USO INDISCRIMINADO DA NICOTINA E SUA INTER-RELAÇÃO COM A CAVIDADE ORAL

INDISCRIMINATED USE OF NICOTIN AND ITS INTERRELATION WITH ORAL CAVITY

Ana Yukico Haiano Takao¹, Aryane Gomes Araújo¹, Larissa Prêda da Silva Xavier¹, Lisandra Alves Alencar¹, José Mateus Dos Santos Júnior², Paulo José de Figueredo Júnior³, Maisa França Teixeira⁴

¹Acadêmicos do Curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia-, Goiás, Brasil.

²Mestrado Profissional em Odontologia na Área de Patologia e Estomatologia pelo Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, Brasil(2019) Coordenador de extensão da Faculdade Evangélica Goianésia , Brasil.

³Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Especialização em Implantodontia pela Faculdade de Tecnologia do Ipê / Instituto Kennedy de Odontologia , Especialista em Periodontia pela Associação Odontológica de Ribeirão Preto-SP (AORP) / Faculdade de Tecnologia Ipepo, Professor da Faculdade Evangélica de Goianésia.

⁴Doutorado em Geografia pela Universidade Federal do Paraná, Brasil(2016), Professor Adjunto da Faculdade Evangélica de Goianésia , Brasil

Resumo: Descrever os riscos e malefícios do tabagismo na saúde bucal, demonstrar os prejuízos causados em pacientes fumantes, identificar e analisar as possíveis complicações e sugerir maior integração dos cirurgiões-dentistas nos grupos prevalentes ao tabagismo. O uso do tabaco contribui para o aparecimento de diversas doenças orais e pode refletir de maneira negativa na saúde geral do paciente, por conter substâncias tóxicas, causar dependência e ser um fator de risco para doenças severas. Dentre as principais doenças causadas pelo tabaco estão o câncer e a doença periodontal, já que o tabaco destrói as células e reduz as chances de cicatrização. Mediante tal constatação, na interação com um paciente tabagista é necessário demonstrar e esclarecer com detalhes os males causados pelo tabaco. Fornecendo saídas para interromper os hábitos, seja com medicamentos, ou estimulação para que o paciente não retorne para a dependência tabágica. Proporcionando ao paciente e ao ambiente clínico odontológico prestação de serviço e qualidade de vida.

Palavras-chaves: Doenças Bucais; Fumo; Tabagismo; Trabalho Multidisciplinar.

Abstract: To describe the risks and harms of smoking in oral health, demonstrate the damage caused to smoking patients, identify and analyze possible complications and suggest greater integration of dentists in the groups prevalent in smoking. Tobacco use contributes to the appearance of several oral diseases and can negatively reflect on the general health of the patient, as it contains toxic substances, is addictive and is a risk factor for severe diseases. Among the main diseases caused by tobacco are cancer and periodontal disease, since tobacco destroys cells and reduces the chances of healing. Upon such finding, in the interaction with a smoking patient it is necessary to demonstrate and clarify in detail the evils caused by tobacco. Providing ways to interrupt habits, either with medication, or stimulation so that the patient does not return to smoking. Providing the patient and the dental clinic environment with the provision of service and quality of life.

Keywords: Oral diseases; Smoke; Smoking; Multidisciplinary work.

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado uma doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS) devido às alterações físicas, emocionais e comportamentais que provoca. Além disso, é uma droga que contém mais de 4.700 substâncias químicas nocivas para o organismo. A nicotina encontrada no tabaco é uma substância psicoativa que causa dependência. Provoca mudanças no estado emocional, produzindo uma sensação de prazer. A ingestão contínua gera tolerância à droga. Com o passar do tempo, o fumante passa a ter necessidade de consumir cada vez mais cigarros¹.

Com as medidas propostas pelo Ministério da Saúde espera-se diminuir o consumo de produtos do tabaco, diante aos impostos mais altos para evitar o comércio ilegal de cigarros. Mediante a queda no consumo do tabaco, espera-se resultados positivos no combate às doenças crônicas não-transmissíveis³.

A cessação definitiva do tabagismo é muitas vezes iniciada sem grandes resultados, a porcentagem de recaídas durante o processo da interrupção é cometida por várias vezes. Apenas com várias tentativas e persistência que usuários conseguem se livrar do fumo²⁴.

A interrupção do tabagismo deve ser parte integrante dos pacientes odontológicos que fumam, e é responsabilidade de todos os profissionais de cuidados odontológicos abordar esta questão com os seus pacientes. A equipe odontológica está em boa posição para fazer este tratamento, uma vez que vê os pacientes regularmente, como parte da contínua rotina do tratamento dental²².

2. REVISÃO DE LITERATURA

O tabagismo é considerado uma doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS) devido às alterações físicas, emocionais e comportamentais que provoca. Além disso, é uma droga que contém mais de

4.700 substâncias químicas nocivas para o organismo. A nicotina encontrada no tabaco é uma substância psicoativa que causa dependência. Provoca mudanças no estado emocional, produzindo uma sensação de prazer. A ingestão contínua gera tolerância à droga. Com o passar do tempo, o fumante passa a ter necessidade de consumir cada vez mais cigarros¹.

Diante o aumento do consumo de cigarros por dia, o metabolismo do corpo humano sofre consequências que conforme os anos podem tornar-se irreversíveis. O tabagismo ativo e a exposição passiva à fumaça do tabaco estão relacionados ao desenvolvimento de aproximadamente 50 enfermidades, dentre as quais vários tipos de câncer, doenças do aparelho respiratório (enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma, infecções respiratórias) e doenças cardiovasculares (angina, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, aneurismas, acidente vascular cerebral, trombozes). Há ainda outras doenças relacionadas ao tabagismo: úlcera do aparelho digestivo; osteoporose; catarata; patologias buco-dentais; impotência sexual no homem; infertilidade na mulher; menopausa precoce e complicações na gravidez².

Com as medidas propostas pelo Ministério da Saúde espera-se diminuir o consumo de produtos do tabaco, diante aos impostos mais altos para evitar o comércio ilegal de cigarros. Mediante a queda no consumo do tabaco, espera-se resultados positivos no combate às doenças crônicas não-transmissíveis³.

O consumo do tabaco é muitas vezes iniciado na juventude, em média entre 13 e 14 anos de idade. O desenvolvimento precoce do fumo, estabelece um aumento da gravidade da dependência aos problemas a ela associadas⁴.

O tabagismo, antes visto como um estilo de vida é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. O percentual de mortes devido ao uso do tabaco já corresponde há 4,9 milhões de mortes anuais, resultando em mais de 10 mil mortes por dia. Caso o seu consumo seja expandido pelos seus usuários, esses números

irão aumentar para aproximadamente 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos na sua idade produtiva (entre 35 e 69 anos)⁴.

O tabaco tornou-se uma epidemia, com grandes ameaças à saúde pública, ocorrendo um total de 8 milhões de óbitos por ano. Mais de 7 milhões desses indivíduos são caracterizados pelo uso direto do tabaco, enquanto mais de 1,2 milhão de mortes são resultado do fumo passivo, inalado por terceiros⁵.

Diante estudos direcionados a dependência tabágica foi constatado que 80% dos mais de 1,1 bilhão de fumantes, são pessoas de baixa e média renda, onde as diretrizes de saúde pública são denominadas mais difíceis de promover prevenção, devido ao alto índice de fumantes, a carga das doenças que relacionam o tabaco e morte é mais pesada⁵.

O cigarro apresenta aproximadamente quatro mil e setecentas substâncias tóxicas. Entre elas as que mais preocupam são: a nicotina, o alcatrão, e o monóxido de carbono. Responsáveis pela dependência química, pelo aparecimento de diversos tipos de câncer e pelo envelhecimento precoce⁶.

O fumo pode, pelo menos teoricamente, interferir na formação da placa bacteriana, permitindo o estabelecimento de periodontopatógenos ou colaborando para um maior acúmulo de placa. A nicotina e seus metabólitos, como a cotidina, quando absorvidos pelos tecidos, se ligam a receptores específicos induzindo a liberação de epinefrina, que provocará vasoconstrição periférica e, por conseguinte, reduzirá a capacidade de drenagem dos catabólitos teciduais⁷.

O Brasil, desde a década de 1980, tem se destacado por desenvolver políticas de controle progressivamente mais eficazes, o que fez reduzir a prevalência do tabagismo, na população adulta, de 35% em 1989(18) para os atuais 14,7% em 2013⁸.

Mais de 5 milhões de fumantes ativos morrem todos os anos em decorrência do vício. Trata-se da principal causa evitável de morte no mundo e o número

deve subir para 8 milhões de óbitos até 2030 se medidas preventivas não forem adotadas⁹.

Estima-se que 60% daqueles que venham a fumar por mais de seis semanas continuarão fumando por mais 30 anos. Embora o primeiro uso do cigarro seja tipicamente marcado por efeitos desagradáveis, como dor de cabeça, tonturas, nervosismo, insônia, tosse e náusea, esses efeitos diminuem rapidamente. Isto possibilita novas tentativas até que se desenvolva tolerância à droga, estabelecendo um padrão típico de consumo diário. Num período que pode ser de apenas alguns meses, alguns fumantes já começam a apresentar os primeiros sintomas de uma síndrome de abstinência¹⁰.

A expectativa de vida de um indivíduo que fuma muito é 25% menor que a de um não fumante. Nos últimos 20 anos, a educação e a persuasão não foram suficientes para promover uma mudança política, cultural e social relacionada ao comportamento de fumar¹⁰.

No geral, os poluentes do cigarro atacam a dentina e amarelam os dentes. A ação irritativa é causada por processos inflamatórios que acometem as gengivas e os alvéolos dentários, facilitando o aparecimento de infecções e perda de dentes¹¹.

No corpo humano, o cigarro pode influenciar aproximadamente 50 doenças diferentes. O uso do tabaco é considerado um fator de risco para muitas doenças orais, por isso o tabagismo é um fator inimigo para a saúde bucal. Dentre os principais danos do tabaco estão o câncer bucal, sendo que 90% das pessoas que morrem com câncer bucal são fumantes, doença periodontal, halitose, câncer de faringe, câncer de laringe, câncer de esôfago, além de manchas nos dentes, na língua e na mucosa¹².

Na cavidade oral o uso do tabaco é um fator de risco para uma série de doenças orais. Dentre os principais danos do tabaco na cavidade bucal estão o câncer de boca, a doença periodontal, halitose e manchas nos dentes, na língua e na mucosa. Dentre as pessoas que morrem de câncer bucal, 90% são fumantes¹³.

O tabagismo está relacionado a 30% das mortes de câncer. É um dos fatores de risco para desenvolver

carcinomas no aparelho respiratório, esôfago, estômago, pâncreas, rim e bexiga. A nicotina induz tolerância e dependência, levando a sensações de prazer e recompensa¹⁴.

A relação à pele, como o cigarro diminui o calibre das veias e também a chegada de oxigênio, o resultado é envelhecimento precoce da pele, com o aparecimento de rugas, em média 20 anos mais cedo que em não fumantes. Além do aumento do risco de osteoporose, principalmente em mulheres, pode aumentar em três vezes o risco da catarata⁶.

O cigarro provoca os seguintes males: hipertensão arterial, infarto do miocárdio, aterosclerose, bronquite crônica, angina pectoris, tromboangite obliterante, enfisema pulmonar, cânceres de pulmão, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, bexiga, rim, faringe, colo de útero, mama, reto, intestino, e próstata, diabetes, otite, amigdalite, osteoporose, acidente vascular cerebral, aneurisma da aorta, estomatite, aborto, linfoma, catarata, tuberculose, deslocamento prematuro da placenta, sinusite, entre outras⁶.

Trinta por cento das mortes por câncer são causadas pelo tabaco, sendo o principal fator de risco para o desenvolvimento de carcinomas do aparelho respiratório, esôfago, estômago, pâncreas, cervix uterina, rim e bexiga. A nicotina por sua vez leva a sensação de prazer, estimula o Sistema Nervoso Central, aumenta o estado de alerta e reduz o apetite¹⁴.

O uso do tabaco demasiado é um risco para diversas doenças bucais, sendo os primeiros danos o câncer de boca, a doença periodontal, a halitose, o escurecimento dos dentes e da mucosa¹⁵.

A doença periodontal, tanto a gengivite como a periodontite e a inflamação da gengivite ou dos tecidos que sustentam o dente, pode ocasionar sangramento durante a escovação e em casos mais severos, a reabsorção dos tecidos de sustentação do dente, levando à mobilidade dental. Os fumantes têm um acúmulo maior e placa bacteriana que seria o principal fator de aparecimento destas doenças, já que o cigarro agride as

células da mucosa da boca diminuindo a cicatrização e a defesa, ficando, com isso, mais sujeita à ação de bactéria, vírus e fungo¹⁶.

O fumo exerce influência na presença de micro-organismos na placa, favorecendo a colonização e crescimento de espécies como as do complexo vermelho, *Porphyromonas gingivalis* e *Tannerella forsythia* e do complexo laranja, *Prevotella intermedia*, *Prevotella nigrescens*, *Fusobacterium nucleatum*, *Campylobacter rectus* e *Parvimonas micra*, associadas à doença periodontal¹⁷.

Bagaitkar¹⁸ et al confirma que o tabagismo potencializa a formação de complexos entre bactérias da microbiota e bactérias anaeróbicas patogênicas envolvidas na periodontite.

Desde que as diferentes modalidades de periodontopatias representam a inter-relação entre um hospedeiro susceptível e uma microbiota periodontopatogênica constituída, principalmente, de bastonetes Gram-negativos anaeróbios ou microaerófilos, é possível que a maior severidade das periodontopatias em fumantes possa vir a refletir a ação dos componentes do tabaco sobre o hospedeiro, diminuindo sua resistência ou facilitando a colonização e persistência dos patógenos nas bolsas periodontais⁷.

Certos fatores podem corroborar para aumentar o risco de desenvolvimento de doença periodontal, como diabetes mellitus e infecção com algumas espécies anaeróbicas ou microaerófilas Gram-negativas. Dentre os fatores de risco para a doença periodontal, o hábito de fumar tem sido estudado em anos recentes e vem-se mostrando de grande relevância no desenvolvimento destas patologias⁷.

O aumento da intensidade do hábito tabagista (nº de cigarros por dia) foi associado à um maior risco de perda dental devido à doença periodontal. Este risco foi 18 vezes maior entre pessoas com hábito tabagista severo (> 10 cigarros/ dia do que entre aqueles que nunca fumaram)¹⁹.

O hábito tabagista atual ou passado leva a uma maior prevalência de perda dental após a terapia periodontal não-cirúrgica, comparado a quem nunca fumou¹⁹.

O hábito de fumar constitui um fator de risco evidente para o aparecimento da periodontite crônica, que é bastante agressiva. Junto com ele, deveremos ter manifestação clínica de cerca de dois sextantes doentes com profundidade de sondagem, medindo acima de 5,5 mm¹¹.

Define-se doença periodontal como sendo doença em que atuam periodontopatógenos específicos, ocasionando destruição dos tecidos ao redor dos dentes. Os micro-organismos presentes produzem exotoxinas e lipopolissacarídeos, os quais ativam os mecanismos imunoinflamatórios, provocando resposta inflamatória. Pode haver destruição voltada para o periodonto de proteção, com o acometimento por gengivite, ou direcionada para o periodonto de sustentação dos dentes, com a instalação de periodontite. Consta de doença infecciosa assintomática e de caráter crônico, advinda da ação de bactérias que se aderem à superfície dentária e que agem sobre o periodonto¹¹.

As ações da nicotina no sistema nervoso central são mediadas por receptores nicotínicos. A maioria desses receptores é iônica, está distribuída por todo o cérebro e coluna vertebral. Os receptores nicotínicos periféricos estão em gânglios autonômicos, na suprarrenal, nos nervos sensitivos e na musculatura esquelética. As pesquisas em animais mostram que a nicotina induz tolerância e dependência a partir de sua ação no sistema mesolímbico dopaminérgico¹⁰.

Bactérias periodontais, convém frisar, são agentes capazes de influir no controle imunológico, este que pode mostrar-se alterado, repercutindo na predisposição do hospedeiro para avanço da doença e para sua progressão com destruição óssea periodontal. A infecção presente predisporá ao acometimento por periodontite, no entanto, outros fatores importantes agem, modificando o quadro periodontal apresentado e a

gravidade das manifestações clínicas. Têm-se como fatores atuantes: fatores de risco ambientais, genéticos e comportamentais, destacando-se o efeito potencializador desfavorável do tabagismo¹¹.

Zambon(7) et al. afirmaram que o tabagismo aumenta a probabilidade de infecção subgengival por algumas espécies de bactérias. Os autores encontraram maior número de bactérias como *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (78%), *Bacteroides forsythus* (64%) e *Porphyromonas gingivalis* (60%), em fumantes, se comparados aos não fumantes, cujas porcentagens foram 24%, 40%, 42%.

A ocorrência de *F. nucleatum* e de bastonetes anaeróbios Gram-negativos produtores de pigmento negro (*Prevotella* e *Porphyromonas*) é similar entre fumantes e não fumantes com os mesmos níveis de higiene bucal e condições de saúde periodontal⁷.

O mesmo ocorreu com a frequência de isolamento de *A. actinomycetemcomitans* entre pacientes com doença periodontal fumantes e não fumantes. Contudo, quando a frequência de isolamento desse microaerófilo é comparada entre indivíduos sadios fumantes e não fumantes, verifica-se que o fumo aumenta, significativamente, a probabilidade de isolamento da bactéria⁷.

O cigarro diminui a secreção salivar a qual é de extrema importância na proteção bucal e na diminuição do risco de cárie. Causando dificuldade na mastigação, além de interferir na retenção de próteses totais(20).

Também provoca a inflamação das glândulas salivares e mau hálito persistente, sendo o principal agravamento do vício a predisposição gerada para lesões pré-malignas, ou seja, potencialmente cancerizáveis²⁰.

Camargo¹⁷, demonstra em evidências clínicas que fumantes possuem maior perda óssea, maior número de bolsas profundas e são mais susceptíveis ao desenvolvimento de lesões de bifurcação. Entretanto, podem apresentar menor inflamação gengival do que não fumantes.

A intencionalidade dos ex-fumantes voltada para a manutenção da abstinência do tabaco é fundamentada em situações cotidianas que os colocam em uma posição no mundo social que difere da de outras pessoas (situação biográfica)²¹.

Parar de fumar é benéfico para a saúde em qualquer idade, entretanto, a manutenção da abstinência do tabaco configura-se como uma tarefa árdua, considerando a dependência física causada pela nicotina, além da psicológica e comportamental²¹.

Ex-fumantes apresentam menor risco para periodontite do que fumantes ativos, mas apresentam maior risco que não fumantes, e o risco para periodontite diminui à medida que aumento o número de anos desde que pararam de fumar²².

Existem mais de 26 milhões de ex-fumantes, pois muitos deixaram de fumar por conta própria ou com tratamento, mas ainda temos 22 milhões de fumantes que precisam de tratamento. Estes “tabagistas residuais” poderão ter maiores dificuldades para parar de fumar, seja por terem maior dependência da nicotina, distúrbios comportamentais e psiquiátricos, seja por outros fatores que dificultam a cessação, entre eles fatores genéticos e socioambientais⁸.

O fumo passivo é a fumaça de produtos derivados do tabaco (como cigarros, charutos, cigarrilhas, fumo para cachimbo, tabaco mascável). O cigarro derivado da nicotina contém mais de 7.000 produtos químicos, contendo aproximadamente 250 prejudiciais ao corpo humano e ao menos 69 por causar câncer⁵.

Entre os fumantes passivos, estima-se que existam 2 bilhões de pessoas, das quais, 700 milhões são crianças. A exposição à fumaça ambiental do tabaco gera efeitos negativos no desenvolvimento das crianças, especialmente no crescimento fetal, causando baixo peso ao nascer, síndrome da morte súbita na infância e parto prematuro¹⁵.

O fumo inalado por terceiros não tem um nível a ser considerado seguro de exposição passiva à fumaça do tabaco, em adultos. É comprovado cientificamente que o

fumo passivo é capaz de gerar graves doenças cardiovasculares e respiratórias, incluindo doença coronariana e câncer de pulmão. Nos bebês, a principal causa do óbito, é ocasionado pela morte súbita. Já em mulheres grávidas, o baixo peso do bebê no nascimento. A exposição passiva da nicotina no organismo pode causar mais de 1,2 milhão de mortes prematuras por ano. 65 mil crianças em todo o mundo têm como diagnóstico de morte doenças atribuíveis ao fumo passivo⁵.

Muitos destes componentes químicos são reconhecidamente agentes carcinogênicos ou tóxicos. Esta fumaça se difunde homoganeamente no ambiente, e contém em média três vezes mais nicotina e monóxido de carbono, e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que o fumante inala⁹.

O tabagismo passivo confere riscos à saúde da criança. Em 2004, 28% das mortes no mundo, atribuíveis a esta causa ocorreram em crianças. As crianças, especialmente nos primeiros anos de vida, representam uma população vulnerável à poluição tabagística ambiental⁹.

As leis derivadas ao antifumo tem como princípio o direito de cada pessoa deve ser capaz de respirar um ar livre de fumaça do tabaco. Também promovem a saúde de pessoas que se preocupam com o bem-estar do seu corpo. A lei tem como premissa a incentivarem fumantes a cessarem o hábito de fumar. Há mais de 1,6 bilhão de pessoas, ou 22% da população mundial, são preservados pelas leis nacionais antitabagismo abrangentes⁵.

Em qualquer nível de consumo, o tabagismo é responsável por um envelhecimento biológico acelerado. O hábito crônico de cigarro tem efeitos significativos no estado de metilação em quase ¼ dos loci CpG no código genético²³.

Os trabalhos vinculando genética e tabagismo iniciaram por volta de 1958. Estudos registraram a associação entre genoma, consumo de tabaco e câncer de pulmão, fortalecendo a evidência da existência de genes que, na juventude, predisporiam os indivíduos a se

tornarem fumantes e mais tarde a apresentarem neoplasia pulmonar²⁴.

Estudos revelam que recém-nascidos expostos a fumaça do cigarro produzida pelas mães, estão propensos a mutações gênicas. Além disso, foram encontradas aneuploidias, estresse oxidativo, quebras de molécula de DNA em espermatozoides de fumantes²³.

Estudos epidemiológicos, examinaram as questões genética, ambiental, fatores individuais e suas inter-relações e as respostas a certas drogas apontaram que a contribuição genética pode ter papel significativo no hábito tabágico, sendo possivelmente responsável por 40% a 60% da variabilidade do risco de início da adição. A manutenção da dependência parece ter uma contribuição da hereditariedade de cerca de 67%²⁴.

Estudos genéticos vêm indicando que a iniciação do tabagismo, o grau de dependência, a dificuldade de cessação e a manutenção da abstinência são substancialmente determinados por um tipo de herança complexa, a qual envolve múltiplos polimorfismos genéticos. Estima-se que os fatores genéticos possam ser responsáveis por até 60% do risco de início e 70% da manutenção da dependência²⁴.

Os fatores genéticos podem explicar em parte os diferentes graus de dependência a nicotina, embora a maioria dos fumantes apresentem dependência às substâncias do cigarro. A maioria da metabolização da nicotina em cotinina ocorre no fígado, dependendo primeiramente da ação do citocromo P450 (CYP), que se apresenta de diferentes formas ou isoenzimas (CYP2A6). Os metabolizadores rápidos tendem a fumar mais, para manter os níveis sanguíneos e cerebrais de que necessitam constantes, e os metabolizadores lentos da nicotina fumam menos²³.

A Lei Federal 12.546/2011, consta itens de relevância prática como proibição de fumar nos ambientes fechados e restritos (aqui se incluindo locais com cobertura superior, parede lateral, toldos, deques externos de bares e restaurantes, paradas de ônibus, etc.), proibição do “fumódromo”, políticas para aumento de preços,

proibição da propaganda nos pontos de venda e ocupação de um terço da face frontal da carteira de cigarros com mensagens de advertência. A face posterior das carteiras continuará com as advertências habituais⁸.

Manter a abstinência do tabaco em longo prazo requer mudanças no estilo de vida e alto grau de motivação. A tentativa de se abster do fumo exige um esforço contínuo, assim como a persistência em executar estratégias autorregulatórias no sentido de manejar de modo efetivo as situações de alto risco que poderão constituir-se em gatilhos para a retomada do hábito de fumar²¹.

A automotivação é uma questão importante no contexto da manutenção da abstinência do tabaco. Estudos de abrangência internacional mostraram que a automotivação se configura como um dos determinantes mais importantes para a prevenção de recaídas tanto em curto como em longo prazo²¹.

Marvropoulos et al (2003) e Morozumi et al (2004) confirmaram que o fluxo sanguíneo gengival aumentou em 3 dias após a cessação, fornecendo importante informação sobre os tecidos gengivais após cessação de fumar²².

A cessação do tabagismo deve ser parte integrante dos pacientes odontológicos que fumam, e é responsabilidade de todos os profissionais de cuidados odontológicos abordar esta questão com os seus pacientes. A equipe odontológica está em boa posição para fazer este tratamento, uma vez que vê os pacientes regularmente, como parte da contínua rotina do tratamento dental²².

Os benefícios da interrupção do hábito de fumar estão bem estabelecidos. Os ex-fumantes apresentam uma redução do risco de morte e consequente aumento da expectativa de vida, além de redução do risco de câncer, sobretudo de pulmão, de doenças cardiovasculares, como infarto e acidente vascular cerebral, e de doenças pulmonares crônicas²⁶.

A cessação definitiva do tabagismo é muitas vezes iniciada sem grandes resultados, a porcentagem de

recaídas durante o processo da interrupção é cometida por várias vezes. Apenas com várias tentativas e persistência que usuários conseguem se livrar do fumo²⁴.

Pacientes com o hábito tabagista leve (< 10 cigarros/por dia) e severo (> 10 cigarros/ dia) levaram cerca de 15 anos, após cessar o hábito, para apresentarem um risco de perda dental devido à doença periodontal semelhante aos pacientes que nunca fumaram. A interrupção do hábito tabagista reduz a chance de perda dental devido à doença periodontal em cerca de 6% por ano¹⁹.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A forte relação do tabaco com as doenças orais tem-se salientado em diversas pesquisas, dessa forma, a prática do tabagismo deve ser identificada e orientada pelos cirurgiões dentistas. O uso demorado do tabaco afeta principalmente as condições sistêmicas e oral do indivíduo, por conter substâncias tóxicas como a nicotina e quando associado a outros fatores ambientais e/ou genéticos, aumenta a severidade e progressão de doenças, deixando possíveis sequelas em usuários e ex-usuários.

Contudo, o uso indiscriminado do tabaco contribui negativamente com a saúde bucal e consequentemente com a qualidade de vida, sendo assim, o profissional deve estimular o paciente para que reduza ou descontinue o uso, afim de evitar complicações orais e em possíveis tratamentos. Portanto pode-se melhorar o atendimento odontológico a pacientes fumantes, como também desenvolver ações de prevenção, educação e reabilitação do paciente junto à comunidade. na interação com um paciente tabagista é necessário demonstrar e esclarecer com detalhes os males causados pelo tabaco. Fornecendo saídas para interromper os hábitos, seja com medicamentos, ou estimulação para que o paciente não retorne para a dependência tabágica.

REFERÊNCIAS

- Instituto Lado a Lado pela vida. 2017. **Tabagismo**. [acesso em 20 de novembro de 2020]; Disponível em: <https://www.ladoaladopela vida.org.br/tabagismo-o-que-e-doencas-autoadquiridas#:~:text=O%20tabagismo%20%C3%A9%20considerado%20uma,qu%C3%ADmicas%20nocivas%20para%20o%20organismo>
- Instituto Nacional de Câncer: Ministério da Saúde. Brasil, 24 de Jun. 2020. **Doenças relacionadas ao tabagismo**; [acesso em 20 de novembro de 2020]; Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/doencas-relacionadas-ao-tabagismo>
- ONU NEWS. Nova York, 09 de Dez. 2009. 600 mil fumantes passivos morrem por ano; [acesso em 19 de novembro de 2020]; Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2009/12/1326241-600-mil-fumantes-passivos-morrem-por-ano>
- MIRRA AP, MEIRELLES RHS, GODOY I, ISSA JS, REICHERT J, CARVALHO NB, ALENCAR FILHO AC, ACHUTTI A, SILVA CAR, SANTOS SRA, HETEM LA, DIAS JC, NAKMURA MU, QUINTINO MP, CANTARINO CM, PEREIRA ACPM, MENDES FF, DUARTE NMC, GIGLIOTTI A, MARQUES ACPR, ANDRADE AG, SILVA CR. **Sociedade Brasileira de Anestesiologia Associação Brasileira de Medicina Intensiva Sociedade Brasileira de Cancerologia Sociedade Brasileira de Pediatria**. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. 2011, jan.
- OPAS/OMS. Brasil; 2019 Julho/2019. **TABACO**. [acesso em 16 de novembro de 2020]; Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097
- DA SILVA SA. (2012). **Malefícios causados pelo tabaco na cavidade bucal**.
- GAETTI-JARDIM JÚNIOR E, ZANOLI T, PEDRINI D. **O tabagismo como fator de risco para as doenças periodontais: aspectos microbiológicos**. Rev Odontol Univ São Paulo, v. 12, n. 4, p. 315-321, out./dez.
- Da Silva LCC, de Araújo AJ, de Queiroz ÂMD, Sales, MDPU, & de Oliveira Castellano MVC. (2016). **Controle do tabagismo: desafios e conquistas**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 42(4), 290-298.
- PEREIRA EDB, FREITAS EPP, DOS SANTOS RDP, MOREIRA BA, DE PAULA FA, & MATOS AGC. **Impacto do tabagismo na saúde bucal dos pacientes atendidos em um ambulatório de clínica médica**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 27, n. 1, p. 37-42, 2014.
- MARQUES AC, CAMPANA A, GIGLIOTTI AP, LOURENÇO MT, FERREIRA MP, & LARANJEIRA, R. (2001). **Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina**. Revista Brasileira de Psiquiatria.
- SPEZZIA S. (2017). **Perdas dentárias causadas pelo climatério e pelo fumo**. Rev Med Minas Gerais, 26.
- CRUZ GA, MORAES LC, MORAES MEL, CASTILHO JCM (2003). **Estudo clínico e radiográfico do nível da crista óssea alveolar em pacientes fumantes**. Cienc. Odontol. Bras. Out/Dez. 6(4). 60-9.
- PIZZETE N. Os efeitos do cigarro sobre os dentes e a boca. Artigo, 24 de novembro de 2010. [acesso em 10 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://idmed.terra.com.br/saude-de-a-z/saude-bucal/tabagismo-e-um-forte-inimigo-para-a-saude-bucal/mau-halito.html>
- BALBANI APS, MONTOVANI JC (2005). **Methods for smoking cessation and treatment of nicotine dependence**. Brazilian journal of otorhinolaryngology, 71(6), 820-826.
- LUSTOSA D. Os malefícios do cigarro para a saúde bucal. (2007/2011). [acesso em 13 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://www.brasiliaimplante.com.br/diogo-lustosa/2011/11/os-maleficios-do-cigarro-para-a-saude-bucal>
- PARISE A. O cigarro e a boca. (2012). [acesso em 14 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/o-cigarro-e-a-boca>
- CAMARGO GADCG, ABREU MGL, CORDEIRO RDS, CRESPO MA, & WENDEROSCKY LDF. (2016). **Clinical and microbiological aspects of periodontal treatment in smoker patients with chronic periodontal disease: literature review**. Revista Brasileira de Odontologia, 73(4), 325-330.
- BAGAITKAR J, DAEP CA, PATEL CK, RENAUD DE, DEMUTH DR, & SCOTT DA. (2011). **Tobacco smoke augments Porphyromonas gingivalis-Streptococcus gordonii biofilm formation**. PloS one, 6(11), e27386.
- RAVIDÀ A, TROIANO G, QAZI M, SALEH MH, SALEH I, BORGNACKE WS, & WANG HL. (2020). **Dose-dependent effect of smoking and smoking cessation on periodontitis-related tooth loss during 10- 47 years periodontal maintenance—A retrospective study in compliant cohort**. Journal of Clinical Periodontology, 47(9), 1132-1143.
- NUNES D. Males do cigarro na cavidade oral. (2012). [acesso em 16 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://www.drdaninunes.blogspot.com>
- ZAMPIER VSDB, SILVA MHD, JESUS RRD, OLIVEIRA PPD, JESUS MCPD & MERIGHI

- MAB. (2017). **Mantenimiento de la abstinencia del tabaco por los exfumadores: estudio fenomenológico**. Revista Gaúcha de Enfermagem, 38(4).
22. NEWMAN MG. (2007). **Carranza, periodontia clínica**. Elsevier Brasil
23. OLIVEIRA FMD. (2018). **Influência do tabagismo na metilação do DNA**.
24. CHATKIN JM (2006). **A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo**. Jornal brasileiro de pneumologia, v. 32, n. 6, p. 573-579.
25. REICHERT J, ARAÚJO AJD, GONÇALVES CMC, GODOY I, CHATKIN JM, SALES MDPU, & SANTOS SRRDA (2008). **Diretrizes para cessação do tabagismo-2008**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 34, n. 10, p. 845-880.
26. PEIXOTO SV, FIRMO JOA & LIMA-COSTA MF. (2007). **Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte)**. Cadernos de Saúde Pública, 23, 1319-1328.