status tabágico.

## ABSTRACT

ALBUQUERQUE DE DEUS, Raissa. Self-perception of oral health of smoking, non-smoking and passive smoking university students. 2017. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

This study aimed to analyze the self-perception of oral health of young adult university students, correlating it with smoking status. It was a cross-sectional study with university students between 18 and 21 years old from University of Brasilia. Each academic, after agree to participate in the research, completed a questionnaire about their experiences with smoking, perception of oral health and need for dental treatment. Then, each participant expired on a monoximeter, equipment that measures the presence of carbon monoxide in the breath, to confirm the self-reported smoking status. There were administered 103 questionnaires, which 4 were excluded due to discrepancies between the self-reported smoking status and the monoximeter result, totaling 99 participants (49 were female and 50 male), mean age  $18.7 \pm 1.1$  years. About the smoking status confirmed by the monoximeter, 54 (54.5%) participants had never smoked or tried cigarettes; 29 (29.3%) did not smoke but tried cigarettes; 6 (6.1%) did not smoke but smoked in the past; and 10 (10.1%) were smokers. About the exposure to passive smoking, 38.4% declared themselves exposed. About the self-perception of oral health, 1.9% of non- smoking participants, 10% of smokers and 3.2% of passive smokers reported having bad oral health and 5.6%, 10% and 6.4% reported much need for dental treatment, respectively (statistical differences not significant,  $\alpha=0,05$ ). It was concluded that the prevalence of smoking observed among participants of this study was below the average among university

students. About the self-perception of oral health and the need for dental treatment, no difference was observed in smoking status.



## SUMÁRIO

Artigo Científico .....	19
Folha de Título.....	21
Resumo .....	22
Abstract .....	24
Introdução .....	26
Material e Métodos .....	29
Resultados .....	33
Discussão.....	39
Conclusão .....	45
Referências .....	46
Apêndices.....	49
Anexos .....	53
Normas da Revista .....	53



## ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

DE DEUS, Raissa Albuquerque; LIMA, Adriano de Almeida de; STEFANI, Cristine Miron. Autopercepção da saúde bucal de universitários fumantes, não fumantes e fumantes passivos.

Apresentado sob as normas de publicação da Revista Odontológica do Brasil-Central - ROBRAC.



## FOLHA DE TÍTULO

Autopercepção da saúde bucal de universitários fumantes, não fumantes e fumantes passivos

Self-perception of oral health of smoking, non-smoking and passive smoking university students

Raissa Albuquerque de Deus<sup>1</sup>  
Adriano de Almeida de Lima<sup>2</sup>  
Cristine Miron Stefani<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília (UnB).

<sup>2</sup> Professor Adjunto de Saúde Bucal Coletiva da Universidade de Brasília (UnB).

<sup>3</sup> Professora Adjunta de Periodontia da Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Prof. Dr. Cristine Miron Stefani  
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF  
E-mail: cmstefani@gmail.com / Telefone: (61) 99932-9778

## RESUMO

Autopercepção da saúde bucal de universitários fumantes, não fumantes e fumantes passivos

### Resumo

Este estudo teve como objetivo analisar a autopercepção da saúde bucal de universitários adultos jovens, correlacionando-a com status tabágico. Foi um estudo transversal com universitários entre 18 e 21 anos da Universidade de Brasília. Cada estudante, ao concordar em participar da pesquisa, preencheu um questionário sobre suas experiências com o tabagismo, percepção de saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico. Em seguida, cada participante expirou em um monóxímetro, aparelho que avalia a presença de monóxido de carbono na respiração, para confirmação do status tabágico autorreferido. Foram aplicados 103 questionários, dos quais 4 foram excluídos devido a discrepâncias entre o status tabágico autorreferido e o resultado do monóxímetro, restando 99 participantes (49 do sexo feminino e 50 do masculino), idade média  $18,7 \pm 1,1$  anos. Quanto ao status tabágico confirmado pelo monóxímetro, 54 (54,5%) participantes nunca fumaram nem experimentaram cigarros; 29 (29,3%) não fumavam, mas experimentaram cigarros; 6 (6,1%) não fumavam, mas fumaram no passado; e 10 (10,1%) eram fumantes. Quanto à exposição ao tabagismo passivo, 38 (38,4%) participantes se declararam expostos. Em relação à autopercepção da saúde bucal, 1,9% dos participantes não fumantes, 10% dos fumantes e 3,2% dos fumantes passivos classificaram sua saúde bucal como ruim; 5,6%, 10% e 6,4% classificaram sua necessidade de tratamento odontológico como muita, respectivamente (diferenças estatísticas não significativas,  $\alpha=0,05$ ). Concluiu-se que a prevalência do tabagismo observada entre participantes desta

pesquisa ficou abaixo da média entre universitários. Quanto à autopercepção de saúde bucal e necessidade de tratamento, não houve diferença em relação ao status tabágico.

Palavras-chave

Autoimagem; Saúde Bucal; Tabagismo

## ABSTRACT

Self-perception of oral health of smoking, non-smoking and passive smoking university students

### Abstract

This study aimed to analyze the self-perception of oral health of young adult university students, correlating it with smoking status. It was a cross-sectional study with university students between 18 and 21 years old from University of Brasilia. Each academic, after agree to participate in the research, completed a questionnaire about their experiences with smoking, perception of oral health and need for dental treatment. Then, each participant expired on a monoximeter, equipment that measures the presence of carbon monoxide in the breath, to confirm the self-reported smoking status. There were administered 103 questionnaires, which 4 were excluded due to discrepancies between the self-reported smoking status and the monoximeter result, totaling 99 participants (49 were female and 50 male), mean age  $18.7 \pm 1.1$  years. About the smoking status confirmed by the monoximeter, 54 (54.5%) participants had never smoked or tried cigarettes; 29 (29.3%) did not smoke but tried cigarettes; 6 (6.1%) did not smoke but smoked in the past; and 10 (10.1%) were smokers. About the exposure to passive smoking, 38.4% declared themselves exposed. About the self-perception of oral health, 1.9% of non- smoking participants, 10% of smokers and 3.2% of passive smokers reported having bad oral health and 5.6%, 10% and 6.4% reported much need for dental treatment, respectively (statistical differences not significant,  $\alpha=0,05$ ). It was concluded that the prevalence of smoking observed among participants of this study was below the average among university students. About the self-perception of oral health and the need for dental treatment, no difference was observed in smoking status.



## Keywords

Self Concept; Oral Health; Smoking

## INTRODUÇÃO

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 consequência do uso direto do tabaco, enquanto que cerca de 890.000 são resultado de não fumantes expostos à poluição tabágica ambiental (PTA). A PTA é a fumaça presente em ambientes fechados gerada pela queima de produtos derivados do tabaco, como cigarros, bidis e cachimbos<sup>1,2</sup>.

No Brasil, o VIGITEL 2016 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) identificou que 10,2% da população adulta são fumantes, e 7,3% dos não fumantes estão expostos à PTA no domicílio, com maior frequência entre adultos mais jovens. Embora a prevalência de fumantes no Brasil venha caindo nos últimos anos (de 15% em 2006 para 10% em 2016, segundo dados do VIGITEL 2016), o tabagismo continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis<sup>3</sup>.

Em 2009, foram divulgados os resultados do I LENADU (I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras), levantamento realizado com 12.711 estudantes universitários de Instituições de Ensino Superior (IES), públicas e privadas, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, o qual revelou que o consumo de produtos derivados do tabaco na vida (48,7%) perde apenas para o álcool (86,2%). Nos 12 meses que antecederam a pesquisa, as substâncias mais frequentemente consumidas foram, igualmente, o álcool (72%) e o tabaco (27,8%)<sup>4</sup>.

De acordo com Bloom *et al.*<sup>5</sup> (2012), fumantes (35%) apresentam maior probabilidade que ex-fumantes (24%) e não fumantes (16%) de desenvolver três ou mais problemas de saúde bucal. Csikar *et al.*<sup>6</sup> (2016) observaram que os fumantes também apresentam maior probabilidade que os não fumantes de procurar atendimento odontológico de urgência.

O tabagismo também é considerado um indicador significativo da percepção desfavorável da saúde bucal<sup>7,8</sup>. Segundo Dye *et al.*<sup>9</sup> (2006), fumantes foram mais propensos a relatar necessidade de tratamento periodontal e de extração dentária em comparação com não fumantes. Pacheco *et al.*<sup>10</sup> (2014), estudo que precedeu este artigo, avaliaram a influência do status tabágico na autopercepção de saúde bucal de 445 universitários de uma IES particular de Anápolis, Goiás, sendo que mais ex-fumantes e fumantes classificaram sua saúde bucal como ruim ( $p < 0,0001$ ) e sua necessidade de tratamento odontológico como muita ( $p = 0,0004$ ) em relação aos não fumantes e fumantes passivos.

Autopercepção em saúde é a interpretação que o indivíduo faz a partir de suas experiências de saúde e doença no contexto da vida diária. Este julgamento se baseia, em geral, nos conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais<sup>11</sup>. A autopercepção da saúde bucal é uma medida multidimensional que reflete a experiência subjetiva dos indivíduos em seu bem-estar funcional, social e psicológico e, muitas vezes, sua busca por tratamento odontológico<sup>12</sup>.

Aparentemente, há uma correlação significativa entre o status dentário autorreferido e os achados do exame clínico bucal, em termos de necessidade de tratamento. Assim, o uso da

autopercepção de saúde bucal seria um bom indicador do status de saúde bucal<sup>7</sup>.

Ainda há poucas informações sobre como o tabagismo afeta a percepção da saúde bucal de pacientes adultos jovens. Portanto, os objetivos desta pesquisa foram verificar o status em relação ao tabagismo de uma população de jovens adultos universitários; compreender a autopercepção da saúde bucal de fumantes, fumantes passivos e não fumantes, correlacionando-a com o status tabágico; e analisar a percepção de necessidade de tratamento odontológico desta população, correlacionando-a com o status tabágico.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, transversal e de abordagem quantitativa com universitários adultos jovens (18 a 21 anos) do Campus Darcy Ribeiro da Universidade de Brasília (UnB).

Previamente à coleta de dados, o projeto de pesquisa juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram submetidos à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP-FS), sendo aprovados sob o CAAE 23204713.9.0000.0030.

Os estudantes universitários foram abordados aleatoriamente e individualmente nos corredores do Instituto Central de Ciências (ICC) durante os intervalos das aulas. Após a explicação do objetivo e das características da pesquisa, aqueles que concordaram em participar assinaram o TCLE.

Em sequência, cada participante recebeu um questionário autoaplicável – adaptado de Pacheco *et al.*<sup>10</sup> (2014) – a ser preenchido no momento, em sala de aula disponível. O questionário era formado por dez perguntas fechadas as quais contemplavam informações sobre idade, área do curso frequentado, sexo, status em relação ao tabagismo, hábitos de higiene oral, percepção da saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico.

O monóxido de carbono no ar expirado ( $CO_{ex}$ ) e a dosagem de carboxi-hemoglobina no sangue ( $CO_{Hb}$ ) são os indicadores mais conhecidos para o monitoramento biológico de indivíduos expostos à fumaça de cigarro<sup>13</sup>. Cada participante

expirou no monoxímetro piCO<sup>+</sup> Smokerlyzer<sup>®</sup> (Bedfont Scientific Ltd, Kent, England), aparelho que avalia a presença de CO<sub>ex</sub>, confirmando ou não o status tabágico autorreferido de cada participante como fumante, não fumante ou fumante passivo. A concentração de CO<sub>ex</sub> mensurada, expressa em partes por milhão (ppm), é indicada no visor do aparelho juntamente com uma dosagem equivalente de CO<sub>Hb</sub> em valores percentuais. Para medição, o participante realizava uma inspiração máxima do ar, seguida por apnéia forçada de 15 segundos; após a pausa respiratória, o universitário selava os lábios no bocal do aparelho e expirava de forma lenta e contínua até os pulmões esvaziarem. Por fim, os dois valores obtidos pelo monoxímetro eram anotados na folha do questionário.

O piCO<sup>+</sup> Smokerlyzer<sup>®</sup> apresenta dois perfis de usuários, um para jovens e outro para adultos, considerando que os hábitos tabágicos entre eles são relativamente diferentes. Nesta pesquisa, optamos por utilizar o perfil *Jovens*, visto que a faixa etária dos estudantes universitários participantes era de 18 a 21 anos. Quando a mensuração está programada para o perfil *Jovens*, o monoxímetro se baseia nos dados da tabela 1.

**Tabela 1:** Classificação quanto à concentração de CO<sub>ex</sub> segundo o perfil *Jovens*<sup>13</sup>.

<b>Descrição</b>	<b>CO<sub>ex</sub> (ppm) <i>Jovens</i></b>
<b>Não fumante</b>	0 - 4
<b>Zona de perigo</b>	5 - 6
<b>Fumante</b>	7 - 10
<b>Fumante frequente</b>	11 - 15
<b>Fumante viciado</b>	16 - 25
<b>Fumante fortemente viciado</b>	26 - 35
<b>Fumante perigosamente viciado</b>	36+

Foram incluídos na pesquisa universitários dos cursos da IES em estudo, regularmente matriculados, com idade entre 18 e 21 anos, independente de sexo e do status em relação ao tabagismo, que, após, a explicação da pesquisa, concordaram em participar assinando o TCLE. Foram excluídos os que não se enquadraram.

Para efeito de análise e comparações, foram excluídos da pesquisa os participantes cujo status tabágico autorreferido não coincidiu com o resultado do monoxímetro.

Os dados foram tabulados em valores percentuais (variáveis qualitativas), médias e desvios-padrão (variáveis quantitativas) e apresentados em tabelas (análise estatística descritiva). Odds Ratio foi calculada para status tabágico em relação à exposição à PTA, ao sexo e à frequência a consultas odontológicas. A relação entre variáveis independentes (idade, sexo, área do curso, status tabágico, fumo passivo e hábitos de

higiene bucal) e a autopercepção da saúde bucal (variável dependente) foi comparada por meio de regressão logística ordinal, assim como a relação entre variáveis independentes e a necessidade autorreferida de tratamento odontológico (variável dependente). O teste ANOVA foi aplicado para comparações entre os resultados do monoxímetro. O nível de significância adotado foi 95%.



## RESULTADOS

Foram aplicados 103 questionários. Destes, dois questionários de experimentadores e dois de ex-fumantes foram excluídos por apresentarem resultados do monoxímetro compatíveis com tabagistas, e não haverem se declarado fumantes passivos (*outliners*).

Dos 99 participantes, 49 eram do sexo feminino (49,5%) e 50 do masculino (50,5%). A idade média era  $18,7 \pm 1,1$  anos (moda 18 anos,  $n=46$ ). Quanto à área cursada, 23 (23,2%) participantes faziam cursos da área biológica, 44 (44,4%) da área de exatas e 32 (32,3%) de humanas.

Quanto ao status tabágico confirmado pelo resultado da expiração no monoxímetro, 54 (54,5%) dos participantes nunca fumaram nem experimentaram cigarros; 29 (29,3%) não fumavam, mas experimentaram cigarros; 6 (6,1%) não fumavam, mas fumaram no passado; e 10 (10,1%) eram fumantes.

A distribuição dos participantes segundo o status tabágico e o sexo está exposta na tabela 2. A distribuição dos participantes segundo o status tabágico e a área cursada se encontra na tabela 3.

**Tabela 2:** Distribuição dos participantes segundo o status tabágico e o sexo.

Status Tabágico	Sexo	Feminino		Masculino		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
Não fumantes		33	61,1%	21	38,9%	54	100,0%
Experimentadores		13	44,8%	16	55,2%	29	100,0%
Ex-fumantes		1	16,7%	5	83,3%	6	100,0%
Fumantes		2	20,0%	8	80,0%	10	100,0%
	TOTAL	49	49,5%	50	50,5%	99	100,0%

**Tabela 3:** Distribuição dos participantes segundo o status tabágico e a área cursada.

Status Tabágico	Área	Saúde		Exatas		Humanas		TOTAL	
		n	%	N	%	n	%	n	%
Não fumantes		15	27,8%	20	37,0%	19	35,2%	54	100,0%
Experimentadores		5	17,2%	13	44,8%	11	37,9%	29	100,0%
Ex-fumantes		0	0,0%	4	66,7%	2	33,3%	6	100,0%
Fumantes		3	30,0%	7	70,0%	0	0,0%	10	100,0%
	TOTAL	23	23,2%	44	44,4%	32	32,3%	99	100,0%

Quanto ao tabagismo passivo, 38 (38,4%) participantes declararam conviver com fumantes. Dentre os expostos ao tabagismo passivo, a maioria se declarou exposta pelos amigos (47,4%), seguida pelos familiares (39,5%) e por amigos e familiares (13,1%). Dentre os participantes expostos ao tabagismo passivo pelos familiares, 10 (26,3%) afirmaram estar expostos ao tabagismo do pai. Quanto ao local da exposição, 14 (36,8%)

participantes referiram estar expostos à PTA em casa e 11 (28,9%) no ambiente universitário. Um participante relatou estar exposto à PTA apenas no trabalho, 2 participantes em festas e atividades sociais e os 10 (26,3%) participantes restantes em múltiplos locais.

Dentre os participantes que nunca fumaram nem experimentaram cigarros, 14 (25,9%) relataram estar expostos ao tabagismo passivo; dentre aqueles que não fumavam, mas já experimentaram cigarros, 14 (48,3%) afirmaram estar expostos à PTA; dentre os ex-fumantes, 3 (50%) declararam estar expostos ao tabagismo passivo; dentre os fumantes, 7 (70%) relataram conviver com outros fumantes (Tabela 4).

**Tabela 4:** Distribuição dos participantes segundo o status tabágico e o fumo passivo.

Status Tabágico	Fumo Passivo		Não		Sim		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	n	%	
Não fumantes	40	74,1%	14	25,9%	54	100,0%			
Experimentadores	15	51,7%	14	48,3%	29	100,0%			
Ex-fumantes	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%			
Fumantes	3	30,0%	7	70,0%	10	100,0%			
	TOTAL	61	61,6%	38	38,4%	99	100,0%		

A chance de estar exposto à PTA foi menor entre não fumantes do que entre fumantes, ex-fumantes e experimentadores (OR 0,4375, IC 0,1938-0,9877,  $p=0,0492$ ).

Em relação à autopercepção da saúde bucal, um (1,9%) participante que nunca fumou nem experimentou cigarros e um (10%) fumante classificaram sua saúde bucal como ruim (Tabela

5); dentre os fumantes passivos, 23 (74,2%) classificaram sua saúde bucal como boa, 7 (22,6%) como razoável e um (3,2%) como ruim.

**Tabela 5:** Autopercepção de saúde bucal segundo o status tabágico dos participantes.

Autopercepção de saúde bucal	Boa		Razoável		Ruim		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Status Tabágico								
Não fumantes	39	72,2%	14	25,9%	1	1,9%	54	100,0%
Experimentadores	24	82,8%	5	17,2%	0	0,0%	29	100,0%
Ex-fumantes	5	83,3%	1	16,7%	0	0,0%	6	100,0%
Fumantes	7	70,0%	2	20,0%	1	10,0%	10	100,0%
TOTAL	75	77,1%	22	20,0%	2	3,0%	99	100,0%

Em relação à necessidade autorreferida de tratamento odontológico, 3 (5,6%) participantes que nunca fumaram nem experimentaram cigarros e um (10%) fumante classificaram sua necessidade de tratamento como muita (Tabela 6); dentre os fumantes passivos, 3 (9,7%) classificaram sua necessidade de tratamento como nenhuma, 26 (83,9%) como pouca e 2 (6,4%) como muita.

**Tabela 6:** Necessidade de tratamento autorreferida dos participantes segundo o status tabágico.

Necessidade de tratamento	Nenhuma		Pouca		Muita		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Status Tabágico								
Não fumantes	5	9,3%	46	85,2%	3	5,6%	54	100,0%
Experimentadores	5	17,2%	24	82,8%	0	0,0%	29	100,0%
Ex-fumantes	0	0,0%	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%
Fumantes	1	10,0%	8	80,0%	1	10,0%	10	100,0%
TOTAL	11	9,1%	84	87,0%	4	3,9%	99	100,0%

Quanto ao resultado do monoxímetro, a concentração média de CO<sub>ex</sub> entre os participantes que nunca fumaram nem experimentaram cigarros foi 2,963±1,0087 ppm. Entre os fumantes, a concentração média de CO<sub>ex</sub> foi 7,8±2,4404 ppm (Tabela 7). Houve diferença estatisticamente significativa quando os valores para os quatro grupos de status tabágico foram comparados entre si pelo teste ANOVA (p<0,05).

**Tabela 7:** Média e Desvio Padrão da Concentração de CO<sub>ex</sub> (ppm) dos participantes segundo o status tabágico.

Status Tabágico	N	Média	Desvio Padrão
Não fumantes	54	2,963 <b>A</b>	1,0087
Experimentadores	29	3,379 <b>B</b>	1,0493
Ex-fumantes	6	3,333 <b>AB</b>	1,0328
Fumantes	10	7,800 <b>C</b>	2,4404
TOTAL	99	3,596	1,8731

\*Valores seguidos da mesma letra não diferem estatisticamente entre si pelo teste ANOVA.

O nível médio de  $\text{CO}_{\text{Hb}}$  entre os participantes que nunca fumaram nem experimentaram cigarros foi  $1,12 \pm 0,1534\%$ . Entre os fumantes, o nível médio de  $\text{CO}_{\text{Hb}}$  foi  $1,9 \pm 0,3972\%$  (Tabela 8). Houve diferença estatisticamente significativa quando os valores para os quatro grupos do status tabágico foram comparados entre si pelo teste ANOVA ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 8:** Média e Desvio Padrão do Nível de  $\text{CO}_{\text{Hb}}$  (%) dos participantes segundo o status tabágico.

Status Tabágico	N	Média	Desvio Padrão
Não fumantes	54	1,120 <b>A</b>	0,1534
Experimentadores	29	1,183 <b>B</b>	0,1513
Ex-fumantes	6	1,167 <b>AB</b>	0,1506
Fumantes	10	1,900 <b>C</b>	0,3972
TOTAL	99	1,220	0,2969

\*Valores seguidos da mesma letra não diferem estatisticamente entre si pelo teste ANOVA.

Comparando a autopercepção da saúde bucal e a necessidade autorreferida de tratamento odontológico com variáveis independentes, não houve diferença estatisticamente significativa pela regressão logística ordinal ( $p > 0,5$ ).

## DISCUSSÃO

No I LENADU, a área cursada com o maior número de participantes foi a de Ciências Humanas (47,3%), sendo que Exatas (25,8%) e Ciências Biológicas (25,3%) foram muito semelhantes<sup>4</sup>. A distribuição dos universitários entre as áreas cursadas foi distinta no presente estudo, sendo que 44,4% dos questionários foram respondidos por acadêmicos de cursos de Exatas, 23,2% por acadêmicos de Ciências Biológicas e 32,3% por acadêmicos de Ciências Humanas. A diferença pode ser explicada pela forma de recrutamento dos participantes; no presente estudo, a amostra foi de conveniência, enquanto que no I LENADU, a amostra foi probabilística do tipo estratificada por conglomerados de tamanhos desiguais e selecionada em dois estágios.

No presente estudo, 7 (70%) dos participantes fumantes faziam cursos da área de Exatas, enquanto no I LENADU houve maior frequência de tabagismo entre os universitários de Ciências Humanas<sup>4</sup>.

Neste estudo, todos os participantes tinham entre 18 e 21 anos, já no I LENADU, a maior parte dos participantes tinha idade entre 18 e 24 anos (58,0%), seguida da faixa etária dos 25 aos 34 anos (25,2%), acima de 35 anos (14,0%) e até os 18 anos (1,8%)<sup>4</sup>. Diferentemente do I LENADU, em que estudantes universitários com menos de 18 anos foram pesquisados, no presente estudo, os acadêmicos desta faixa etária foram excluídos da amostra, em função da necessidade da autorização dos responsáveis para a participação na pesquisa.

No presente estudo, houve discreto predomínio masculino entre os respondentes (50,5%), enquanto no I

LENADU<sup>4</sup> e no estudo de Pacheco *et al.*<sup>10</sup> (2014), o predomínio foi feminino, 56,8% e 51,1%, respectivamente.

Na amostra estudada, foi observada uma prevalência de 10% de fumantes, a mesma prevalência de fumantes na população brasileira com 18 anos ou mais estimada pelo VIGITEL 2016<sup>3</sup>. Esta ficou abaixo da prevalência nacional de fumantes entre universitários (21,6%) apresentada no I LENADU<sup>4</sup>, que considerou o uso de tabaco pelo menos uma vez nos 30 dias que antecederam a pesquisa, classificando universitários que fizeram uso ocasional ou experimentadores como tabagistas, aumentando, conseqüentemente, a prevalência de fumantes. Outro aspecto a ser considerado é o fato da amostra, no presente estudo, ser composta apenas por indivíduos jovens; entretanto, os resultados obtidos a partir do I LENADU mostram que prevalência do tabagismo aumenta com a idade.

Pacheco *et al.*<sup>10</sup> (2014) relataram que a prevalência de fumantes e de ex-fumantes foi de 6% e 2%, respectivamente. Estas ficaram abaixo das prevalências encontradas no presente estudo (10% e 6%, respectivamente). Possivelmente, a ausência de confirmação do status tabágico autorreferido por meio do monóxímetro na pesquisa de Pacheco *et al.*<sup>10</sup> (2014) possa ter levado a inclusão de tabagistas nos grupos dos participantes que se declararam ex-fumantes, fumantes passivos ou não fumantes.

No presente estudo, os participantes do sexo feminino fumavam menos em relação ao masculino (OR 0,1856, IC 0,0492-0,7004,  $p=0,00721$ ). O mesmo foi observado no VIGITEL 2016<sup>3</sup>, no I LENADU<sup>4</sup> e no estudo de Pacheco *et al.*<sup>10</sup> (2014).



O VIGITEL 2016 identificou 7,3% de fumantes passivos no domicílio e 7% no trabalho<sup>3</sup>. Na Pesquisa Especial do Tabagismo (PETab), parte constituinte da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), dos 25.005 participantes não fumantes, a exposição domiciliar à PTA foi diária para 12,5%, semanal para 3,6%, e mensal ou menos para 17,4% deles, totalizando 33% de exposição domiciliar à PTA, prevalência considerada bastante alta<sup>15</sup>. No presente estudo, 38,4% dos 99 respondentes foram classificados como fumantes passivos. Os fumantes passivos considerados apenas entre os não fumantes, no presente estudo, corresponderam a 25,9%, percentual superior aos 7% relatados no VIGITEL 2016<sup>3</sup>, mas inferior aos 33% observados na PETab da PNAD<sup>15</sup>.

A exposição ao tabagismo passivo no trabalho observada na PETab<sup>15</sup> foi semelhante à exposição domiciliar ao tabaco, sendo maior entre homens (55%) que entre mulheres (45%). No presente estudo, o principal local de exposição à PTA foi o domicílio (36,8% dos fumantes passivos afirmaram estar expostos em casa), seguido pela universidade (28,9%). Dentre os participantes expostos ao tabagismo passivo por familiares, 10 (26,3%) afirmaram estar expostos ao tabagismo do pai. Vargas *et al.*<sup>16</sup> (2017) avaliaram 701 estudantes de escolas públicas de um município no interior de Goiás entre 2013 e 2014, com média de idade de 19,8±9,9 anos, e observaram que estudantes expostos ao tabagismo passivo pelo pai ou mãe tinham mais chance de experimentar cigarros e de fumar. Na PETab, não foi observada associação entre a exposição domiciliar à PTA e o sexo<sup>15</sup>, assim como também não foi encontrada no presente estudo.

No presente estudo, o percentual de universitários que não passaram por consulta odontológica nos 12 meses anteriores à pesquisa foi menor entre não fumantes e

experimentadores que entre fumantes e ex-fumantes (OR 0,25, IC 0,0697-0,8972,  $p=0,0405$ ). Zadik *et al.*<sup>17</sup> (2009), ao avaliar militares de Israel, relataram que 61% dos fumantes e 72% dos ex-fumantes e não fumantes realizaram consultas odontológicas nos 12 meses que antecederam a pesquisa ( $p=0,057$ ), contra 63% dos fumantes e ex-fumantes e 86,7% dos não fumantes e experimentadores, no presente estudo.

Quanto à instrução de higiene oral, no presente estudo, todos os participantes fumantes e 96,3% dos não fumantes declararam terem recebido algum tipo de orientação, enquanto Pacheco *et al.*<sup>10</sup> (2014) mostraram que 11% dos fumantes e 2,6% dos não fumantes afirmaram não terem recebido nenhum tipo de instrução ( $p=0,0008$ ).

Em relação à frequência de escovação, no presente estudo, não houve diferença estatística entre o status tabágico para aqueles que escovavam três vezes ou mais ao dia. Para o uso diário de fio dental, também não houve diferença quanto ao status tabágico. Também Shah e ElHaddad<sup>18</sup> (2015), ao avaliarem estudantes universitários fumantes e não fumantes da Arábia Saudita, relataram que a maioria dos participantes (79,2%) higienizava os dentes uma ou duas vezes ao dia, sem diferença em relação ao status tabágico ( $p=0,75$ ). Já Andrews *et al.*<sup>19</sup> (1998), ao analisarem dados de 34 mil pacientes de clínicas particulares no Oregon (EUA), observaram que não fumantes declararam maior frequência de escovação (ao menos duas vezes ao dia) e uso diário do fio dental quando comparados aos fumantes ( $p<0,001$ ). Da mesma forma, Pacheco *et al.*<sup>10</sup> (2014) relataram que não fumantes e experimentadores apresentavam maior probabilidade de escovar os dentes 3 vezes ou mais ao dia que fumantes e ex-fumantes ( $p=0,0056$ ).

Andrews *et al.*<sup>19</sup> (1998) relataram que 73,5% dos pacientes escovavam os dentes ao menos duas vezes ao dia e 35,6% passavam fio dental diariamente, independente do status tabágico. No presente estudo, os percentuais para escovação ao menos duas vezes ao dia e uso de fio dental diariamente foram 100% e 37%, respectivamente. Já Pacheco *et al.*<sup>10</sup> (2014) relataram 99% e 58%, respectivamente. Os valores para escovação ficaram bem mais altos que os percentuais encontrados por Andrews *et al.*<sup>19</sup> (1998). Essas diferenças podem ser explicadas pelo fato de, nos Estados Unidos, a orientação dada aos pacientes pelos cirurgiões-dentistas é a escovação duas vezes ao dia<sup>20</sup>, enquanto, no Brasil, se recomenda, tradicionalmente, a escovação três vezes ao dia, ainda que sem evidência científica sólida.

Acerca do uso diário do fio dental, Pacheco *et al.*<sup>10</sup> (2014) encontraram um resultado bem acima (58%) do relatado por Andrews *et al.*<sup>19</sup> (1998) (35,6%) e os encontrados no presente estudo (37%), e teceram consideração acerca da confiabilidade de informações autorreferidas sobre cuidados da saúde bucal dos participantes, que, ainda que estejam respondendo ao questionário sozinhos e anonimamente, muitas vezes não respondem a verdade (viés de resposta)<sup>10,19</sup>.

Morin *et al.*<sup>8</sup> (2005), Zadik *et al.*<sup>17</sup> (2009) e Pacheco *et al.*<sup>10</sup> (2014) observaram que um maior número de fumantes autoavaliaram sua saúde bucal como ruim ou razoável comparado ao de não fumantes e consideraram o tabagismo um importante indicador de autopercepção desfavorável da saúde bucal. Essa tendência não foi observada no presente estudo. Já Andrews *et al.*<sup>19</sup> (1998) relataram que fumantes indicaram mais frequentemente a necessidade de tratamento odontológico que não fumantes ( $p < 0,001$ ). No presente estudo, também não foi observada essa tendência, provavelmente devido ao tamanho

reduzido da amostra, à possível falta de veracidade dos dados fornecidos pelos participantes acerca da sua saúde bucal e à ausência de um exame intra-oral para confirmação das informações relatadas pelos universitários durante a pesquisa.

Santos *et al.*<sup>13</sup> (2001) mensuraram a concentração de CO<sub>ex</sub> de 256 funcionários e pacientes do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com auxílio de um aparelho micromedidor de monóxido de carbono. Diferenças estatisticamente significantes ( $p < 0,001$ ) foram observadas quando comparado o grupo de fumantes com o de não fumantes (indivíduos que nunca fumaram e ex-fumantes), assim como no presente estudo. Santos *et al.*<sup>13</sup> (2001) encontraram uma concentração média de CO<sub>ex</sub> de 14,01 ppm entre os fumantes, mais alta que a do presente estudo (7,8 ppm), diferença que pode ser explicada pela faixa etária do presente estudo, o qual era composto por adultos jovens, que fumavam em média 3 cigarros por dia.

## CONCLUSÃO

Observou-se que a prevalência do tabagismo entre os universitários participantes desta pesquisa ficou abaixo da média entre universitários. Dentre os fumantes passivos, a maioria é exposta à poluição tabágica na própria residência.

Quanto à autopercepção de saúde bucal e necessidade de tratamento, não houve diferença em relação ao status tabágico.

Novos estudos correlacionando autopercepção de saúde bucal e necessidade de tratamento dentário com o status tabágico são necessários. A percepção negativa que um fumante pode ter acerca das suas condições bucais é um indicador subjetivo importante que influencia na procura pelo atendimento odontológico preventivo ou curativo previamente ao surgimento de complicações, garantindo, assim, qualidade de vida ao indivíduo.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco [internet]. [Acesso em: 25 set. 2017]. Disponível em:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44616/1/9789240687813\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44616/1/9789240687813_eng.pdf)
2. World Health Organization. Tobacco: Fact sheet nº 339 [internet]. [Acesso em: 25 set. 2017]. Disponível em:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:  
[http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel\\_2016\\_jun17.pdf](http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf)
4. Presidência da República (Brasil), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Organizadores: Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. São Paulo: SENAD, 2010. Disponível em:  
<http://www.grea.org.br/userfiles/GREA-ILevantamentoNacionalUniversitarios.pdf>.
5. Bloom B, Adams PF, Cohen RA, Simile CM. Smoking and oral health in dentate adults aged 18–64. National Center for Health Statistics (NCHS) data brief. 2012 Fev; 85.
6. Csikar J, Kang J, Wyborn C, Dyer TA, Marshman Z, Godson J. The self-reported oral health status and dental attendance of smokers and non-smokers in England. Plos One. 2016 Fev; 11(2):e0148700.

7. Samorodnitzky GR, Levin L. Self-Assessed Dental Status, Oral Behavior, DMF, and Dental Anxiety. *Journal of Dental Education*. 2005 Dec; 69(12):1385-89.
8. Morin NM, Dye BA, Hooper TI. Influence of Cigarette Smoking on the Overall Perception of Dental Health Among Adults Aged 20–79 Years, United States, 1988–1994. *Public Health Reports*. 2005 Mar-Abr; 120:124-132.
9. Dye BA, Morin NM, Robison V. The relationship between cigarette smoking and perceived dental treatment needs in the United States, 1988-1994. *JADA*. 2006 Fev; 137:224-34.
10. Pacheco TFF, Faria ALS, Rezende AC, Cozac FRD, Lima AA, Stefani CM. Influência do status tabágico na autopercepção de saúde bucal de universitários. *Revista Odontológica do Brasil-Central (Robrac)*. 2014; 23(64):24-29.
11. Portillo JC, Paes AM. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*. 2000; 1(1):75-88.
12. Jokovic A, Locker D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *Journal of Public Health Dentistry*. 1997; 57(1):40-47.
13. Santos UP, Gannam S, Abe JM, Esteves BP, Freitas FM, Wakassa TB, Issa JS, Terra FM, Stelmach R, Cukier A. Emprego da determinação de monóxido de carbono no ar exalado para a detecção do consumo de tabaco. *Jornal de Pneumologia*. 2001 Set-Out; 27(5):231-36.
14. Bedfont. piCO<sup>+</sup> Smokerlyzer<sup>®</sup>: Operating Manual [internet]. [Acesso em: 26 set. 2017]. Disponível em: <https://www.bedfont.com/file.php?f=ZmlsZSMjNzE0>
15. Passos VMA, Giatti L, Barreto SM. Tabagismo passivo no Brasil: Resultados da Pesquisa Especial do Tabagismo, 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(9):3671-78.

16. Vargas LS, Lucchese R, Silva AC, Guimarães RA, Vera I, Castro PA. Determinantes para o consumo de Tabaco por estudantes. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51:36.
17. Zadik Y, Zusman SP, Galor S, Dinte AF. Dental Attendance and Self-Assessment of Dental Status by Israeli Military Personnel According to Gender, Education, and Smoking Status, 1998-2006. *Military Medicine*. 2009 Fev; 174(2):197-200.
18. Shah AH, ElHaddad SA. Oral hygiene behavior, smoking, and perceived oral health problems among university students. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2015 Jul-Ago; 5(4):327-33
19. Andrews JA, Severson HH, Lichtenstein E, Gordon JS. Relationship between tobacco use and self-reported oral hygiene habits. *JADA*. 1998 Mai; 129(3):313-20.
20. Claydon NC. Current concepts in toothbrushing and interdental cleaning. *Periodontology 2000*. 2008; 48:10-22.



## APÊNDICES

## APÊNDICE I. QUESTIONÁRIO

1. Idade: \_\_\_\_\_

Área do curso de graduação: ( ) Saúde ( ) Exatas ( ) Humanas

2. Sexo: ( ) M ( ) F

3. Fuma?

( ) Não e nunca experimentei.

( ) Não, mas já experimentei.

( ) Não, mas já fumei. (Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo  
parou? \_\_\_\_\_)

( ) Sim. (Há quanto tempo fuma? \_\_\_\_\_ Fuma quantos  
cigarros, em média, por dia? \_\_\_\_\_ - caso seja menos de  
um por dia, quantos fuma por semana? \_\_\_\_\_)

4. Convive com alguém que fuma?

( ) Não

( ) Sim (Quantas pessoas? \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_)

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Quantas Horas por dia? \_\_\_\_\_

Em que local? ( ) Casa / ( ) Trabalho / ( ) Escola /

Outro \_\_\_\_\_)

5. Quando foi sua última visita ao dentista? \_\_\_\_\_

6. Como você descreve a sua saúde bucal?

( ) Boa

( ) Regular

( ) Ruim

**7.** Com a sua saúde bucal de hoje, como você classificaria sua necessidade de tratamento odontológico?

Nenhuma

Pouca

Muita

**8.** Você já teve instrução para realização de higienização bucal?

Sim

Não

**9.** Quantas vezes por dia você escova os dentes?

Uma

Duas

Três

Mais de três

**10.** Você usa fio dental?

Sim todos os dias. Quantas vezes por dia? \_\_\_\_\_

Sim, mas não diariamente. Qual a frequência? \_\_\_\_\_

Não uso fio dental.

**Resultado da expiração no moxímetro: \_\_\_\_\_**

## APÊNDICE 2. TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa: Autopercepção da saúde bucal de universitários fumantes, não fumantes e fumantes passivos.

O objetivo desta pesquisa é analisar como você percebe sua saúde bucal e sua necessidade de tratamento odontológico, comparando suas respostas com seu status tabágico (fumante, não fumante ou fumante passivo).

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Você participará desta pesquisa respondendo a um questionário com dez perguntas fechadas. As informações do questionário aplicado serão: idade, área do curso de graduação, status em relação ao tabagismo e sua própria percepção acerca da sua saúde bucal e necessidade de tratamento dentário. Na sequência, você deverá soprar três vezes em um aparelho que mede a quantidade de monóxido de carbono do ar que sai dos seus pulmões.

Informamos que você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, ou de participar de qualquer procedimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem qualquer prejuízo para você. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

O benefício com sua participação nesta pesquisa será a oportunidade de tirar suas dúvidas sobre o tabagismo, e até mesmo sobre sua saúde bucal. Em caso de necessidade de tratamento odontológico de urgência, você será encaminhado pela equipe de pesquisadores para a Clínica Odontológica do HUB, para a possível solução. E caso tenha interesse em realizar

tratamento odontológico na instituição, será encaminhado para avaliação.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em eventos científicos e publicados em artigos em periódicos científicos. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dr<sup>a</sup>. Cristine Stefani Miron, telefone: 9090 9932-9778 ou para Raissa Albuquerque de Deus, telefone: 9090 8160-4621.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## NORMAS DA REVISTA



### **Normas Gerais**

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida sua apresentação simultânea em outro periódico. A ROBRAC reserva-se os direitos autorais do trabalho publicado, inclusive de tradução, permitido, entretanto, sua posterior reprodução como transcrição, desde que com a devida citação de fonte.

A ROBRAC receberá para publicação trabalhos redigidos em português ou inglês, ficando os textos dos mesmos sob inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor-Chefe ou Corpo Editorial.

A ROBRAC reserva o direito de submeter todos os originais à apreciação do Corpo Editorial, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação, podendo, inclusive rerepresentá-los aos autores, com sugestões para que sejam feitas alterações necessárias no texto. Os artigos que não se enquadrarem nas normas da revista serão devolvidos aos autores, antes de serem submetidos aos Consultores Científicos. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos relatores permanecerão em sigilo,

omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

Todos os trabalhos que envolvam estudos com seres humanos ou animais, incluindo-se órgãos e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e aprovado pela Comissão de Ética da Unidade.

A revista endossa os princípios incorporados na Declaração de Helsinki e insiste que todas as pesquisas que envolvam seres humanos, e que sejam publicadas na revista, sejam conduzidas em conformidade com esses princípios e que tenham aprovação nos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa das respectivas instituições de origem dos autores. O editor e seus associados se reservam o direito de recusar artigos que não demonstrem uma evidencia clara de que esses princípios foram seguidos ou que, ao julgamento dos mesmos, os métodos empregados não foram apropriados para o uso de humanos ou animais nos trabalhos submetidos à revista.

### **Submissão do Manuscrito**

Os manuscritos deverão ser submetidos eletronicamente pelo endereço [www.robrac.org.br](http://www.robrac.org.br); seguindo os seguintes passos:

#### **PASSO 1. INICIAR SUBMISSÃO**

-Confirmação das condições de submissão.

-Ler e concordar com a declaração de direito autoral.

#### **PASSO 2. METADADOS DA SUBMISSÃO (INDEXAÇÃO)**

-Incluir todos os autores do artigo com respectivos dados pessoais.

-Na janela "Resumo da Biografia", incluir o resumo do currículo.

-O título deve ser preenchido de forma idêntica ao apresentado nos arquivos texto.

-O resumo deve estar estruturado: objetivo, material e método, resultados e conclusões. Deve conter o máximo de 250 palavras e ser em parágrafo único. Não deve incluir Citações Bibliográficas.

### PASSO 3. TRANSFERÊNCIA DO MANUSCRITO

- O **Documento de Submissão** se refere ao **Arquivo Texto** do artigo.

\*Importante: O Documento de Submissão / Arquivo Texto não deve conter os nomes ou dados pessoais dos autores.

O arquivo texto deve conter as seguintes partes:

#### **-Título**

Em português e inglês, não devendo haver qualquer informação que possa identificar os autores.

#### **-Resumo e *Abstract***

Conforme explicado no Passo 2. METADADOS DA SUBMISSÃO.

#### **-Palavras-chave/*Keywords***

Indicar um mínimo de 3 (três) e um máximo de 7 (sete) palavras logo após o resumo ou *abstract*. Identificam o conteúdo do artigo, e para determiná-las, consultar o "DECS - Descritores em Ciência da Saúde", disponível no endereço (<http://decs.bvs.br>).

### **-Texto**

O texto deverá apresentar Introdução, Material e Método, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (quando houver) e Referências.

### **-Introdução**

Devem ser citadas apenas as referências pertinentes, resumindo a proposta do estudo e estabelecendo a hipótese do trabalho.

### **-Material e Método**

Devem ser relatados em detalhes, tornando o trabalho reproduzível e permitindo a confirmação dos resultados. Métodos publicados devem ser referenciados. Após a primeira menção dos produtos ou equipamentos, incluir cidade, estado e país de todos os fabricantes. Indicar métodos estatísticos utilizados.

### **-Resultados**

Enfatizar somente as observações importantes. Valorizar apresentação dos resultados na forma de tabelas, gráficos e ilustrações. As tabelas devem ser colocadas após as referências bibliográficas;

\*Importante: As figuras deverão ser submetidas como arquivos suplementares (não devem ser inseridas no corpo do arquivo texto);

### **-Discussão**



Destacar os aspectos importantes e inéditos do estudo e as conclusões resultantes. Relatar observações de outros estudos relevantes e implicações e limitações de seus achados. Não repetir em detalhes informações citadas na introdução ou resultados.

### **-Conclusões**

Definir, dentro do que foi proposto ao trabalho, os achados relevantes do estudo.

### **-Referências**

As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto. Deverão seguir o Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals - Vancouver, JAMA, 1997;277:927-34. Disponível no site: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com Index Medicus/Base de Dados MEDLINE, sem negrito, itálico ou grifo. Referência a comunicação pessoal, trabalhos em andamento e submetidos a publicação não deverão constar da listagem de referências. Citar apenas as referências de relevância para o estudo.

Exemplos de referências

#### **-Livros**

Estrela C. Metodologia científica: ciência, ensino e pesquisa. São Paulo: Artes Médicas; 2005. 794 p.

#### **-Capítulos de livros**

Alencar Jr. FGP, Batista AUD, Oliva EA. Dores neuropáticas. In: Alencar Jr. FGP. Oclusão, dores orofaciais e cefaléia. São Paulo: Ed. Santos; 2005. p. 133-46.

-Monografia, dissertações e teses

Rocha SS. Efeito da concentração do líquido especial e da temperatura do molde de revestimentos na desadaptação marginal de coroas fundidas em titânio [Tese de Doutorado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2005.

-Artigos de periódicos

Adabo GL, Zancarotti E, Fonseca RG, Cruz CAS. Effect of disinfectant agents on dimensional stability of elastomeric materials. J Prosthet Dent. 1999; 81 (5): 621-4.

-Volume com suplemento, número especial

Leles CR, Compagnoni MA, Souza RF. Study of complete denture movement related to mucosa displacement in edentulous patients. [abstract 848]. J Dent Res. 2002; 81(special issue): B-133.

-Trabalho em congresso ou similar

Pereira CM, Correa MEP, Costa FF, Souza CA, Almeida OP, Castro MLRB. Investigação do Herpes humano 6 em fluidos bucais de pacientes portadores de doença do enxerto contra o hospedeiro crônico. In: Anais do XII Congresso Brasileiro de Estomatologia; 2004 jul. 18-22; Cabo Frio (RJ). Rio de Janeiro: SOBE; 2004. p. 44.

Obs.: Publicações e/ou documentos com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros seguidos da expressão "*et al.*"

-Citação no texto

Utilizar sistema numérico único para todo o documento, em algarismo arábico, na forma sobrescrita; números seqüenciais - separar por hífen; números aleatórios - separar por vírgula; Citar nome do autor seguido do número de referência somente quando estritamente necessário. Caracteres de pontuação como "pontos" e "vírgulas" deverão ser colocados depois da citação numérica dos autores. No caso de dois autores, devem ser separados por e. Mais de dois autores, indicar apenas o sobrenome do primeiro seguido de *et al.*

Exemplos:

De acordo com Rocha<sup>15</sup> (2004), é prudente que se aguardem estudos longitudinais...

Para Fonseca e Cruz<sup>13</sup> (2005) a escolha de um material...

Ferreira *et al.*<sup>22</sup> (2003) destacaram que apesar do...

#### PASSO 4. TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES

São documentos suplementares:

- **Arquivo de identificação dos autores**, que deve conter: 1- título em português e inglês; 2- nomes completos dos autores, incluindo principal titulação e nome do departamento e da instituição aos quais são filiados; 3- endereço para

correspondência, incluindo email, do autor responsável pelo artigo;

**- Figuras, Gráficos, esquemas e demais ilustrações.**

## PASSO 5. CONFIRMAÇÃO

### **Condições de Submissão**

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
2. O preenchimento dos metadados de todos os autores do manuscrito foi realizado, assim como o preenchimento dos campos Título e Resumo (o resumo deverá ser estruturado: objetivo, material e método, resultados e conclusões).
3. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, fonte arial 11 e espaço 1,5. As tabelas estão inseridas ao final do texto, e as figuras como arquivos suplementares (formato .jpg, .tif ou .gif).
4. O arquivo de identificação dos autores está em documento separado do corpo do manuscrito, e será enviado como arquivo suplementar.

### **Declaração de Direito Autoral**

-Transferência de direitos

Considerando a aceitação do trabalho acima descrito, nós, os autores, transferimos para a revista Robrac, todos os direitos, título e interesse nos direitos autorais do artigo mencionado acima. Este documento se aplica a todas as traduções do mesmo, assim como a apresentação preliminar, sob quaisquer meios de divulgação, do trabalho aceito e ainda não publicado. Se alguma mudança na autoria (ordem, acréscimo ou eliminação) ocorrer após a submissão do trabalho, um documento de concordância de todos os autores deve ser enviado para ser mantido nos arquivos do editor. O nome de um autor (a) somente poderá ser removido mediante solicitação do (a) mesmo (a).

#### -Responsabilidade dos autores

Eu atesto que: - o trabalho é original e não contém dados falsificados, plagiados ou fraudulentos; - o trabalho não se encontra atualmente em apreciação, e nem será submetido para publicação em outro periódico, até que uma decisão final de não aceitação seja emitida por esta revista; - fiz uma contribuição científica significativa para o trabalho e estou familiarizado com os dados originais descritos no mesmo; - assumo a responsabilidade pelo conteúdo completo da versão final que foi submetida, entendendo que, se o trabalho ou parte dele for considerada deficiente ou fraudulenta, assumirei a responsabilidade junto com os autores.