

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 DEUS¹; Adriano de Almeida de LIMA²; Cristine Miron STEFANI³

1 - Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília (UnB).

2 - Doutor em Clínica Odontológica, Professor Adjunto no Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB).

3 - Doutora em Clínica Odontológica, Professora Adjunta no Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB).

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

PALAVRAS-CHAVE: Autopercepção; Saúde Bucal; Tabagismo.

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^{1,2}.

No Brasil, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2016³ 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 2016³), o tabagismo continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis.

Em 2009, foram divulgados os resultados do I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas

entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras (I LENADU)⁴, 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 pelos universitários foram, novamente, o álcool (72%) e o tabaco (27,8%).

De acordo com Bloom *et al.*⁵ (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.*⁶ (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^{7,8}. Segundo Dye *et al.*⁹ (2006), fumantes foram mais propensos a relatar necessidade de tratamento periodontal e de extração dentária em comparação

com não fumantes. Pacheco *et al.*¹⁰ (2014), em 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 culturais¹¹. 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 odontológico¹².

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 bucal⁷.

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.

| 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 monoxímetro: _____ | |

Quadro 1 - Questionário utilizado na coleta de dados

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, transversal e de abordagem quantitativa com universitários adultos jovens (18 a 21 anos).

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.

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.

Cento e três 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.*¹⁰ (2014) – preenchido no mesmo momento, em sala de aula disponível. O questionário era formado por dez perguntas fechadas, acerca da idade, área do curso frequentado, sexo, status em relação ao tabagismo, hábitos de higiene oral, percepção da saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico (Quadro 1).

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 cigarro¹³, assim, para aferição desses parâmetros, cada participante expirou no monoxímetro $piCO^+$ Smokerlyzer® (Bedfont Scientific Ltd, Kent, England), para confirmação do status tabágico autorreferido como fumante, não fumante ou fumante passivo. A concentração de CO_{ex} mensurada, expressa em partes por milhão (ppm), foi indicada no visor do aparelho juntamente com uma dosagem equivalente de CO_{Hb} em valores percentuais. Para medição, o participante realizava uma inspiração máxima do ar, seguida por apneia 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.

| Descrição | CO_{ex} (ppm) |
|-------------------------------|-----------------|
| | Jovens |
| Não fumante | 0 - 4 |
| Zona de perigo | 5 - 6 |
| Fumante | 7 - 10 |
| Fumante frequente | 11 - 15 |
| Fumante viciado | 16 - 25 |
| Fumante fortemente viciado | 26 - 35 |
| Fumante perigosamente viciado | 36+ |

Quadro 2 - Classificação quanto à concentração de CO_{ex} segundo o perfil dos Jovens¹³

O piCO⁺ Smokerlyzer[®] apresenta dois perfis de usuários, um para jovens e outro para adultos, considerando que os hábitos tabágicos entre eles são relativamente diferentes. Nesta pesquisa, optou-se 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 do Quadro 2.

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 (OR) 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

Dos 103 questionários aplicados, dois de experimentadores e dois de ex-fumantes foram excluídos por apresentarem resultados do monoxímetro compatíveis com tabagistas e não haverem se declarado fumantes passivos, totalizando 99 questionários válidos.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo o status tabágico e o sexo

| Sexo | Feminino | | Masculino | | TOTAL | |
|------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|--------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Status Tabágico | | | | | | |
| 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 2 - Distribuição dos participantes segundo o status tabágico e a área cursada

| Área | Biológicas | | Exatas | | Humanas | | TOTAL | |
|------------------|------------|-------|--------|-------|---------|-------|-------|--------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Status Tabágico | | | | | | | | |
| 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% |

Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo o status tabágico e o tabagismo passivo

| Tabagismo Passivo | Não | | Sim | | TOTAL | |
|-------------------|-----|-------|-----|-------|-------|--------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Status Tabágico | | | | | | |
| 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% |

Dos 99 participantes, 49 eram do sexo feminino (49,5%) e 50 do masculino (50,5%). A idade média era 18,7±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%) 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 1. A distribuição dos participantes segundo o status tabágico e a área cursada se encontra na Tabela 2.

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 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 3).

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

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 5); 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 4 - 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% |

Quanto ao resultado do monoxímetro, a concentração média de CO_{ex} entre os participantes que nunca fumaram nem experimentaram cigarros foi 2,963±1,0087 ppm. Entre os fumantes, a concentração média de CO_{ex} foi 7,8±2,4404 ppm (Tabela 6). Houve diferença estatisticamente significativa quando os valores para os quatro grupos de status tabágico foram comparados entre si pelo teste ANOVA (p<0,05).

O nível médio de CO_{Hb} entre os participantes que nunca fumaram nem experimentaram cigarros foi 1,12±0,1534%. Entre os fumantes, o nível médio de CO_{Hb} foi 1,9±0,3972% (Tabela 7). Houve diferença estatisticamente significativa quando os valores para os quatro grupos do status tabágico foram comparados entre si pelo teste ANOVA (p<0,05).

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 LENADU⁴, a área cursada com o maior número de participantes foi a de Ciências Humanas (47,3%), sendo que Ciências Exatas (25,8%) e Ciências Biológicas (25,3%) foram muito semelhantes. 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 Ciências 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 LENADU⁴, 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 LENADU⁴ houve maior frequência de tabagismo entre os universitários de Ciências Humanas.

Neste estudo, todos os participantes tinham entre 18 e 21 anos, enquanto no I LENADU⁴, 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%)⁴. Diferentemente do I LENADU⁴, 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 LENADU⁴ e no estudo de Pacheco *et al.*¹⁰ (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 2016³. Esta ficou abaixo da prevalência nacional de fumantes entre universitários (21,6%) apresentada no I LENADU⁴, 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, consequentemente, a prevalência de fumantes. Outro aspecto

Tabela 5 - 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% |

Tabela 6 - Média e Desvio Padrão da Concentração de CO_{ex} (ppm) dos participantes segundo o status tabágico

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

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

Tabela 7 - Média e Desvio Padrão do Nível de CO_{Hb} (%) dos participantes segundo o status tabágico

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

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

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 LENADU⁴ mostram que prevalência do tabagismo aumenta com a idade.

Pacheco *et al.*¹⁰ (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 monoxímetro na pesquisa de Pacheco *et al.*¹⁰ (2014) possa ter levado à 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 2016³, no I LENADU⁴ e no estudo de Pacheco *et al.*¹⁰ (2014).

O VIGITEL 2016³ identificou 7,3% de fumantes passivos no domicílio e 7% no trabalho. Na Pesquisa Especial do Tabagismo (PETab)¹⁵, 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 alta¹⁵. 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 2016³, mas inferior aos 33% observados na PETab¹⁵ da PNAD.

A exposição ao tabagismo passivo no trabalho observada na PETab¹⁵ 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.*¹⁶ (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 PETab¹⁵, não foi observada associação entre a exposição domiciliar à PTA e o sexo, 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.*¹⁷ (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.*¹⁰ (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 ElHaddad¹⁸ (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 ($p=0,75$). Andrews *et al.*¹⁹ (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.*¹⁰ (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.*¹⁹ (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.*¹⁰ (2014) relataram 99% e 58%,

respectivamente. Os valores para escovação ficaram bem mais altos que os percentuais encontrados por Andrews *et al.*¹⁹ (1998). Essas diferenças podem ser explicadas pelo fato de que, nos Estados Unidos, a orientação dada aos pacientes pelos cirurgiões-dentistas é a escovação duas vezes ao dia²⁰, 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.*¹⁰ (2014) encontraram um resultado bem acima (58%) do relatado por Andrews *et al.*¹⁹ (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 à verdade (viés de resposta)^{10,19}.

Morin *et al.*⁸ (2005), Zadik *et al.*¹⁷ (2009) e Pacheco *et al.*¹⁰ (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. Andrews *et al.*¹⁹ (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 intraoral para confirmação das informações relatadas pelos universitários durante a pesquisa.

Santos *et al.*¹³ (2001) mensuraram a concentração de CO_{ex} 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.*¹³ (2001) encontraram uma concentração média de CO_{ex} 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.

Novos estudos correlacionando autopercepção de saúde bucal e necessidade de tratamento dentário com o status tabágico são necessários, visto que 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.

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.

REFERÊNCIAS

01. 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.
02. World Health Organization. Tobacco: Fact sheet n° 339 [internet]. [Acesso em: 25 set. 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.
03. 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.
04. 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>.
05. 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. NCHS Data Brief. 2012; (85):1-8.
06. 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; 11(2): e0148700.
07. Samorodnitzky GR, Levin L. Self-Assessed Dental Status, Oral Behavior, DMF, and Dental Anxiety. J Indian Soc Periodontol. 2011; 15(4): 383–387.
08. 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; 120(2): 124-132.
09. Dye BA, Morin NM, Robison V. The relationship between cigarette smoking and perceived dental treatment needs in the United States, 1988-1994. JADA. 2006; 137(2): 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+ Smokerlyzer®: 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): 1-9.
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; 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; 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; 129(3): 313-20.
20. Claydon NC. Current concepts in toothbrushing and interdental cleaning. Periodontology 2000. 2008; 48:10-22.

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. Each academic, after agreeing 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±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 national average for university students. About the self-perception of oral health and the need for dental treatment, no difference was observed in smoking status.

KEYWORDS: Self-Perception; Oral Health; Smoking.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Cristine Miron Stefani

Campus Universitário Darcy Ribeiro – UnB – Faculdade de

Ciências da Saúde – Departamento de Odontologia – CEP:

70910-900 – Asa Norte – Brasília – DF

E-mail: cmstefani@gmail.com / Telefone: (61) 3107-1802