

PARTICIPAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

DENTIST 'S PARTICIPATION IN THE TOBACCO CESSATION

DAYANE BUSNARDO^{1*}, LUCIMARA CHELES DA SILVA FRANZIN²

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da UNINGÁ - Centro Universitário Ingá; 2. Doutora em Saúde Coletiva pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Mestre em Odontopediatria - Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo (FOB/USP), Professora Adjunta da UNINGÁ - Centro Universitário Ingá.

* Travessa Rio Claro, 30 Jardim Campo Grande, Paranavaí, Paraná, Brasil. CEP: 87709-380. daygebe@hotmail.com

Recebido em 21/09/2016. Aceito para publicação em 21/12/2016

RESUMO

O tabagismo, ato de consumir cigarro industrializado ou outro produto derivado do tabaco, é na atualidade uma doença crônica, sendo isolada da fumaça do tabaco 4.720 substâncias tóxicas, como a nicotina. Desde a década de 1980, o Ministério da Saúde através do INCA articula ações que participam do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Este Programa tem como meta reduzir a prevalência de fumantes e a morbidade/mortalidade relacionada ao consumo dos derivados do tabaco por meio de ações educativas, de comunicação e de atenção à saúde. Além disso, medidas legislativas e econômicas tem cooperado para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação e proteger a população da exposição passiva à fumaça ambiental do tabaco. O hábito de consumir cigarros é nocivo aos órgãos do corpo, inclusive à cavidade oral. É considerado fator de risco para o câncer bucal, doença periodontal, perdas dentárias e dificuldades nos enxertos ósseos/implantes. Assim o objetivo deste estudo foi apresentar um caso clínico de paciente tabagista de 47 anos de idade, gênero feminino, relatando sua saúde bucal e as estratégias utilizadas pelo cirurgião-dentista da Rede Pública Pr. para a cessação do tabaco e seus derivados, além da prevenção a exposição tabágica de sua família.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção primária, poluição por fumaça do tabaco, relação dentista-paciente.

ABSTRACT

Smoking, consuming act of commercial cigarettes or other tobacco-product, is nowadays a chronic disease, and isolated from tobacco smoke 4720 toxic substances such as nicotine. Since the 1980s the Ministry of Health through the INCA articulates actions that participate in the National Program for Tobacco Control (NPTC). This program aims to reduce the prevalence of smoking and morbidity / mortality related to the consumption of tobacco through educational, communication and health care. In addition, legislative and economic measures have cooperated to prevent smoking initiation, promoting cessation and protect people from passive exposure to environmental tobacco smoke. The habit of consuming cigarettes is harmful to the body's organs, including the oral cavity. It is considered a risk factor for

oral cancer, periodontal disease, tooth loss and difficulties in bone / implant grafts. So the aim of this study was to present a clinical case of smoking patients 47 years of age, female gender, reporting their dental health and the strategies used by dentists Public Network Pr. To the cessation of tobacco and its derivatives, as well as preventing smoking exposure of your family.

KEYWORDS: Primary prevention, pollution by tobacco smoke, dentist -patient relationship.

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é o ato de consumir cigarro industrializado ou outro produto derivado do tabaco¹. É tido como uma doença crônica, sendo que cerca de 4.720 substâncias tóxicas fazem parte da fumaça do tabaco, destacando-se a nicotina, que proporciona dependência física e psicológica.

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde não existe um nível seguro de exposição ao tabaco para os seres humanos, podendo causar câncer, graves enfermidades dos aparelhos respiratório e cardiovascular, invalidez e até levar a morte².

Na mulher pode causar infertilidade, doença hepática, doença na tireoide, úlcera péptica, doença de Crohn, osteoporose e diabetes mellitus³. Ainda em gestantes, o uso do tabaco promove complicações gestacionais com riscos significativos de aborto espontâneo, partos prematuros, gravidez ectópica tubárea e pós-gestacionais^{3,4}. Ainda o tabagismo é causador de um maior risco de acidente vascular cerebral, em especial quando é utilizado paralelamente aos anticoncepcionais⁵.

A intervenção nos tabagistas é a melhor estratégia para a redução em médio prazo da mortalidade relacionada ao tabagismo⁶. Mas, as preocupações não se restringem apenas aos usuários, estima-se que o tabagismo passivo, definido como a inalação da fumaça da queima dos derivados do tabaco por não fumantes ou a exposição involuntária a fumaça do cigarro foi considerada a terceira causa

de morte evitável do mundo, provocando 600 mil mortes de indivíduos expostos à fumaça³. O fumante passivo-criança, a longo prazo, tem maior risco de doenças respiratórias, e o bebê de síndrome de morte súbita⁷. Segundo o estudo de revisão crítica sistemática e meta-análise de Thomas et al.⁸, avaliando intervenções na família com a finalidade de prevenir o uso do tabaco por crianças e adolescentes, há evidências moderadas que este tipo de intervenção evite que este público comece a fumar.

No Brasil, em 1989 o controle do tabagismo tornou-se política de governo, com o lançamento do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) pelo Ministério da Saúde, entregando sua execução ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva⁷, que ficou responsável por planejar e coordenar as ações do programa e disseminar informações sobre o tabagismo e as consequências para a população⁹. Em 1990 a Lei nº 8080 dispôs sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a assistência a saúde, além da organização e financiamento dos respectivos serviços¹⁰.

Em 16 de junho de 2003 o Brasil passou a fazer parte da Convenção-Quadro, sobre o Controle do Tabaco (CQCT), adotada pelos países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰. A CQCT propôs ações visando à redução da prevalência do consumo e exposição da fumaça do tabaco, a ser implementada regional, nacional e internacionalmente^{7,10}. Estas medidas constaram da modificação da política de impostos e preços dos cigarros, restrição da publicidade, além do patrocínio dos produtos derivados do tabaco, tratamento dos dependentes da nicotina, combate ao comércio ilícito do cigarro, e criação de uma legislação para evitar o tabagismo passivo⁹. No ano de 2013 a portaria nº 571/GM/MS atualizou o cuidado a pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema¹⁰.

Considerando a relevância da política do controle do Tabaco no declínio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, a Portaria nº 761 de 21 de junho de 2016 publicou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas a Dependência a Nicotina¹⁰. Esta abordagem do fumante para a cessação de fumar tem como fundamentação as intervenções cognitivas e treinamento das habilidades comportamentais, a fim de promover a cessação e prevenção da recaída. É realizada em sessões periódicas com grupos de apoio ou de forma individual. Em alguns casos é necessária a complementação medicamentosa por meio de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN). Isto se faz por meio de adesivo intradérmico ou goma de mascar ou pastilha; e Cloridrato de Bupropiona (medicamentos de 1ª linha) ao fumante¹⁰.

Segundo a OPAS¹¹ o critério de fumante é designado ao indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços de cigarros em sua vida e ainda fuma. Já a OMS considera como dependente de nicotina o fumante que apresenta três

ou mais destes sintomas nos últimos 12 meses: forte desejo para o consumo da nicotina; dificuldade para o controle do seu uso; quando há reações físicas decorrentes da abstinência fisiológica da droga ou sua redução; tolerância a nicotina, sendo necessárias doses crescentes a fim de produzir efeitos semelhantes aos anteriores com doses mais baixas; abandono progressivo de outros prazeres em prol do uso da substância; e persistência no seu uso embora tenha conhecimento da sua nocividade^{12,13}.

Grande parte da população de fumantes tem o desejo de parar com o hábito, porém esbarram na dependência que a nicotina, uma droga psicoativa presente no cigarro causa. A abstinência de nicotina promove a sensação de irritabilidade, inquietação, ansiedade, insônia, agressividade, cefaleia, sudorese, tontura, náuseas e vômitos¹².

Se a intervenção para a cessação do uso do tabaco e seus derivados é fundamental para a redução em médio prazo da mortalidade relacionada ao tabagismo^{12,14}, é fundamental a participação de todos os profissionais da saúde, bem como da comunidade em geral para estas ações. Segundo a Pesquisa Especial sobre o Tabagismo, cerca de 40% dos profissionais da saúde não dão a devida relevância ao tabagismo como fator de risco e/ou doença⁷.

Fabricio¹ realizou um estudo com 136 profissionais de saúde da Atenção Básica e área hospitalar do município de Dois Córregos. Destes 7 eram dentistas e 6 auxiliares de saúde bucal. Do total pesquisado 92,7% dos profissionais nunca exerceram atividades para a cessação do tabagismo, 66,2 % reconheceram insuficiente o conhecimento que possuíam sobre o tratamento. A maioria 73,5% reconheceu a relevância do tema e citaram que gostariam e aprender mais. Concluiu haver falhas dos profissionais de saúde estudados na orientação para a cessação do tabagismo, falhas no conhecimento e ausência de ações estruturadas para a abordagem dos tabagistas quanto aos efeitos nocivos do tabaco e os benefícios da cessação.

A literatura¹⁵ cita que embora cerca de 50% dos tabagistas tentem parar de fumar, somente 57,5% recebem este tipo de aconselhamento de um profissional da área da saúde e poucos recebem acompanhamento adequado. O profissional da saúde deve realizar uma avaliação clínica do tabagista, para planejar as estratégias do tratamento para a cessação do uso do tabaco. Faz-se necessária uma boa relação entre o profissional e o paciente, a fim de abordar o tabagista no momento adequado³.

Dentre os aspectos da história tabágica, deve-se pesquisar¹⁶: a idade em que se iniciou o uso do tabaco; o número de cigarros fumados ao dia; tentativas de cessação; tratamentos anteriores, recaídas e motivos destas recaídas; sintomas de abstinência; exposição passiva ao fumo e fatores associados ao tabaco¹⁷; analisar os graus de dependência e de motivação; os sintomas associados ao fumo (como tosse, dispnéia, expectoração, dor torácica)¹⁹; investigação de comorbidades em associação ao tabaco; quais os medicamentos em uso; se apresenta alergias ou

antecedentes familiares. Esta avaliação poderá dar informações para a seleção do tratamento mais indicado para cada caso¹⁶.

Estimava-se que no ano de 2020, o número de mortes anuais decorrentes do tabagismo chegará a 10 milhões de pessoas, concentradas principalmente nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil^{20,21}. A idade para o início do hábito de fumar está cada vez mais precoce, com um aumento na prevalência de tabagismo entre os adolescentes, que têm alta probabilidade de tornarem-se adultos fumantes²².

Segundo Oliveira *et al.* (2015)²³ tabagismo constitui-se no maior fator de risco para as doenças periodontais, sendo responsável pela: diminuição da vascularização, alteração da resposta inflamatória e imunológica, bolsas periodontais mais profundas, maior perda de inserção periodontal e interferência na cicatrização pós terapias. À medida que aumenta o tempo de duração e/ou a quantidade de cigarros fumados, aumentam também a perda óssea/dentária, a profundidade de sondagem, reabsorção alveolar e a perda de inserção periodontal^{26,27,28}. Outros fatores parecem também estar envolvidos como diabetes, estresse, medicamentos, fatores hormonais e nutricionais; o tabagismo que, de diversas formas, alteram a resposta imunológica do hospedeiro, tornando-o mais susceptível ao desenvolvimento e progressão da doença periodontal²¹.

Outra patologia associada ao tabagismo é o aumento do risco de câncer bucal; leucoplasia; gengivite ulcerativa necrosante aguda; candidíase bucal e os abscessos, causados por microrganismo anaeróbios²⁹. O ato de fumar provoca uma vasoconstrição periférica e, prejuízo à cicatrização de feridas na boca. Estudos não relatam evidências do efeito do tabagismo na incidência de cárie dental, porém, há indicações de que alterações no PH e na capacidade tampão da saliva possam contribuir para sua formação²⁹.

Diante dessas alterações sistêmicas e bucais, programas de cessação do tabaco devem priorizar a prevenção, sendo essas ações clinicamente eficazes e benéficas, em se tratando de custo efetivo para a Saúde Pública³⁰. As ações utilizadas para a cessação do tabagismo são comprovadamente eficazes em ambos os gêneros, todas as raças e grupos étnicos, com destaque para as mulheres grávidas²⁵. Recomenda-se para isso a associação entre o aconselhamento profissional e o tratamento medicamentoso, visando o aumento nas taxas de abstinência. O papel do dentista nesse processo esbarra na falta de conhecimento sobre como ajudar o paciente a parar de fumar, a falta de tempo e de pagamento para essa intervenção. Porém frente às implicações (sistêmicas e bucais), é de suma importância que os profissionais de odontologia estimulem seus pacientes a pararem com o hábito nocivo³⁰.

De acordo com Fabricio¹, o tema tabagismo é atual e de extrema relevância para o cuidado em saúde, apesar

disso há escassez de estudos brasileiros abordando o conhecimento de profissionais da área da saúde da atenção básica, quanto ao programa de cessação de tabagismo. Assim o objetivo deste estudo foi apresentar uma revisão da literatura e um caso clínico de paciente tabagista de 47 anos de idade, gênero feminino, relatando sua saúde bucal e as abordagens utilizadas pelo cirurgião-dentista da atenção primária para a cessação do tabaco e seus derivados, além da prevenção à exposição tabágica de sua família.

2. RELATO DE CASO

Paciente de 47 anos de idade, gênero feminino, solteira, compareceu a um consultório da Rede Pública do Sistema Único de Saúde - SUS, em busca de tratamento de extrações dos dentes remanescentes inferiores, queixando-se “que estavam muito feios” e instalação de uma prótese total na arcada superior. Na anamnese a paciente relatou fazer uso de medicamentos para esquizofrenia e ser tabagista. O exame clínico intrabucal constatou que na arcada superior era edêntula (Figura 1), e na arcada inferior estavam presentes os dentes 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33 e 34, bastante pigmentados com uma coloração negra (Figura 2). O exame radiográfico dos dentes inferiores mostrou perda óssea (Figuras 3). A paciente disse sentir-se com baixa autoestima e ser tabagista desde a idade de 14 anos, fumando na atualidade cerca de 80 cigarros ao dia e que todos eles lhe traziam muita satisfação. Foi aconselhada sobre a cessação pelo cirurgião-dentista da atenção primária, mas “disse que não conseguiria, devido à perda de um familiar recentemente, e sentir-se muito fragilizada, necessitando do apoio do cigarro”. Após ser informada pelo cirurgião-dentista sobre a possibilidade da cessação do tabagismo com terapia de grupo e/ou reposição da nicotina se mostrou interessada. Foi indicada a participação em um grupo de apoio a cessação do tabagismo, em uma das Unidades Básicas da Rede Pública do município em que morava. Em relato informal disse que seu pai também era tabagista durante sua infância; que fuma seu primeiro cigarro logo após acordar, e acha difícil não fumar em lugares proibidos. Citou fumar regularmente durante todo o dia, não havendo um horário específico para o hábito, e mesmo quando se sente doente continua com o hábito. É solteira, não possui filhos, mora com a família da irmã que possui crianças, mas disse fumar só fora de casa. Apresentava sintomas como tosse, expectoração, chiado no peito, falta de ar, dor no tórax, palpitações, tonturas e já teve desmaios. Após a profilaxia dos dentes inferiores (Figura 4) e agendamento para a instalação da prótese total superior, a paciente se mostrou motivada a cuidar dos dentes e participar do programa de cessação do tabagismo municipal. Atualmente, após a colocação das próteses total superior e parcial inferior (Figuras 5 e 6) ofertadas pela Rede Pública Odontológica, tem participado há 30 dias de uma terapia de grupo (semanal) para cessação do tabagismo; mas ainda tem apresentado o

hábito de fumar, no entanto diz ter se sentido acolhida e estar motivada a cessar com o hábito.



Figura 1. Edentulismo – arcada superior.



Figura 2. Dentes inferiores pigmentados– vistas frontal e lingual.



Figura 3. Exames radiográficos dos dentes inferiores.



Figura 4. Arcada inferior pós-profilaxia - vista frontal e lingual.



Figuras 5. Reabilitação com prótese total na arcada superior e prótese parcial na arcada inferior.



Figuras 6. Aspecto final- sorriso do paciente.

3. DISCUSSÃO

O tabagismo é visto como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade. Segundo a literatura, há um predomínio do início do uso do tabaco entre os 15 e 25 anos, como no caso apresentado, cuja paciente iniciou aos 14 anos de idade e permaneceu com o hábito. Em concordância Malcon *et al.* (2003)²² citaram que dos indivíduos que continuam a fumar após os 20 anos, 95% se tornam fumantes regulares.

O crescimento do uso do cigarro por jovens é estimulado pela aceitação social, legalização comercial e precocidade no início do hábito de fumar, culminando com o

desenvolvimento de doenças tabaco-relacionadas entre pessoas jovens e adultas, economicamente ativas³¹. Dentre os fatores de risco para tabagismo na adolescência, incluem-se gênero e idade, nível socioeconômico, fumo dos pais ou irmãos e dos amigos, rendimento escolar, trabalho remunerado e separação dos pais, também o hábito de fumar dos amigos e irmãos mais velhos estão associado ao tabagismo em adolescentes²². Neste caso a paciente relatou que seu pai era tabagista durante sua adolescência, e por apresentar distúrbios emocionais, faz do cigarro “um apoio psicológico”.

Entre os efeitos deletérios do tabagismo sobre os tecidos bucais, está a halitose e manchamento dos dentes, que são um importante desencadeador da doença periodontal ou do seu exacerbamento^{23,27}. Pacientes tabagistas requerem um cuidado intensivo e orientações quanto à interrupção do hábito, previamente às cirurgias periodontais e de implante²⁷. As práticas de higiene bucal, como escovação dentária, uso de enxaguatórios e fio dental, desempenham importante papel na prevenção das patologias orais e periodontais²³.

Para a avaliação clínica do fumante se faz necessário coletar a história tabagista. É relevante encaminhar o paciente para um tratamento multidisciplinar³. O aconselhamento realizado sistematicamente por diferentes categorias profissionais apresentam maiores chances de sucesso, levando a abstinência do tabagista, quando comparados a indivíduos atendidos por apenas um profissional de saúde¹. Profissionais envolvidos em programas de cessação tabagista devem participar de treinamento e programa de capacitação e apoio, para realizarem intervenções em seus pacientes, a fim de explicar-lhes sobre o impacto do tabaco sobre a saúde geral e bucal, discutir sobre a terapia de reposição nicotínica, auxiliando assim na cessação do hábito²³.

O cirurgião-dentista, pelo seu contato mais próximo e frequente com os pacientes durante o tratamento odontológico, tem oportunidade privilegiada de promover esse trabalho de forma efetiva²¹, em linguagem clara e acessível³², conforme preconizado no caso apresentado. Deve ser instituída a realização de raspagem periodontal periódica e acompanhamento para controle do biofilme dentário, além das mudanças de hábitos de higiene oral²³. Razali *et al.* (2005)³³ constataram que fumantes possuem risco quatro vezes maior de ter periodontite quando comparados a não fumantes. Como no relato de caso apresentado, a paciente apresentava perdas ósseas, edentulismo na arcada superior e ausência de vários dentes na arcada inferior, além de fumar mais de 80 cigarros ao dia (fumante pesado). Concordando com o estudo de Júnior *et al.* (2009)²⁷ que comparou grupos não fumantes, fumantes moderados (10 cigarros ou menos/dia) e fumantes pesados (mais de 10 cigarros/dia) num período de quatro anos, concluindo que as perdas ósseas são significativamente

maiores nos pacientes fumantes, principalmente na maxila, nos fumantes pesados. Corroborando, sugere-se que o número de cigarros fumados por dia, a história de tabagismo, o tempo que o paciente faz uso do tabaco, estejam diretamente relacionados com a severidade da doença periodontal²³, comprovada por meio de estudo de análise radiográfica de perda óssea marginal³³. Franca *et al.*²⁶ citam que fumantes de ambos os gêneros apresentam maior quantidade de biofilme dental do que não fumantes, havendo uma relação entre o tabaco e a presença de cálculo subgingival.

Na atualidade, associada ao tratamento odontológico para a cessação do consumo de tabaco, tem-se a terapia antitabagista com fármacos, considerada um recurso adicional quando a intervenção comportamental não é suficiente no tratamento³. Fumantes com elevada dependência necessitam de métodos auxiliares para ajudar no abandono do cigarro, como a terapia de reposição de nicotina (TRN)¹⁴ ou medicamentos como a bupropiona e o topiramato^{3,34}. A literatura ainda cita em um estudo de metanálise, melhor efetividade e maior segurança da terapia medicamentosa com Varenicline em relação a Bupropiona para mulheres³⁴.

Dentre os benefícios para a saúde após a cessação do tabagismo, inclui a redução de 30 a 50% do risco de câncer de pulmão, diminuição do risco de doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, cânceres de boca e problemas na cavidade bucal¹⁹. Além desses benefícios, ainda influenciará direta ou indiretamente na saúde sistêmica, e na melhora da qualidade de vida destes indivíduos²¹. Um tratamento com maior sucesso ocorre em centros antitabagistas, com uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, sempre contando com o apoio dos familiares do paciente³².

4. CONCLUSÃO

A atuação dos profissionais da equipe de saúde, em especial os da Odontologia, pode fazer a diferença, abordando seus pacientes para a prevenção, cessação do uso do tabaco e seus derivados, e prevenção das recaídas. Os efeitos deletérios do tabagismo na saúde bucal podem ser revertidos por meio da redução do uso da nicotina, baseados em intervenções cognitivas e treinamento das habilidades comportamentais. Obtendo-se assim melhora na saúde bucal dos pacientes, prevenindo periodontites, cânceres bucais, perdas dentárias, biofilme dental, pigmentações antiestéticas e até a morte, além de alertá-los sobre a saúde do seu familiar (fumante passivo). O odontólogo deve procurar reforçar a importância de cessar este hábito altamente nocivo, sugerindo formas de vencer os obstáculos e facilitando seu acesso em grupos de apoio do Sistema Único de Saúde. Assim, este estudo deu ênfase a atuação do profissional da saúde na motivação a cessação do

uso do tabaco e seus derivados, com a paciente se mostrando motivada para a manutenção da sua saúde bucal e ao autocontrole para melhora de sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- [1] Fabricio NFTN. Avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de cessação do tabagismo. Dissertação de Mestrado- Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" Faculdade de Medicina - Botucatu, 90 fls. 2015.
- [2] Brito RU, Pretto E, Teixeira, PJZ. Estratégias Atuais de Combate ao Tabagismo. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul • Ano XVIII nº 20 Set/Out/Nov/Dez 2010.
- [3] Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo. J. bras.pneumol. vol.34 no.10 São Paulo Oct. 2008.
- [4] Motta GCP, Echer IC, Lucena AF. Fatores associados ao tabagismo na gestação. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original 18(4):[08 telas] jul-ago 2010.
- [5] Lombardi EMS, Prado GF, Santos UP, Fernandes FLA. O tabagismo e a mulher: riscos, impactos e desafios. J Bras-Pneumol. 2011; 37(1):118-28.
- [6] Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2012.
- [7] Inca [página na Internet]. Global adult tobacco survey---Brazil report. Rio de Janeiro: Inca; 2013.
- [8] Thomas RE, Baker PRA, Thomas BC. Family-based interventions in preventing children and adolescents from using tobacco: a systematic review and meta. analysyS. 2016; 16(5):419-429.
- [9] Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
- [10] Inca. Diário Oficial da União. Portaria nº 761 de 21 de junho de 2016. Por um mundo sem tabaco- "Valida às orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina". [Acesso 04 ago. 2016]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/autenticidade.html> pelo código 00012016062200068.
- [11] Opas. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guías para el Control y Monitoreo de la Epidemia Tabaquica, 1995.
- [12] Who. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines, 1992.
- [13] Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Rio de Janeiro, 2014.
- [14] OPS. Informe sobre Control del Tabaco em la región de las Américas: a 10 años del convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud par el Control del Tabaco. 2016. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867_spa.pdf.sequence=1&isAllowed=y&ua=1.
- [15] Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2015. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2015.
- [16] Tanni SE, Godoy I, Godoy I. Tabagismo – intervenções motivacionais e farmacológicas. In: Cukier A, Godoy I, Pereira MC, Fernandes PMP. Pneumologia: atualização e reciclagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 107-14.
- [17] Salmória JG, Oliveira BR. Crianças de centro de educação infantil: exposição ao fumo passivo. Maringá. 2006; 5:16-23.
- [18] Laden F, Chiu YH, Garshick E, Hammond SK, Hart JE. A cross-sectional study of secondhand smoke exposure and respiratory symptoms in non-current smokers in the U.S. trucking industry: SHS exposure and respiratory symptoms. BMC Public Health. 2013; 13:93.
- [19] Araújo AMF, Silva AHMFT, Vabos RV. Prevalência de sintomas e doenças respiratórias em crianças na idade escolar, fumantes e não fumantes passivas. Pulmão. 2006;15(1):16-19.
- [20] Sallum AW, César Neto JB, Sallum EJ. Tabagismo e a doença periodontal. Rev Periodontia 2007; 17: 46-54.
- [21] Rosa EF, Inoue G, Takano RK, Assirati PHB, Corraini P, Carvalho VF. O papel do cirurgião dentista no abandono do hábito de fumar. R.Periodontal 2009 dez.19(4).
- [22] Malcon MC, Menezes AM, Maia MFS, Chatkin M, Victora CG. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. Rev Saúde Pública 2003; 37(1):1-7.
- [23] Oliveira RV, Peralta FS, Francisco RF, Aquino DR, Scherma AP. Avaliação dos hábitos de higiene bucal de fumantes. Braz J Periodontol 2015 dez.; 25(4).
- [24] Desalu OO, Adekoya AO, Elegbede AO, Dosunmu A, Kolawole TF, Nwogu KC. Conhecimento e práticas para a cessação do tabagismo entre médicos nigerianos. J Bras Pneumol. 2009; 35(12):1198-203.
- [25] Fontanella BJB, Secco KND. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de Unidades de Saúde da Família. J Bras Psiquiatr. 2012; 61 (3):168-75.
- [26] Franca MSM, Gomes RCB, Lins RDAU, Santos PAV, Lima FJ. Influência do fumo sobre a condição periodontal. Stomatós 2010; jul.-dez. 16(31).
- [27] Júnior AR, Hadad S, Weinfeld I. Tabagismo e a perda óssea peri-implantar. BiomaterEsthet, 2009 set.-dez. 4(3):65-69.
- [28] Carvalho SV. Condições gengivais de pacientes fumantes. Ver Saúde Publica 2000; 3: 23-9.
- [29] Manual Colgate. The oral care reports news. Boletim Informativo sobre avanços em Odontologia e Saúde Bucal. Controle do Tabagismo na Prática Odontológica, 2015.
- [30] Santos JDP, Duncan BB, Sirena AS, Vigo A, Abreu MNS. Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. Epidemiol. Serv Saúde. 2012 jan. – mar.; 21(4):579-88.
- [31] Almeida AF, Mussi FC. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. Rev. esc. enferm. USP 2006 dez. 40(4).
- [32] Marin C, Ramos FK, Zanatta GB, Bontan ER. Avaliação do nível de informação sobre doenças periodontais dos pacientes em tratamento na clínica de periodontia da Univali, RSBO 2008; 5(3): 20-6.

- [33] Razali M, Palmer RM, Coward P, Wilson RF. A retrospective study of periodontal disease severity in smokers and non-smokers. *British Dental Journal* 2005; 4: 80-8.
- [34] Miranda FV. Estudo do efeito do fumo sobre a velocidade de proliferação das células da mucosa bucal- ação da suspensão do hábito. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Mestrado em Patologia Bucal, 2009.