

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE

TABAGISMO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA ODONTOLOGIA.

BELO HORIZONTE

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DUPLEIL JERONYMO

TABAGISMO

MONOGRAFIA APRESENTADA NO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO PARA
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
ESPECIALISTA

ORIENTADORA:

PROF. DRA. MARA VASCONCELOS

BELO HORIZONTE

2009

SUMÁRIO

RESUMO	4
INTRODUÇÃO.....	5
OBJETIVO	7
DESENVOLVIMENTO	11
RESULTADOS	24
CONCLUSÃO	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	32

RESUMO

O cigarro hoje é o campeão de mortes no mundo. Parar de fumar seria a medida mais eficaz e inteligente para a melhoria da saúde dos fumantes.

Esta monografia mostra as ações a serem promovidas no Centro de Saúde Heliópolis, no sentido de melhorar as condições de saúde de seus fumantes ativos e passivos.

Uma revisão de literatura demonstra os malefícios do tabaco na nossa saúde geral e principalmente bucal, e os incentivos que o governo tem promovido através de campanhas e leis no combate ao fumo.

Palavras chave: TABAGISMO, FUMO e SAÚDE BUCAL.

INTRODUÇÃO

O cigarro é um dos produtos de consumo mais vendidos no mundo, o que gera grandes lucros para a indústria do tabaco, mas enormes prejuízos para os consumidores que se viciam e muitas vezes morrem.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, OMS (2008) o tabaco é um fator de risco para 6 das 8 maiores causas de morte no mundo e somente 5% da população global está plenamente protegida por legislação que promova espaços livres do fumo.

Hoje, o cigarro é campeão de mortes no mundo, parar de fumar seria a medida mais eficaz e inteligente para a melhoria da saúde dos fumantes e de todos aqueles que convivem com eles, os chamados fumantes passivos, porém não é fácil abandonar o vício.

A cada 6 segundos uma pessoa morre vítima do fumo e o tabagismo passivo, isto é considerado pela OMS a terceira causa de morte evitável no mundo, subsequente ao tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool. O levantamento realizado pela organização em 2008 revelou que, hoje, o consumo de tabaco causa mais de 5 milhões de óbitos por ano e a previsão para 2030, a menos que medidas urgentes sejam tomadas, será de mais de 8 milhões.

O cerco aos fumantes está acentuando-se, a propaganda e a publicidade dos derivados do tabaco estão proibidas em revistas, jornais, televisão, Internet, assim como em patrocínios de eventos culturais e esportivos.

Segundo a Lei Federal 9.294 de 15 de julho de 1996 também são veiculadas advertências sobre os malefícios do tabagismo nas embalagens e em qualquer tipo de propaganda do produto, além da proibição do fumo em ambientes fechados.

A introdução de leis proibindo fumar em ambientes fechados e controlando a publicidade de cigarros é certamente necessário, mas não é o suficiente para conseguir controlar o avanço desta verdadeira epidemia que ameaça a vida de milhões de pessoas.

É preciso que as pessoas se conscientizem do problema e decidam livremente melhorar a duração e a qualidade de suas vidas, abandonando o vício.



Entretanto, a indústria tabaqueira exerce um grande poder sobre o governo, gera uma receita que é bem alta e alega empregar 24 milhões de pessoas, sendo o Brasil é um dos maiores exportadores de fumo do mundo.

O recolhimento de impostos que incidem sobre o cigarro é muito representativo para o país, dificultando as ações de controle.

Dados do banco Mundial (2008) indicam que a indústria do cigarro gera uma perda mundial de 200 bilhões de dólares por ano, nesta soma estão computados a sobrecarga do sistema de saúde com tratamentos de doenças causadas pelo fumo.

Na odontologia, o fumo e o álcool são dois agentes causadores do câncer bucal. JABER *et al* (1999), através de seu estudo no Reino Unido, concluiu que para a displasia epitelial na mucosa bucal, o álcool e o fumo têm um efeito sinérgico, porém quando isolados o fumo provoca maior alteração, ocasionando os *carcinomas epidermóides* da cavidade bucal.

OBJETIVO

Objetivo Geral:

Trabalhar dificuldades para parar de fumar, como a depressão, a ansiedade e a dificuldade de cada paciente da área de abrangência do Centro de Saúde Heliópolis.

Objetivo Especifico:

Implantar grupos operativos para os usuários fumantes ativos com algumas proposições direcionadas aos adolescentes, no sentido de buscar um processo de motivação constante, ampliando e qualificando a atenção básica.

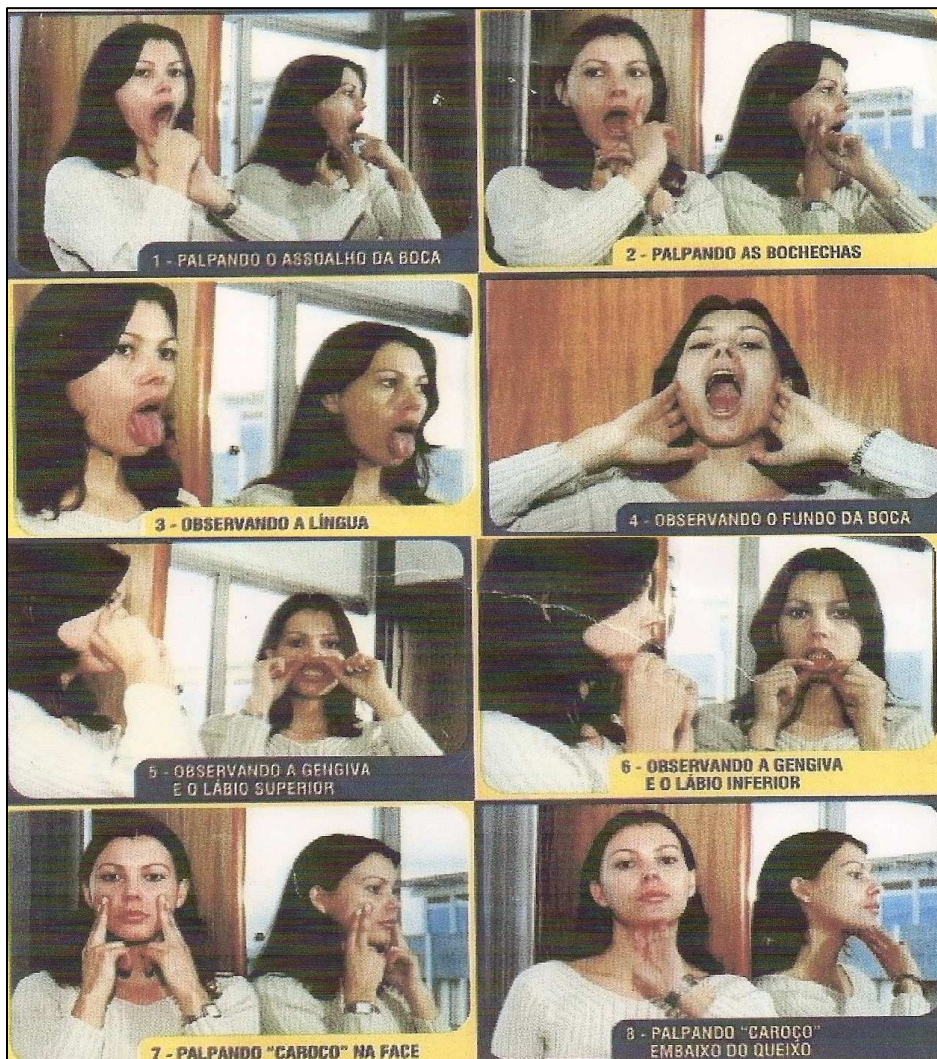


Projeto intervenção - Ação coletiva

Foram realizadas duas reuniões mensais com a participação da psiquiatra, psicóloga, dentista, auxiliar de saúde bucal, terapeuta ocupacional, agentes comunitárias de saúde e estagiaria de terapia ocupacional. Aproveitamos os grupos operativos já existentes de saúde mental, diabéticos e hipertensos para introduzirmos o tema antitabagismo.

O grupo de saúde mental era composto de vinte seis usuários, todos acima de trinta e cinco anos, sendo apenas três mulheres e seis homens fumantes.

O grupo de hipertensos e diabéticos é constituído de trinta usuários, todos maiores de quarenta anos e contendo apenas dois homens fumantes.



Foram distribuídos "kits" de escovação contendo escova, pasta dental e fio dental.

Foram realizadas palestras sobre os malefícios do tabagismo de forma geral e com foco na odontologia. O trabalho foi direcionado para os cuidados com as próteses e importância do auto-exame da boca, prevenindo o câncer bucal. Uma oficina prática foi realizada, onde a dentista examinou os participantes e ensinou a realizar o auto-exame.

A sequência dos grupos operativos foi interrompida devido à epidemia do H1N1. Conforme norma preventiva da SMSA.



Ação individual

É uma ação muito importante, onde mais se escuta os pacientes, é o instante de receber alguma informação com o profissional, onde a odontologia pode levar os temas ao conhecimento do usuário com mais ética e sigilo profissional, para interagir com o problema do tabagismo. Cada usuário, após o término do tratamento, deverá fazer uso do “kit” de escovação, sendo orientado a retornar de seis em seis meses.

Roteiro para a abordagem individual

Anexo 2

1) Pergunte

- a todo paciente se ele fuma
- colha a história tabagística
- avalie o grau de motivação e dependência
- anote os dados com destaque no prontuário

2) Aconselhe

- todo fumante a deixar de fumar
- mostre a importância de parar imediatamente
- identifique o estágio de mudança de comportamento
- personalize a mensagem de acordo com a afirmação clínica atual
- relate os benefícios em parar de fumar
- alerte-o sobre a possível síndrome de abstinência

3) Prepare

Ação

- marque uma data imediatamente
- auxilie a realizar um plano de ação
- forneça material de auto-ajuda
- estimule-o a adotar hábitos saudáveis
- ofereça apoio e acompanhamento

Contemplação

- estimule-o a marcar uma data de 30 dias
- analise junto os motivos que o levam a fumar
- certifique-se de que ele está bem informado
- forneça material de auto-ajuda
- volte a tocar no assunto nas próximas consultas até que o fumante esteja pronto a parar
- ofereça apoio e acompanhamento

Pré-Contemplação

- estimule-o a pensar sobre o assunto
- forneça materiais sobre tabagismo
- mantenha sua confiança
- toque sempre no assunto nas consultas de retorno

4) Acompanhe

- marque consultas de retorno após parar de fumar (1º, 2º, 4º semanas; 2º, 3º, 6º mês; 12º mês)
- converse sobre as possíveis dificuldades vivenciadas e ofereça alternativas para superá-las
- parabeneze-o em cada consulta em que continuar sem fumar
- se houver recaída, analise as causas e circunstâncias e estimule-o a tentar de novo com seu apoio

DESENVOLVIMENTO

Nicotina tabacum

É uma planta originária da Iha do Tobago, pertencente à família das solanáceas. Foi denominada *Nicotina tabacum* pelo diplomata e estudioso francês Jean Nicot, que estimulou o cultivo da planta por crer em seu poder medicinal.

As sociedades indígenas da América Central utilizavam o tabaco em rituais mágicos e religiosos desde o século V A.C. Com o advento da colonização, nos séculos XV e XVI, os europeus conheceram a planta e seu uso passou a ser constante, tornando – se um hábito.

Cristóvão Colombo levou a planta para a Europa em 1492 e em 1560 chegou à França, com fins medicinais, para a cura de dores de cabeça e enxaquecas.

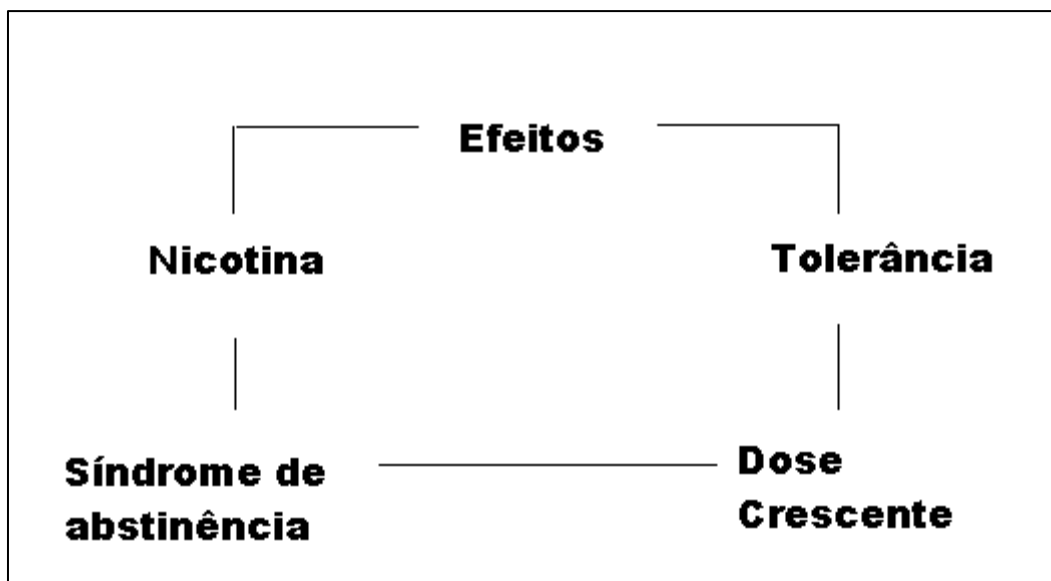
A comercialização iniciou-se em 1816, quando eram vendidos cachimbos, rapé, tabaco para mascar e charutos. O consumo dos produtos derivados foi logo difundido e espalhou-se de forma epidêmica durante todo o século XIX, aumentando ainda mais durante o século XX com as técnicas de publicidade e marketing.

O cigarro (nome derivado da palavra maia *sikar* – fumaça) começou a ser fabricado em 1840 e foi por muitos anos símbolo de luxo, satisfação e *status* social, sua venda foi motivada pela exploração de uma imagem estratégica em promoção de festas, eventos esportivos em que fumar era sinônimo de juventude e *glamour*.

Porém, são muitos os malefícios do cigarro no organismo, tais como: menopausa precoce, abortos e partos prematuros, envelhecimento da pele (principalmente do rosto). O fumo do cigarro contém quase 5 mil substâncias tóxicas, a nicotina, o monóxido de carbono e o alcatrão são algumas dessas substâncias.

A nicotina é considerada pela OMS uma droga psicoativa, responsável pela dependência do fumante, atua no Sistema Nervoso Central, diminui a chegada do sangue aos tecidos e causa dependência química. Contém substâncias que acarretam alergias e infecções respiratórias.

No quadro abaixo podemos ver o “Ciclo da Dependência”:



Fonte: Livro – Ajudando seu paciente a deixar de fumar, 1997.

O monóxido de carbono (CO) diminui a quantidade de oxigênio no sangue e o alcatrão é altamente cancerígeno, dando início à formação de tumores.

As leis brasileiras (federal, estadual e municipal) têm progredido muito no combate ao cigarro, nota-se o desaparecimento de propagandas e publicidade em revistas, jornais, televisão, *outdoors*, rádio etc. Assim como em patrocínios de eventos esportivos nacionais e culturais.

A propaganda realizada pelo Ministério da Saúde e veiculada nas embalagens de cigarro foi muito bem feita e organizada, além da advertência há imagens impactantes sobre o mal provocado pelo tabagismo.

Todas estas proibições foram baseadas em pesquisas, feitas pela OMS e outras entidades da saúde, que mostraram como o hábito de fumar começa cedo – na juventude – e tem como aliado à indústria, e ainda o mau exemplo dos pais fumantes, amigos etc...

O ato de fumar é um condicionamento, pois o indivíduo fuma após tomar café, ao realizar uma refeição, ao ingerir bebida alcoólica, por causa do estresse, ou em qualquer ambiente favorável ao desejo de fumar.

RODRIGUES, Celso (2008), coordenador dos trabalhos contra o tabagismo em Brasília, relata em uma entrevista que para a fabricação do cigarro ocorre um grande devastamento ambiental, além da plantação do tabaco que polui o ar e traz problemas de saúde àqueles que plantam e colhem o fumo.

No entanto, os prejuízos decorrentes do fumo superam qualquer questionamento puramente econômico, e no Brasil há outro agravante, o contrabando. Para fugir do cigarro caro – que em 2008 teve um aumento significativo – o fumante compra o cigarro importado ilegalmente, sobretudo do Paraguai.

Segundo a OMS, o Brasil é o maior exportador e quarto maior produtor mundial de tabaco, depois da China, Estados Unidos e Índia.

A população não fumante está se conscientizando dos malefícios do cigarro e passou a exigir o direito de poder respirar um ar mais limpo.

Pesquisas do Ministério da Saúde realizadas em 2008 ressaltam que o índice de adolescentes até os 20 anos de idade que fumam é muito alto e deve ser controlado para que fique mais fácil evitar o câncer no futuro, e com este resultado medidas estão sendo tomadas.

O cerco aos fumantes acentua-se no Brasil, e no estado de São Paulo, o governador José Serra já sancionou a lei que limita a extremos o direito de fumar, questionado por muitos e defendido por outros.

Esperamos que a lei implantada em São Paulo se estenda aos outros estados. É proibido acender cigarros, charutos ou cachimbos em qualquer ambiente coletivo em todo o estado, o que significa:

Restaurantes não podem ter mais alas de fumantes

Bares terão de aposentar seus cinzeiros

Hotéis passarão a fiscalizar seus hóspedes

As empresas não poderão mais ter os conhecidos “fumódromos” sob pena de pesadas multas.



Conforme informação do Ministério da Saúde esta lei será implantada em Belo Horizonte, o projeto de lei na capital mineira está na assembléia para ser sancionada, vai ser uma lei anti-fumo com uma multa que variará de R\$ 2.000,00 a R\$ 6.000,00 que será revertida para a saúde na prevenção do fumo. O índice de fumantes adultos na capital mineira é de 19,3%, ficando abaixo apenas de Porto Alegre (19,5%) e de São Paulo (21%).

Índice de fumante adultos em outras capitais:

Recife: 10,4%

São Luís: 10,1%

Salvador: 10%

Maceió: 9,8%

Lamentável ficou para as mulheres, que lideraram o terceiro lugar no país entre os fumantes.

Diante dessas constatações temos sobrecarga no sistema de saúde com tratamento das doenças causadas pelo fumo:

Mortes precoces de cidadãos em idade produtiva
Faltas no trabalho
Rendimento trabalhista
Maiores gastos com seguros
Manutenção de equipamentos e reposição mobiliária
Maiores perdas com incêndio
Redução da qualidade de vida dos fumantes e de sua família.

A OMS criou o *Dia Mundial sem Tabaco*, comemorado no dia 31 de maio, pelos 191 países membros da organização. Esse dia pretende sensibilizar a comunidade em geral sobre os malefícios do consumo dos produtos derivados do tabaco, divulgar e reforçar as leis que restringem o uso do tabaco em ambientes fechados, estimular os principais empregadores a converterem suas empresas em ambientes livres do tabaco, promover e divulgar o Programa nacional para o Controle do Tabagismo, divulgar e apoiar o desenvolvimento e adoção da convenção “Quadro Internacional para o Controle do Tabaco”, proposta pela Assembleia Mundial de Saúde. O tema do ano de 2003 foi “Moda e Cinema”, com o intuito de combater a indústria tabaqueira e a publicidade em torno do cigarro.

Em Brasília, o *Dia Mundial sem Tabaco* foi comemorado com caminhadas no Parque da cidade, promovida pelo Programa de Controle do Tabagismo, que tem apoio do Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Distrito Federal, promovendo o fim do hábito de fumar.

Este movimento é simplesmente para conscientizar os fumantes dos males que eles estão se expondo, explicou o coordenador do programa, Dr. Celso R. Silva Antônio (2008). Segundo ele, o Brasil tem uma população atual de fumantes estimada em 20 milhões de pessoas, das quais 300 mil só no Distrito Federal e tem como objetivo alertar sobre cerca de 200 mil pessoas que morreram no Brasil em 2008, sendo 2,6 mil no Distrito Federal.

A redução do número de fumantes é atribuída, em parte, às advertências sanitárias, tema definido pela OMS para o Dia Mundial sem Tabaco deste ano, sendo que o cirurgião – dentista tem condições de detectar precocemente casos de câncer bucal, cujo principal fator de risco é o tabagismo.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer em certas regiões da boca acomete principalmente tabagistas e os riscos aumentam quando o fumante é também alcoólatra.

Algumas clínicas antitabagismo em Belo Horizonte, segundo a reportagem da *Revista Viver Brasil* registraram, nesses últimos meses, um aumento de 20% a 40% no número de pessoas que desejam parar de fumar.

É uma ação positiva, segundo a avaliação do coordenador do Programa de Atenção Ativa à Saúde da *Unimed*, o médico Estevão Valle Alves (2009) diz que um dos objetivos do programa que atendeu mais de 500 pessoas no primeiro semestre, é justamente trabalhar dificuldades para parar de fumar como depressão, ansiedade e dificuldades de cada um.

As restrições ao fumo estão cada vez maiores e tendem a transformar o tabaco em uma droga ilícita. E há ainda outros fatores que podem contribuir para essa derrocada do vício do cigarro, as empresas começam a manifestar explicitamente a preferência por não – fumantes no momento da contratação.

ABANDONAR O VÍCIO



O pneumologista Daniel Deheinzelim, coordenador do programa antitabagismo do hospital sírio libanês – 2006, afirmou que para apagar o vício é necessário muita disciplina, pois o hábito de fumar faz com que a nicotina assumam a função de substâncias reguladoras da emoção, como as catecolaminas e a serotonina, assim sendo, a falta do cigarro deixa os nervos à “flor da pele”.

Depressão e ganho de peso ao parar de fumar são os temores de muitos fumantes.

Parar de fumar sem engordar não significa somente tirar o cigarro do dia a dia e comer menos. Significa também substituir as tragadas no intervalo do trabalho, em festas e após o almoço, por atividades que facilitem o reequilíbrio do organismo.

Pode-se engordar até 15 kg em um ano, isso porque os ex-fumantes vêm na comida uma válvula de escape.

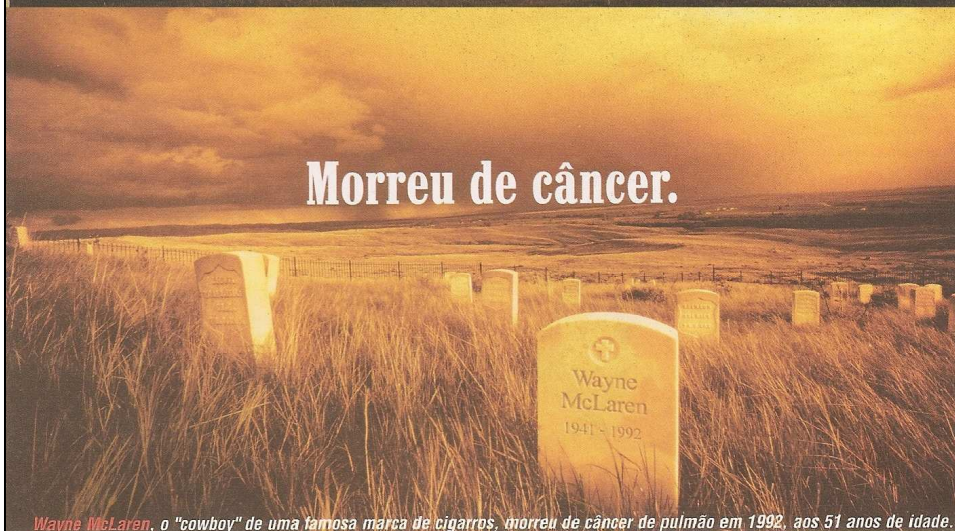
Muitas organizações comunitárias e de saúde oferecem programas para ajudar o fumante a deixar o vício. Os métodos utilizados vão de simples recomendações a até medicamentos.

Entretanto, parar de fumar é muito difícil para a maioria das pessoas e não existe um programa ideal.



Sabe aquele cowboy da propaganda de cigarro?

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997



Morreu de câncer.

Wayne McLaren, o "cowboy" de uma famosa marca de cigarros, morreu de câncer de pulmão em 1992, aos 51 anos de idade.

Quatro milhões de mortes por ano, uma a cada oito segundos. Esse é o resultado mais significativo da indústria do cigarro. Já se sabe há muito tempo que o cigarro é um produto feito para viciar e matar. Afinal, contém nada menos que 60 substâncias cancerígenas. O que surpreende é que ainda exista gente que acredita em propaganda de cigarro.

Não se deixe seduzir

A indústria do cigarro gasta bilhões de dólares com publicidade todos os anos para convencer as pessoas de que, fumando, elas vão ser mais sensuais, interessantes ou aceitas. O principal alvo dessas associações falsas são justamente os jovens, que representam o futuro do mercado de cigarros. E o mais grave é que a estratégia funciona: 90% dos fumantes começam antes dos 20 anos.

O outro lado

As belas imagens dos comerciais e dos anúncios escondem um fato inquestionável: o cigarro causa doenças graves, como câncer, enfisema, derrame cerebral e bronquite crônica. Por isso, não se deixe enganar. Fumar não deixa ninguém mais bonito ou interessante. A verdade, como você pode ver, é bem outra.

31 de maio. Dia Mundial sem Tabaco.

Cada fumante é único, tem suas próprias razões para fumar e apresenta uma resposta individual à suspensão do fumo.



Nos poucos encontros em grupo e individuais com os usuários fumantes do Centro de Saúde Heliópolis essa dificuldade foi encontrada devido à falta de emprego, o meio ambiente social, enfim a condição de vida.

Para ajudar, os clínicos o Departamento de Saúde e Serviços humanos dos Estados Unidos da América – 1998, elaboraram um guia clínico prático excelente para tratar da dependência do tabagismo.

Este guia descreve os principais métodos para ajudar um paciente a parar de fumar. São os cinco As: Ask, Advise, Assess, Assist and Arrange (Perguntar, Aconselhar, Avaliar, Auxiliar e Planejar)

Os “Cinco As” para Ajudar Pacientes que Desejem Parar de Fumar		
<i>Passo</i>	<i>Ação</i>	<i>Estratégias de Implementação</i>
Perguntar	Documentar rotineiramente a condição de tabagismo de todos os pacientes a cada consulta	<ul style="list-style-type: none"> • incluir o uso de tabaco na ficha padrão a cada consulta • colar adesivo indicando uso de tabaco na ficha do paciente
Aconselhar	Estimular todo fumante a parar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> • fornecer informações de maneira clara e contundente • personalizar o aconselhamento com base na situação de vida do paciente (p. ex., estado de saúde, impacto do tabagismo na família, fatores econômicos)
Avaliar	Determinar o desejo de tentar parar	<ul style="list-style-type: none"> • se o paciente desejar parar, fornecer assistência (ver a seguir) • se o paciente não deseja parar, fazer intervenção motivacional (os “cinco R’s”; ver texto)
Auxiliar	Ajudar o paciente a parar	<ul style="list-style-type: none"> • ajudar o paciente a desenvolver um plano para parar (p. ex., determinar data, preparar apoio social, modificar o ambiente) • fornecer aconselhamento prático (p. ex., evitar outros fumantes, evitar uso de álcool, enfatizar a abstinência total, aprender com tentativas passadas) • promover um ambiente clínico de apoio • farmacoterapia recomendada, quando não contra-indicada • fornecer materiais complementares
Planejar	Agendar consulta de acompanhamento pessoalmente ou por telefone	<ul style="list-style-type: none"> • durante a primeira semana após a data de abandono, com um segundo acompanhamento durante o primeiro mês • parabenizar o sucesso ou revisar as razões para fracasso e estimular uma nova tentativa

A clínica Cassi (Unidade de Atenção Integral à Saúde), que atua em vários estados do país contra o tabagismo, lançou uma tabela que se utiliza de meios tranquilos e de fácil controle, pois emprega o tabagismo como a maior causa evitável de doença e morte (OMS).

Como parar de fumar

Parada abrupta: deixa-se de fumar de uma vez só, abandonando totalmente o uso de cigarros de uma hora para outra.

Parada gradual: possui duas formas para se abandonar o cigarro:

Redução gradual do número de cigarros

Exemplo: Um fumante de 30 cigarros por dia, no primeiro dia fuma os 30 cigarros usuais.

No segundo 25

No terceiro 20

No quarto 15

No quinto 10

No sexto 5

O sétimo dia seria a data para deixar de fumar e o primeiro dia sem cigarro.

Adiamento da hora do primeiro cigarro

Exemplo: No primeiro dia começa a fumar às 9 horas.

No segundo às 11 horas

No terceiro às 13 horas

No quarto às 15 horas

No quinto às 17 horas

No sexto às 19 horas

O sétimo dia seria a data para deixar de fumar e o primeiro dia sem cigarro.

Prepare-se para fugir das armadilhas e não voltar a fumar

- × beba muita água (vários copos por dia);
- × mastigue balas ou chicletes dietéticos;
- × faça caminhadas, exercícios de relaxamento (respire profundamente e procure relaxar os músculos do corpo);
- × evite tomar café e bebidas alcoólicas;
- × escove os dentes imediatamente após as refeições;
- × fique atento às situações de estresse, o cigarro não resolverá seus problemas;
- × modifique seus hábitos antigos, procure novas atividades e alternativas para o seu lazer.



Benefícios ao parar de fumar

Após duas horas sem fumar, ocorre a eliminação da nicotina no sangue.

Em dois dias, retornam a percepção do olfato e do paladar.

Em três meses estabiliza a ação pulmonar e a qualidade e quantidade do esperma do homem.

Um ano de abstinência reduz à metade o risco de morrer por doença coronariana.

Após 10 anos o risco de um ataque cardíaco é o mesmo das pessoas que nunca fumaram.

Com esta técnica fica razoavelmente fácil parar de fumar, a recaída não deve ser vista como um fracasso, o importante é tentar novamente e se sentir dificuldade, o médico o ajudará com a utilização de outros métodos, dentre os vários existentes hoje.

De acordo com a cartilha do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde (1989) os resultados do abandono do cigarro diminuíram em 15,2% em 2008, e os índices atingiram uma faixa de 34% nos anos anteriores.

Segundo estudos realizados pela organização internacional “Cochrane Collaboration” o tratamento para abandonar o vício deve combinar dieta, medicamentos, exercícios físicos (pelo menos caminhada de 30 minutos por dia) e terapia. Dessa forma pode-se minimizar o ganho de peso e diminuir problemas como irritabilidade, depressão e ansiedade.

O uso de medicamentos é essencial na luta contra “os nervos” e a compulsão com a comida. A verenialina, droga mais prescrita, faz com que o cheiro do cigarro fique insuportável; os antidepressivos bupropiona (específico para ex-tabagistas) e nortriptilina ajudam a controlar a tensão; os adesivos, chicletes e sprays de nicotina são empregados paralelamente para diminuir a ansiedade.

Na tabela abaixo temos algumas farmacoterapias que amenizam a “Síndrome de Abstinência”.

FARMACOTERAPIAS DE PRIMEIRA LINHA PARA PARAR DE FUMAR			
<i>Farmacoterapia</i>	<i>Precauções Contra - Indicações</i>	<i>Efeitos Adversos</i>	<i>Duração</i>
Adesivo de Nicotina		Reação cutânea local Insônia	8 semanas
Goma de Mascar com Nicotina		Irritação bucal Dispepsia.	Até 12 semanas
Inalador de Nicotina		Irritação local da boca e da garganta	Até 6 meses
Hidroclorato de bupropiona	História de convulsão; História de distúrbios alimentares.	Insônia Boca seca	7 – 12 semanas; manutenção até 6 meses.

Adaptado de US Public Health Service Report. A disponibilidade dessas farmacoterapias nas formas de venda com ou sem prescrição varia em cada país.

Recentemente, acaba de chegar ao Brasil mais uma “arma” na luta contra a dependência, as pastilhas contra o cigarro. A novidade foi desenvolvida pelo laboratório Glaxo Smithkline e integra o rol das drogas de reposição de nicotina. A substância é dissolvida na boca e alivia os sintomas como a irritabilidade.

É mais um recurso que ameniza a síndrome de abstinência, segundo a pneumologista Cristina Catarino, do Instituto Nacional do Câncer de São Paulo. Esse medicamento não dispensa a terapia cognitiva comportamental, mas pode ser usado sozinho ou associado a adesivos de nicotina, segundo a médica. Estas

pastilhas vêm em 2 dosagens que são usadas dependendo do grau de dependência do fumante (www.revistasaude.com.br).

Recentemente foi divulgado em outros países, através da televisão, um cigarro eletrônico, mas no Brasil sua comercialização é proibida pela falta de conhecimento concreto do seu conteúdo.

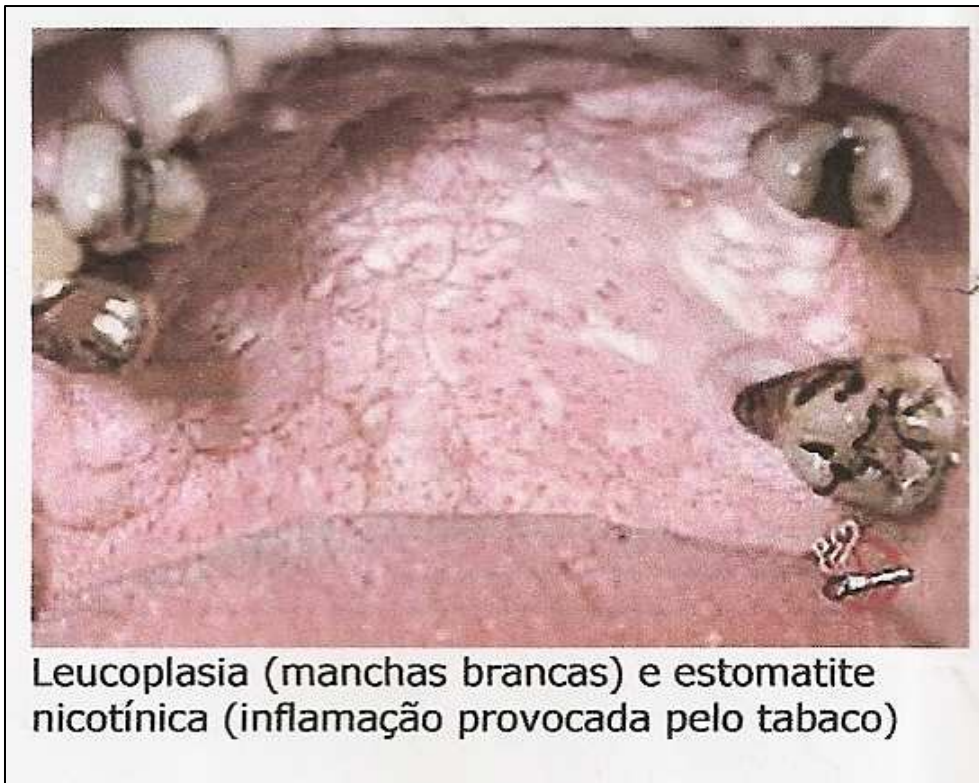


Por fim, estudos brasileiros, mais recentes (Da Costa *et Al* - 2002) mostraram vantagens da nortripitilina no tratamento do tabagismo em relação ao placebo.

Dessa forma, a nortripitilina tem-se mostrado promissora, mas são necessários mais estudos para a comprovação de sua utilidade no tratamento da dependência de nicotina, inclusive no que diz respeito à dose ideal desse antidepressivo. (Hughes *et Al* - 2003)

Mesmo assim, o aumento da efetividade e a manutenção da abstinência em longo prazo são desafios para futuros estudos em farmacoterapia da dependência da nicotina.

TABAGISMO E ODONTOLOGIA



Além de ser prejudicial à saúde, o tabagismo também compromete à saúde bucal.

O hábito de fumar é associado ao aumento do risco de câncer bucal (como leucoplasia), gengivite ulcerativa necrosante aguda, gona candidíase bucal, insucesso de implantes dentais e doença periodontal, interferência no resultado de terapias periodontais cirúrgicas e não cirúrgicas.

O ato de fumar resulta em uma vasta constrição periférica e, conseqüentemente, prejuízo à cicatrização de feridas na boca.

Fumantes geralmente apresentam mais placa do que os não - fumantes, mas isso pode estar relacionado à má higiene bucal.

Não há fortes 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 formação. Fumar causa descoloração nos dentes e nas restaurações dentais, queima as papilas de degustação e os receptores do olfato provocando halitose.

Pesquisas realizadas por mais de 200 anos comprovaram a relação entre o tabagismo e a existência de câncer bucal. O hábito de fumar cachimbos, charutos, cigarros de palha ou cigarros comuns é o maior causador de câncer na laringe e cavidade bucal. O câncer bucal acontece em usuários do tabaco ao longo da vida e a incidência é maior nos homens, sempre causando o enrugamento da mucosa bucal e recessão gengival.

Sendo o alcatrão um dos principais componentes (*benzopireno*) do cigarro e provocador de alterações na mucosa, sabe-se, os fumantes portadores de úlceras bucais são mais vulneráveis, pois mantém o contato direto com esta substância, mas mesmo assim continuam fumando, dificultando a eliminação de tal substância do organismo, o que pode levar aproximadamente 10 anos para eliminar.

Quando o álcool é associado ao cigarro o risco de câncer no assoalho da boca e língua aumenta drasticamente. Também a ação constante e prolongada de próteses mal adaptadas e bordas cortantes de dentes sobre a mucosa bucal constituem, ao longo dos anos, lesões hiperplásicas, desenvolvendo, portanto, o câncer de boca particularmente em indivíduos com hábitos tabagistas e etilistas.

Pesquisas realizadas em diversos países apontam para um aumento do consumo do fumo em todas suas formas e incorrem para o risco do câncer bucal.

Uma pesquisa, realizada pelo professores e estudantes do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília (UnB), apontou que 46,68% dos fumantes que procuraram a clínica de Odontologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) de setembro de 2006 a junho de 2007 estavam com alteração bucal causada pelo cigarro. Dentre os pacientes que participaram desta pesquisa, a doença periodontal foi a que mais danificou a gengiva (osso alveolar e ligamento periodontal) e que levou à perda de dentes, o mecanismo de cicatrização foi prejudicado e às vezes a lesão cancerizável foi diagnosticada.

A mortalidade de quem desenvolve o câncer é muito alta, principalmente se o tratamento for iniciado muito tarde. O câncer prejudica a estética do indivíduo, pois pode levar à mutilação facial.

Outros fatores de risco são estudados para se verificar sua relação com o câncer bucal como: o uso do chimarrão, o consumo de carne grelhada (churrasco) e a fumaça do fogão de lenha

Os dentes dos fumantes ficam impregnados de manchas que não saem com a escovação diária, sendo necessário a procura de um cirurgião dentista para removê-las.

A DOENÇA PERIODONTAL E O FUMO



O Prof. Hubert Chamore Gesser, especialista em Saúde Coletiva pela ABO-SC, mestrando em Engenharia de Produção Bioestatística pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 2002, através de uma revisão bibliográfica, mostrou como o fumo pode ser maléfico à saúde periodontal e para que os profissionais de saúde bucal possam orientar melhor a população em geral e a incentivarem a participação das campanhas antitabagismo,

A doença periodontal é crônica e afeta a dentição humana, abrange todo o periodonto, seja ele de suporte ou de proteção.

O agente etiológico é a placa bacteriana, formada por um conjunto de bactérias, células epiteliais descamadas, leucócitos, micro plasmas, leveduras e protozoários.

O cálculo, que é a placa bacteriana, mineralizada não induz à doença e sua remoção é feita através pela higiene oral.

Diversos estudos demonstram que o tabagismo tem uma alta influência na Saúde Periodontal. Talvez, pela repetição freqüente do ato de fumar cigarro, podemos ver assim sua trajetória.

- ❖ Em 1947 – tinha mais acúmulo de cálculos.
- ❖ Em 1986 – após tratamento, há diminuição das bolsas periodontais, tanto em fumantes quanto em não-fumantes. A redução mostrou-se similar em áreas posteriores. Já nas áreas anteriores pareceram ser menores em fumantes.
- ❖ Em 1990 – em estudo com jovens fumantes, encontrou-se pouca recessão gengival localizada ou da perda de inserção.
- ❖ Em 1994 e 1995 – foi mostrado que a doença moderada e severa com o número de cigarros fumados por dia e o número de anos que tem o hábito de fumar é existente.
- ❖ Em 1996 – o tabagismo alimenta o risco de infecção subgengival com patógenos periodontais.

Segundo a Academia Americana de Periodontia (1996), as substâncias tóxicas afetam diretamente as células do periodonto (fibroblastos). Existem relatos que nos fumantes ocorre uma diminuição dos níveis de anticorpos salivares (IgA) e séricos (IgG) pa P. Intermedia e F. nucleatum, além da diminuição dos linfócitos.

Relatos afirmam que o fumo é um dos mais significantes fatores de risco no desenvolvimento a doença periodontal. Os componentes do fumo induzem várias formas da doença por dano local direto aos tecidos, ou alteração da resposta imunológica, que prejudicam a neutralização da infecção e facilitam a destruição dos tecidos do periodonto.

- ❖ Em 1997 – foi encontrado um baixo nível de higiene bucal em fumantes como em não – fumantes, porém com escores de placa e cálculo maiores em fumantes.
- ❖ Em 1998 – os fumantes não respondem tão bem quanto os não – fumantes nas formas de terapia periodontal não cirúrgica.

Estudo feito em Vaniland (Suécia) em 1998, comparando as proporções das necessidades de tratamento, medidas pelo CPIN (Índice Comunitário Periodontal e Necessidades de Tratamento da OMS), em fumantes e não – fumantes acima de 35 anos de idade foi maior nos fumantes em todas as idades.

Hoje, através de várias outras pesquisas, a doença periodontal é altíssima, uma vez que é associada com a incidência e a prevalência de uma variedade de doenças sistêmicas, como o baixo peso ao nascer, doenças pulmonares, câncer gastrointestinais e cardiovasculares.



Mesmo quando o tabagismo é confirmado, entretanto a intervenção do profissional raramente vai além de aconselhar ao paciente que abandone o hábito.

RESULTADOS

No Centro de Saúde Heliópolis existem profissionais qualificados para realizar grupos operativos antitabagismo.

Diante desta possibilidade, podemos criar grupos operativos capazes de desenvolver atividades relacionadas ao tabagismo.

CONCLUSÃO

Conclui-se que é extremamente difícil a obtenção de resultados, pois os hábitos dificultam a mudança.

Individualmente, continuam fumando, lidam com o prazer de fumar em substituição a outros prazeres.

Fica ainda uma expectativa de haver um suporte adequado de medicamentos, recursos humanos bem como material didático educativo e informativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dificuldades vencidas, desafios superados, preparação necessária são um incentivo para que possamos ter uma comunidade com um alto nível de saúde.

O fim desta etapa e só o começo de outra!

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY – Tabacco use and the periodontal patien. J. Periodontal, (1): 51-56, 1996
- Assessment of risk for periodontal disease II. Risk indicators for alveolar bone loss. J. Periodontal, 66: 23-29, 1995.
- AXELSSON P et al – Relationship between smoking and dental status in 35, 50, 65 and 75 years – old individuals. J. Clin. Periodontal, (25): 297-305, 1998
- BRIDGES, RB et al – Periodontal status of diabect and non – diabect men, effects of smoking, glycemc control and socioeconomic factors – J. Periodontal, 67 (11): 1185-1192, 1996
- CARBANZA, F. A. NEWMAN M. G. – Periodontia Clinica, 8 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997
- CROS em Ação – números 89 e 90 – Março/Abril/Maio/Junho de 2009 – pág. 15, com informações da Agência Brasil e da ABO Nacional.
- DINSDALE, C. R. et al – Sub gingival temperature in smokers and non – smokers with periodontal disease. J. Clin. Periodontal, 24 (10): 761-766, 1997.
- EGELBERG, J.; BADERSTEIN, A. Exame periodontal. 1 ed. São Paulo, Livraria santos, 1995.
- GENCO, R. J; COHEN, D. E; GOLDMAN, H. M. Periodontia Contemporânea. 1 ed. São Paulo, Livraria Santos, 1996.
- GROSSI, S. G et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. J. Periodontal, 65: 260-267, 1994.
- GROSSI, S. G. et al – Assessment of risk for periodontal disease – II. risk indicators for alveolar bone loss. J. Periodontal, 66: 23-29, 1995
- HAFFAJEE, A. D.; SOCRANSKY, S. S.; GOODSON, J. M. Subgingival temperature (I). Relation to baseline clinical paramenters. J. Clin. Periodontol, (19):401-408, 1992.
- HAFFAJEE, A. D. SOCRANSKY, S. S. GOODSON, J. M. – Sub gingival temperature (II) – Relation to future periodontal attachment loss. J. Clin. Periodontal, (19): 409-416, 1992.

HAFFAJEE, A. D. SOCRANSKY, S. S. GOODSON, J. M. – Sub gingival temperature (III) – Relation to microbial counts. J. Clin. Periodontal, (19): 417-422, 1992.

JORNAL LOURDES. Comportamento/gastronomia. Combate ao cigarro ainda vai dar muita fumaceira. 2009. p6

Jornal Super Notícia – 01/06/2009 – Geral – Saúde – pág. 11 – Belo Horizonte/MG.

JORNAL SUPER NOTÍCIA. Geral /Saúde. Belo Horizonte/MG, 01 de junho de 2009. p11

KRIGER, L. et al ABOPREV – Promoção de saúde bucal. 2 ed. São Paulo, Artes Médicas, 1999.

LASCALA, N. T., MOUSSALI, N. H. – Periodontia Clínica II. São Paulo, Artes Médicas, 1989.

LINDHE, J. – Tratado de Periodontologia Clínica. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1988.

MONTEIRO DA SILVA, A. M. Psychosocial factors, dental plaque levels and smoking in periodontitis patients. J Clin. Periodontol., (25):517-523, 1998.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD – Encuestas de salud bucodental – Métodos básicos 3 ed. Genebra, OMS, 1994

PAGE, R. C. et al. Risk assessment for periodontal diseases. Int. Dent. J., (47): 61-87, 1997.

PINDBORG, J. J. Tobacco and gingivitis. I. Statistical examination of the significance of tobacco in the development of ulceromembranous gingivitis and in the formation of calculus. J Dent. Res., (26):261-264, 1947.

PREBER, H. BERGSTRON, j. The effect of non – Surgical treatment on periodontal packets in smokers en non smokers.J. Clin. Periodontal, (13): 319-323, 1986.

PROGRAMA Tabaco ou Saúde – INCA – Instituto Nacional do Cancêr. Ajudando seu paciente a deixar de fumar.1997. p10

REGEZI, J. A., SCIUBBA J. J. Patologia Bucal – Correlações clinicopatológicas Rio de Janeiro – Guanabara Koogan, 1991

RENVERT, S. et al The clinical and microbiological effects of non – Surgical periodontal therapy in smokers and non smokers. J. Clin. Periodontol, 24 (3): 153-157, 1998.

Revista da APCD – 2007 INCA

ROBERTSON, P. B. et al – Periodontal effects associated with the use of smokers tobacco. J. Periodontol, (61): 438-443, 1990.

SECRETARIA Nacional Anti-Drogas. Cartilha Sobre Tabaco. Brasília, 2002. p13

Subgingival temperature (II). Relation to future periodontal attachment loss. J. Clin. Periodontol, (19):409-416, 1992.

Subgingival temperature (III). Relation to microbial counts.. J. Clin. Periodontol, (19):417-422, 1992.

TAANI, D. S. – Association between cigarette smoking and periodontal health. Quintessence Int., 28 (8): 535-539, 1997

ZAMBON, J. J. et al – Cigarette smoking increases the risk for subgingival infection with periodontal pathogens. J. Periodontal, (67): 1050-1054, 1996.

<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/tabagismo.htm>

<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>

<http://www.odontologia.com.br/artigo.asp?id=135>. Acesso 18 de março de 2002.

<http://www.odontus.blogspot.com/2008/04/Tabagismoxsade.bucal.htm/>

<http://www.revistasade.com.br>. Acesso março de 2009 p 44

<http://www.revistaviverbrasil.com.br>. Acesso 9 de outubro de 2009. p. 46-49.

<http://www.saudevidaonline.com.br/odontonline/cancer2htm>

<http://www.sercom.unb.br/bcopaula/odontologia7.htm>

<http://www.uol.com.br/boasaude.uol.com.br/lib/showdoc.cfm/LibDOCID>