

Influência do status tabágico na autopercepção de saúde bucal de universitários

Influence of smoking status in self-perceived oral health of undergraduated students

Thais F. F. PACHECO¹, Ana L. S. FARIA¹, Artur C. REZENDE¹, Flávio R. D. COZAC¹, Adriano A. LIMA², Cristine M. STEFANI³

1 - Cirurgiões Dentistas egressos do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA)

2 - Doutor em Clínica Odontológica, Professor Adjunto do Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB);

3 - Doutora em Clínica Odontológica, Professora Adjunta do Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB).

RESUMO

Objetivo: correlacionar a autopercepção de saúde bucal de estudantes universitários com o status tabágico. Metodologia: estudo transversal com acadêmicos de uma Instituição de Ensino Superior de Anápolis-GO, que responderam a um questionário autoaplicado, contendo 10 perguntas sobre o status tabágico, exposição à poluição tabágica ambiental (PTA), e autopercepções de saúde bucal e de necessidade de tratamento odontológico. Resultados: Dos 445 participantes, 69% eram não fumantes (NF), 23% fumantes passivos (FP), 2% ex-fumantes (EF) e 6% fumantes (F). Fumantes, agregados com EF, apresentaram chance 4,8 vezes maior de conviver com amigos fumantes, 5,5

vezes maior de exposição à PTA no ambiente universitário, e 7 vezes maior de exposição 8 horas/dia ou mais à PTA, quando comparados aos FP. Quanto à autopercepção de saúde bucal, mais EF e F avaliaram sua saúde bucal como “ruim” ($p < 0,0001$), e sua necessidade de tratamento odontológico como “muita” ($p = 0,0004$), em relação aos NF e FP. O percentual de participantes que afirmaram nunca ter recebido instruções de higiene oral foi maior entre F e EF do que entre NF e FP ($p = 0,0008$). Conclusão: F e EF foram mais propensos a considerar sua saúde bucal ruim e muita sua necessidade de tratamento odontológico, comparados a NF e FP.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo; Saúde Bucal; Autopercepção.

INTRODUÇÃO

O tabagismo constitui a maior ameaça à saúde pública já enfrentada pelo mundo, uma das principais causas evitáveis de morte nos dias atuais. O tabaco é responsável por 6 milhões de mortes ao ano, 600 mil destas de fumantes passivos, pessoas expostas à poluição tabágica ambiental (PTA)^{1,2}.

No Brasil, o VIGITEL 2011 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) identificou que 15% da população adulta fumam, e 12% estão expostos à PTA³.

Um estudo recente, conduzido com 12.711 estudantes universitários de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, revelou que a experimentação do tabaco (uso na vida) (46,7%) perde apenas para o álcool (86,2%). Nos 30 dias que antecederam a pesquisa, as drogas mais frequentemente consumidas foram, igualmente, o álcool (60,5%) e o tabaco (21,6%). O uso de produtos de tabaco entre os universitários do sexo masculino foi um pouco mais elevado, tanto para o uso na vida, quanto para o uso no ano e nos 30 dias que precederam a pesquisa⁴.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁵. O tabagismo faz parte das preocupações gerais com a preservação da saúde e vem gerando novas regras para a convi-

vência social, pois, além de prejudicar diretamente a saúde dos fumantes, afeta também a qualidade de vida das pessoas que com eles convivem².

Apesar de não se tratarem de condições que coloquem a vida em risco, as doenças bucais podem ser prejudiciais à qualidade de vida desde a infância até a vida adulta, podendo impactar a autoestima, a capacidade de se alimentar, a nutrição e a saúde⁶. Aparentemente, há uma correlação significativa entre o status dental 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 dos pacientes⁶.

Paralelamente, o tabagismo foi um indicador significativo para a percepção desfavorável da própria saúde bucal^{6,7}, assim como a presença de cáries não tratadas e sinais e sintomas característicos da doença periodontal (sangramento gengival e outros) também foram indicadores fortes da percepção desfavorável da própria saúde bucal⁷.

Esta pesquisa buscou correlacionar a autopercepção da saúde bucal e de necessidade de tratamento odontológico de adultos jovens universitários com o status tabágico.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa com estudantes de IES de médio porte, em Anápolis-GO, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do

Centro Universitário de Anápolis (CEP-UniEVANGÉLICA) em 15/12/2010, sob o protocolo número 0146/2010.

O tamanho da amostra foi definido por meio de cálculo do tamanho amostral para populações finitas, considerando o total de estudantes da IES em estudo matriculados em 2010, erro aceitável 4% e confiança 95%, com acréscimo de 10% sobre o resultado a fim de cobrir possíveis perdas. O número (n) obtido pela fórmula foi 474 participantes.

Foi realizado contato prévio com os diretores dos cursos de graduação, a fim de explicar o propósito do estudo e a metodologia empregada, com a garantia de sigilo aos cursos e aos universitários. Os acadêmicos foram abordados aleatoriamente, individualmente, nos intervalos das aulas, quando a pesquisa foi explicada e aqueles que concordaram em participar receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e um questionário, preenchidos no momento, em sala de aula que estivesse disponível.

Foram incluídos na pesquisa universitários regularmente matriculados na IES em estudo, maiores de idade, independente de gênero, do status em relação ao tabagismo, do curso de graduação e turno (matutino, vespertino, noturno ou integral) frequentado que, após a explicação do objetivo e características da pesquisa, concordaram em participar, assinando o TCLE. Foram excluídos os menores de idade e aqueles que não concordaram com a participação na pesquisa.

O questionário elaborado para a pesquisa era autoaplicável, anônimo, continha dez perguntas fechadas, com informações referentes à idade, período, curso, turno e gênero, e perguntas relacionadas ao tabagismo e à saúde bucal (Quadro 1).

No momento da tabulação dos questionários, para efeito de análise e comparações, foram considerados fumantes aqueles que fumavam pelo menos um cigarro por semana, e haviam fumado pelo menos 100 cigarros na vida; ex-fumantes aqueles que haviam parado de fumar havia mais de um ano; fumantes passivos aqueles que estavam expostos à poluição tabágica ambiental pelo menos uma hora por dia; e não fumantes aqueles que não fumaram durante toda a vida, nem estavam expostos à poluição tabágica ambiental. Fumantes ocasionais (aqueles que fumavam menos de um cigarro por semana e/ou não haviam fumado mais de 100 cigarros na vida), ex-fumantes com tempo de cessação menor que um ano, e aqueles que não atendiam critérios para classificação em um dos quatro grupos foram descartados da amostra.

Os dados de fumantes, ex-fumantes, fumantes passivos e não fumantes foram comparados por meio da razão de chances (Odds Ratio) e por meio dos testes Chi-Quadrado ou Exato de Fisher. Foi realizado teste de Correlação Linear de Pearson para as variáveis Autopercepção de Saúde Bucal, Autopercepção de Necessidade de Tratamento Odontológico, Instrução de Higiene Bucal e Frequência Diária de escovação. O nível de significância adotado foi 5%.

RESULTADOS

Foram aplicados 468 questionários. Destes, 23 (5%) foram excluídos por não se enquadrarem nos grupos definidos (fumantes, ex-fumantes, fumantes passivos e não fumantes), ou por apresentarem inconsistências no preenchimento.

Dos 445 questionários válidos, 99 foram respondidos por aca-

1. Idade: ____ Curso: _____ Período: ____ Turno: _____
2. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3. Fuma?
<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Não, mas já fumei (Durante quanto tempo? _____ Quantos cigarros por dia? _____ Há quanto tempo parou? _____)
<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Sim (Quantas pessoas? _____ Quem? _____)
Há quanto tempo? _____ Quantas Horas por dia? _____ Em que local <input type="checkbox"/> Casa / <input type="checkbox"/> Trabalho / <input type="checkbox"/> Escola / Outro _____
5. Quando foi sua última visita ao dentista? _____
6. Como você descreve a sua saúde bucal?
<input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
7. Com a sua saúde bucal de hoje, como você classificaria sua necessidade de tratamento odontológico?
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Muita
8. Você já teve instruções sobre a correta higienização bucal?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Quantas vezes por dia você escova os dentes?
<input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três
10. Você usa fio dental?
<input type="checkbox"/> Sim todos os dias. Quantas vezes por dia? _____
<input type="checkbox"/> Sim, mas não diariamente. Qual a frequência? _____
<input type="checkbox"/> Não uso fio dental.

Quadro 1 - Questionário desenvolvido para a pesquisa.

dêmicos de cursos de ciências exatas (22%), 203 por acadêmicos de cursos de ciências humanas (46%) e 143 por acadêmicos de cursos de ciências da saúde (32%). A faixa etária mais prevalente foi até 20 anos (n=274, 61,6%), seguida pela faixa etária de 21 a 30 anos (n=149, 33,5%) e apenas 4,9% (n=22) estavam acima dos 30 anos. Quanto ao gênero, 48,5% pertenciam ao masculino e 51,5% ao feminino. Quanto ao tempo de curso, 67% (n=300) haviam cursado menos da metade do curso de graduação e 33% (n=145) haviam cursado mais da metade.

Dentre os participantes, classificavam-se como não fumantes 69% (n=305), fumantes passivos 23% (n=103), ex-fumantes 2% (n=10) e fumantes 6% (n=27). Não houve diferença estatística entre o status tabágico segundo a área cursada (ciências exatas, humanas ou da saúde).

Dentre os universitários não fumantes (n=305), 54% eram do gênero feminino e 46% do masculino; entre fumantes passivos (n=103), 51% eram do gênero feminino e 49% do masculino; entre fumantes (n=27), 22% eram do gênero feminino e 78% do masculino; e, entre ex-fumantes (n=10), a proporção foi igual (50% para cada gênero). A chance de ser fumante (no momento ou no passado) foi 2,7 vezes maior para universitários do gênero masculino (OR 2,712; IC 95% 1,3052- 5,635, p= 0,005741). Não houve diferença estatística entre gêneros para a exposição ao tabagismo passivo.

Para a análise estatística, na autopercepção de saúde bucal e

necessidade de tratamento bucal, fumantes e ex-fumantes foram considerados separadamente, mas para a análise dos fatores de risco para o tabagismo e tabagismo passivo, foram agrupados.

O número de pessoas fumantes com que fumantes passivos e fumantes (agrupados com ex-fumantes) convivem está expresso na Tabela 1. Na Tabela 2 pode-se observar o grau de relação dos participantes expostos à poluição tabágica ambiental (PTA) com as pessoas fumantes com as quais convivem. O tempo diário de exposição e o local de exposição à PTA podem ser observados nas Tabelas 3 e 4, respectivamente.

Tabela 1 - Quantidade de pessoas fumantes com que os participantes da pesquisa expostos à poluição tabágica ambiental (PTA) convivem diariamente.

	1	2	3	Mais de 3	Não Respond.
Fumantes Passivos	51,5%	19,4%	12,6%	13,6%	2,9%
Fumantes e Ex-Fumantes	38,1%	19,0%	19,0%	14,3%	9,5%

Tabela 2 - Relação dos participantes com as pessoas fumantes com as quais convivem diariamente

	Pais	Imãos	Tios	Avós	Amigos	Colegas Trabalho	Outros familiares	Não Resp.
Fumantes Passivos	41,7%	5,8%	9,7%	11,7%	25,2%	7,8%	11,7%	3,9%
Fumantes e Ex-Fumantes	19,0%	9,5%	0,0%	0,0%	61,9%	4,8%	9,5%	4,8%

Tabela 3 - Tempo diário de exposição à Poluição Tabágica Ambiental (PTA)

	Até 4h	5 a 8h	Mais de 8h	Não Resp.
Fumantes Passivos	54,4%	22,3%	6,8%	16,5%
Fumantes e Ex-Fumantes	42,9%	9,5%	33,3%	14,3%

Tabela 4 - Local de exposição à Poluição Tabágica Ambiental (PTA)

	Casa	Trabalho	Escola	Festas/Bares	Outros
Fumantes Passivos	63,1%	25,2%	16,5%	9,7%	1,9%
Fumantes e Ex-Fumantes	52,4%	14,3%	52,4%	9,5%	9,5%

Considerando não fumantes como aqueles que nunca fumaram nem estão expostos à PTA e aqueles que nunca fumaram, mas estão expostos à PTA (fumantes passivos); e como fumantes aqueles que fumam no presente ou fumaram no passado (ex-fumantes), a chance de alguém exposto à poluição tabágica ambiental ser fumante foi 3,8 vezes maior na amostra avaliada (OR 3,8865, IC 95% 1,9539-7,7308, $p < 0,0001$).

Fumantes (considerando fumantes + ex-fumantes) possuíam chance 55% maior de conviver diariamente com duas pessoas fumantes ou mais (OR 1,55; IC 95% 0,5751-4,1803, não

significativo), chance 4,8 vezes maior de conviver com amigos fumantes (OR 4,8125; IC 95% 1,7943-12,9074; $p = 0,00098$), chance 5,5 vezes maior de estar exposto à PTA no ambiente universitário (OR 5,5647; IC 95% 2,0430-15,157; $p = 0,00096$), e chance 7 vezes maior de estar exposto 8 horas por dia ou mais à PTA (OR 7,1818; IC 95% 2,1142-24,3966; $p = 0,00243$), quando comparados aos fumantes passivos.

O percentual de universitários que não haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses anteriores à pesquisa foi maior entre fumantes (22%) e ex-fumantes (40%) que entre não fumantes (12%) e fumantes passivos (14%) ($p = 0,04$).

As autopercepções de saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico segundo o status tabágico podem ser observadas nos Gráficos 1 e 2, respectivamente. Fumantes e ex-fumantes consideraram sua saúde bucal pior ($p < 0,0001$) e maior sua necessidade de tratamento odontológico ($p = 0,0004$), quando comparados a não fumantes e fumantes passivos.

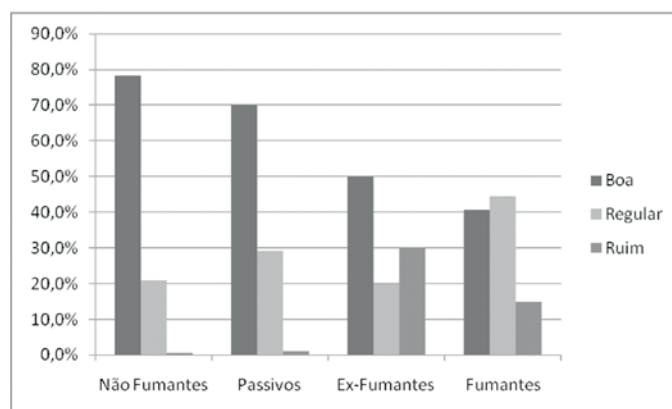


Gráfico 1 – Autopercepção de saúde bucal, segundo o status tabágico.

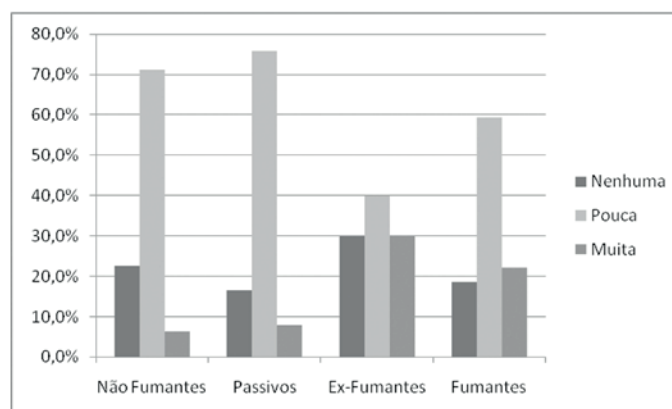


Gráfico 2 - Autopercepção de necessidade de tratamento odontológico, segundo o status tabágico.

Para frequência de escovação (até duas vezes ao dia versus três ou mais vezes ao dia), 87% dos não fumantes afirmaram escovar três ou mais vezes ao dia, contra 88% dos fumantes passivos, 90% dos ex-fumantes e 70% dos fumantes, diferença estatística não significativa. Para o uso de fio dental, 63% dos não fumantes afirmaram usar diariamente (ao menos uma vez ao dia), contra 46,6% dos fumantes passivos, 80% dos ex-fumantes e 44,4% dos fumantes, diferença estatística signifi-

cativa ($p=0,0056$). Quando questionados se já haviam recebido orientação para higienização bucal, 20% dos ex-fumantes e 11% dos fumantes afirmaram não ter recebido qualquer tipo de instrução, contra 2,6% dos não fumantes e 1,9% dos fumantes passivos ($p=0,0008$).

No teste de Correlação Linear de Pearson, para não fumantes houve correlação positiva fraca entre Autopercepção de Saúde Bucal e de Necessidade de Tratamento ($r=0,29$; $p=0,003$), correlação negativa fraca entre Autopercepção de Saúde Bucal e ter recebido Instrução de Higiene Bucal ($r=-0,12$; $p=0,00384$) e entre Autopercepção de Saúde Bucal e Frequência de Escovação ($r=-0,24$; $p=0,0031$). Para fumantes passivos houve correlação positiva fraca entre Autopercepção de Saúde Bucal e Necessidade de Tratamento ($r=0,26$; $p=0,0071$) e correlação negativa fraca entre Autopercepção de Saúde Bucal e Frequência de Escovação ($r=-0,32$; $p=0,001$). Para fumantes, houve correlação positiva entre Autopercepção de Saúde Bucal e Necessidade de Tratamento ($r=0,69$; $p=0,0001$) e correlação negativa entre Autopercepção de Saúde Bucal e ter recebido Instrução de Higiene Bucal ($r=-0,47$; $p=0,0137$). Para ex-fumantes, houve correlação positiva entre Autopercepção de Saúde Bucal e de Necessidade de Tratamento ($r=0,66$; $p=0,0374$) e entre ter recebido Instrução de Higiene Bucal e Frequência de Escovação ($r=0,67$; $p=0,0353$).

DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo correlacionar a autopercepção da saúde bucal e de necessidade de tratamento odontológico com o status tabágico de adultos jovens universitários.

No I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras (I LENADU), a área de estudo com menos universitários investigados foi a de Ciências Biológicas (25,3%), seguida pelas Exatas (25,8%), enquanto a área de Ciências Humanas foi a que obteve o maior número de respondentes (47,3%)⁴. A distribuição entre áreas foi semelhante no presente estudo, sendo que 22% dos questionários foram respondidos por acadêmicos de cursos de ciências exatas, 32% por acadêmicos de biológicas e 46% por acadêmicos de ciências humanas.

Quanto às faixas etárias, 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%)⁴. Neste estudo, a faixa etária mais prevalente foi até 20 anos ($n=274$, 61,6%), seguida pela faixa etária de 21 a 30 anos ($n=149$, 33,5%). Deve-se observar que, no presente estudo, estudantes universitários com menos de 18 anos foram excluídos da amostra, em função da necessidade da autorização dos responsáveis para a participação na pesquisa.

Em relação ao gênero, no I LENADU os universitários respondentes foram 43,1% homens e 56,8% mulheres⁴. No presente estudo, também houve predomínio feminino entre os respondentes (51,5%).

Observou-se prevalência de 6% de fumantes na amostra estudada. Esta ficou abaixo da prevalência de fumantes na população brasileira de 18 anos ou mais observada no VIGITEL 2011³, estimada em 14,8%. Também ficou abaixo da prevalência nacional de fumantes entre universitários (21%) (4). Pode-se evidenciar que, no I LENADU⁴, o questionário se referia ao uso

de tabaco nos 30 dias que antecederam a pesquisa, de maneira que foram considerados tabagistas pessoas que fizeram uso ocasional e experimentadores na mesma categoria, contribuindo para o aumento da prevalência de fumantes. Outro aspecto a ser considerado, é o fato da amostra na presente pesquisa ser composta por indivíduos jovens, e a prevalência do tabagismo aumentar com a idade^{3,4}.

Por outro lado, em se tratando de instituição de ensino superior privada, poder-se-ia esperar prevalência mais alta de tabagismo, como ficou evidenciado no I LENADU, quando universitários de IES privadas relataram uso mais frequente de produtos de tabaco, para todas as medidas pesquisadas (na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias). Ainda nas IES privadas, para as três medidas, houve frequência maior de uso de produtos de tabaco entre os universitários das Ciências Humanas⁴. Já no presente estudo, esta tendência não foi observada.

No mesmo levantamento, o uso de produtos de tabaco entre os universitários do gênero masculino foi um pouco mais elevado, tanto para o uso na vida, quanto para o uso nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, que entre o gênero feminino⁴. Da mesma maneira, na população brasileira com mais de 18 anos, o tabagismo foi mais frequente entre o gênero masculino (18%) que o feminino (12%)³. Também na presente pesquisa, 78% dos fumantes eram do gênero masculino, discrepância ainda mais acentuada.

O percentual de ex-fumantes na pesquisa (2%) ficou bastante abaixo da prevalência nacional observada no VIGITEL 2011 (21,7%)³. Novamente a discrepância pode ser explicada pela diferença de idades nas amostras estudadas, uma vez que o percentual de ex-fumantes aumenta em função da idade³. Ainda assim, o percentual de ex-fumantes identificados pelo VIGITEL 2011 para a faixa etária dos 18 aos 24 anos foi 11%³.

O VIGITEL 2011³ identificou 11,8% de fumantes passivos no domicílio e 12,2% no trabalho. Em estudo pautado na Pesquisa Especial do Tabagismo (PETab), parte constituinte da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), conduzida em 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Passos⁸ *et al.* (2011) observaram que, 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 alta. No presente estudo, 23% dos 445 respondentes foram classificados como fumantes passivos. Os fumantes passivos (considerados apenas entre os não fumantes), no estudo, corresponderam a 25%, percentual superior aos 12% relatados no VIGITEL 2011³, mas inferior aos 33% observados na PETab da PNAD⁸.

A exposição ao tabagismo passivo no trabalho observado por Passos *et al.*⁸ (2011) foi ainda mais alta que a domiciliar, e maior entre homens (55%) que entre mulheres (45%). No presente estudo, o principal local de exposição à poluição tabágica ambiental foi o domicílio (63% dos fumantes passivos relataram estar expostos em casa e 52% dos fumantes e ex-fumantes), seguido pela universidade entre fumantes e ex-fumantes (52%) e pelo local de trabalho entre os fumantes passivos (25%). Passos⁸ *et al.* (2011) não encontraram associação entre a exposição domiciliar à PTA e o gênero, assim como também não foi en-

contrada no presente estudo.

Neste estudo, o percentual de universitários que não haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses anteriores à pesquisa foi maior entre fumantes e ex-fumantes que entre não fumantes e fumantes passivos ($p=0,04$). O mesmo foi observado por Zadik⁹ *et al.* (2009) entre militares de Israel, embora sem diferença estatística significativa. Os autores observaram que 61% de fumantes realizaram consultas odontológicas nos 12 meses que antecederam a pesquisa, contra 72% de ex-fumantes e não fumantes⁹. No presente estudo, os percentuais foram 63% para fumantes e ex-fumantes e 87,5% para não fumantes e fumantes passivos.

Para frequência de escovação no presente estudo, não houve diferenças entre status tabágico, para aqueles que escovavam três vezes ou mais ao dia. Para o uso de fio dental, maior porcentagem de não fumantes e ex-fumantes afirmaram usar diariamente, quando comparados a fumantes passivos e fumantes ($p=0,0056$). Andrews¹⁰ *et al.* (1998), que avaliaram dados de 34 mil pacientes de clínicas particulares no Oregon (EUA), observaram que não fumantes relataram maior frequência de escovação (ao menos duas vezes ao dia) e uso do fio dental (diariamente) quando comparados aos fumantes ($p < 0,001$). Os autores observaram que, independente do status tabágico, 73,5% dos pacientes escovavam os dentes ao menos duas vezes ao dia e 35,6% passavam fio dental diariamente¹⁰. No presente estudo, os percentuais para escovação ao menos duas vezes ao dia e uso de fio dental diariamente foram 99% e 58%, respectivamente, portanto bem mais altos. Vale ressaltar que é necessário questionar a confiabilidade das informações autorreferenciadas de cuidados de saúde bucal dos participantes¹⁰, que, ainda que estejam respondendo ao questionário sozinhos e anonimamente, muitas vezes não respondem a verdade. Como no presente estudo não houve exame bucal para confirmação das informações dadas, esses achados devem ser observados com cautela e podem não refletir a realidade.

Zadik⁹ *et al.* (2009) observaram que mais fumantes autoavaliaram sua saúde bucal como ruim ou razoável, comparados a não fumantes ($p<0,0001$). Morin⁷ *et al.* (2005) também observaram que 47% de fumantes e 32% de ex-fumantes possuíam uma percepção desfavorável de saúde bucal, contra 28% de não fumantes. Os autores consideraram o tabagismo um indicador importante de autopercepção desfavorável de saúde bucal. Os resultados deste estudo concordam com esses achados, uma vez que 57% dos fumantes e ex-fumantes consideraram sua saúde bucal razoável ou ruim, contra 24% de não fumantes e fumantes passivos ($p<0,0001$).

Andrews¹⁰ *et al.* (1998) observaram que fumantes relataram mais frequentemente a necessidade de tratamento odontológico (para cáries, sangramento gengival, mau hálito) que não fumantes ($p<0,001$). Também no presente estudo, fumantes e ex-fumantes consideraram maior sua necessidade de tratamento odontológico ($p=0,0004$), quando comparados a não fumantes e fumantes passivos.

Este foi o primeiro estudo a identificar a higiene bucal autorreferida e autopercepção de saúde bucal de fumantes passivos. A ausência de dados semelhantes na literatura dificultou a análise dos achados, mas observou-se tendência de aproximação das respostas dos fumantes passivos aos não fumantes,

embora haja evidências que fumantes passivos estejam em situação clínica de saúde bucal intermediária em relação a não fumantes e fumantes¹¹. Assim, novos estudos correlacionando a autopercepção de saúde bucal e necessidade de tratamento dentário com os achados clínicos de fumantes passivos e outros status tabágicos são necessários.

CONCLUSÃO

Observou-se prevalência do tabagismo abaixo da média nacional e a média entre universitários. Dentre os fumantes passivos, a maioria é exposta à poluição tabágica na própria residência. Quanto à autopercepção de saúde bucal, os fumantes e ex-fumantes acreditam ter maior necessidade de tratamento odontológico e pior saúde bucal, quando comparados a não fumantes e fumantes passivos.

REFERÊNCIAS

01. World Health Organization. 10 Facts on the Tobacco Global Epidemic. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/en/index.html.
02. World Health Organization. Tobacco. Fact sheet N°339. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>.
03. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/palestras/Lancamento_Vigitel_2011_final_apresenta%C3%A7%C3%A3o.pdf.
04. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Brasília: SENAD; 2010. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/Estudantes/328293.pdf.
05. World Health Organization. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-09.
06. Samorodnitsky GR, Levin L. Self-Assessed Dental Status, Oral Behavior, DMF, and Dental Anxiety. *Journal of Dental Education*. 2005;69(12):1385-89.
07. 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.
08. Passos VMA, Giatti L, Barreto SM. Tabagismo passivo no Brasil: resultados da pesquisa especial do tabagismo, 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3671-3678.
09. 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.
10. Andrews JA, Severson HH, Lichtenstein E, Gordon JS. Relationship between tobacco use and self-reported oral hygiene habits. *JADA*. 1998;129(3):313-320.
11. Arbes Jr SJ, Ágústssdóttir H, Slade GD. Environmental Tobacco Smoke and Periodontal Disease in the United States. *Am J Public Health*. 2001;91(2):253-257.

ABSTRACT

Objective: To correlate oral health self-perception of college students to smoking status. Methodology: cross sectional study with students of a University from Anápolis-GO, which answered a self-applied questionnaire containing 10 questions about smoking status, exposure to Environmental Tobacco Smoke (ETS), and self-perceptions of oral health and dental treatment needs. Results: among the 445 participants, 69% were non-smokers (NS), 23% passive smokers (PS), 2% former smokers (FS) and 6% were smokers (S). Smokers, households with FS showed 4.8 times more chance to live with friends who smoked,

5.5 times higher exposure to ETS in the university environment, and seven times greater exposure 8 hours/day or more to ETS, compared to PS. As for self-perceived oral health, more FS and S rated their oral health as "poor" ($p < 0.0001$), and their dental treatment need as "a lot" ($p = 0.0004$), compared to NS and PS. The percentage of participants who reported ever having received oral hygiene instructions was greater between among S and FS than NS and PS ($p = 0.0008$). Conclusion: S and FS were more likely to consider their oral health "poor" and "a lot" their need for dental treatment, compared to NS and PS.

KEYWORDS: Smoking, Oral Health, Self-perception.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA:

Cristine Miron Stefani

SHCGN 712, Bloco L, Ap. 103

Asa Norte, Brasília, DF

CEP: 70.760-712 Telefone: (61) 99329778

E-mail: cmstefani@gmail.com