

COMO O CIRURGIÃO DENTISTA PODE AJUDAR FUMANTES NO ABANDONO DESSE HÁBITO

How the dentist can help smokers to quit this habit

Isabella Neme Ribeiro dos Reis¹, Claudio Mendes Pannuti².

¹Doutoranda em Periodontia da FOU SP

²Professor associado da disciplina de Periodontia da FOU SP

Recebimento: 22/07/19 - Correção: 13/08/19 - Aceite: 23/09/19

RESUMO

O tabagismo é uma doença crônica, considerada uma epidemia global, que leva à desfechos adversos na saúde geral e bucal. Por outro lado, há evidências de que a cessação desse hábito pode melhorar aspectos relacionados a saúde como um todo e beneficiar resultados de tratamentos odontológicos. Dessa forma, é fundamental que o cirurgião dentista motive fumantes a pararem de fumar e forneça assistência àqueles que desejam abandonar esse hábito. Para isso, existem estratégias eficazes que podem ser utilizadas para ajudar fumantes nessa difícil missão e, consequentemente, obter resultados mais favoráveis nos tratamentos realizados no consultório odontológico. O objetivo desta revisão de literatura foi discutir os efeitos da cessação do tabagismo sobre a saúde geral e bucal, bem como descrever estratégias eficazes para combater esse importante problema de saúde pública. Cirurgiões dentistas devem estimular seus pacientes a pararem de fumar e possuem um papel fundamental nessa questão. As estratégias disponíveis para assistir esses pacientes a parar de fumar podem e devem ser utilizadas por profissionais de saúde bucal.

Palavra-chave: Fumo, cessação de tabagismo, terapia de reposição de nicotina

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o tabagismo é uma epidemia global (World Health Organization, 2018). É considerada uma doença crônica, caracterizada pela dependência psicológica, comportamental e fisiológica da nicotina, presente nos produtos à base do tabaco (Instituto Nacional do Câncer, 2017).

No mercado nacional e internacional existe uma diversidade de produtos derivados de tabaco que são utilizados de diferentes formas: fumado/inalado, aspirado, mascado e absorvido pela mucosa oral. Todos possuem nicotina, causam dependência e aumentam o risco de contrair doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, a forma predominante do uso do tabaco é o fumado, sendo que 14,7% da população de indivíduos maiores de 18 anos são fumantes, 18,9% dos homens e 11% das mulheres (Instituto Nacional do Câncer, 2017)

Estimativas da Organização Mundial da Saúde

mostram que o tabagismo acomete cerca de um terço da população mundial (1 bilhão e 200 milhões de pessoas) e é considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo. Mundialmente, uma a cada 10 mortes (cerca de seis milhões de pessoas por ano) são atribuídas ao uso do tabaco, o que faz com que o tabagismo seja responsável pelo maior número de mortes evitáveis. No Brasil, aproximadamente 156.000 pessoas morrem por ano por conta deste hábito (World Health Organization, 2018).

Esse vício tem sido associado a inúmeras doenças, incluindo alguns tipos de câncer (US Department of Health and Human Services, 2006), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2016), doenças cardiovasculares (Teo *et al.*, 2006), úlcera péptica (Public Health Agency of Canada, 2007), menor densidade óssea, principalmente em homens idosos e mulheres na fase pós-menopausa (Public Health Agency of Canada, 2007) e doenças

oftalmológicas (Christen *et al.*, 2000). Exerce influência negativa também na gravidez (Tong *et al.*, 2013), além de ser uma importante causa de morte prematura em todo o mundo (World Health Organization, 2018). Estudos também demonstraram que o tabagismo aumenta o risco de determinados problemas bucais, tais como doenças periodontais, perda dentária, câncer bucal e cárie (Corraini *et al.*, 2008; Warnakulasuriya *et al.*, 2010). Além disso, o tabagismo também tem sido associado a piores resultados do periodontal e com implantes dentários (Chrcanovic *et al.*, 2016; Moraschini & Barboza, 2016).

Por outro lado, há boa evidência de que parar de fumar pode melhorar as condições de saúde geral (World Health Organization, 2010) bem como os resultados do tratamento periodontal (Rosa *et al.*, 2014). Há alguma evidência de que a cessação do tabagismo pode melhorar os desfechos de implantes dentários (Bain, 1996). Ademais, pesquisas revelaram que os pacientes odontológicos esperam algum envolvimento do dentista em relação a terapia anti-tabágica (Cini *et al.*, 2012) e que ações realizadas por profissionais de saúde bucal podem aumentar os índices de cessação de tabagismo (Carr & Ebbert, 2012). Assim, o objetivo desta revisão de literatura foi discutir os efeitos da cessação do tabagismo sobre a saúde geral e bucal, bem como evidenciar o papel do cirurgião-dentista em assistir pacientes fumantes na cessação do tabagismo.

REVISÃO DISCUTIDA

Efeitos da cessação do tabagismo na saúde geral

Parar de fumar resulta em diversos benefícios sistêmicos, tais como diminuir a morte por desfechos vasculares e a incidência de doença coronariana e acidente vascular encefálico (AVE) já nos primeiros anos após cessação do hábito de fumar (Jemal *et al.*, 2011). Parar de fumar também reduz de forma significativa a tendência de redução da função pulmonar, em qualquer estágio da doença, em comparação aos que continuam fumando (Godtfredsen *et al.*, 2008), sendo considerada a melhor estratégia para restaurar mecanismos de defesa, evitar doenças respiratórias e complicações (Celli, 2008). Além disso, melhora as condições clínicas de pacientes já diagnosticados com câncer, diminui o risco de um segundo tumor primário, reduz o avanço do câncer, minimiza chances de complicações pós-operatórias, favorece a resposta à quimioterapia e radioterapia, melhora a qualidade de vida e aumenta

a sobrevida (Zwar *et al.*, 2011). O abandono do cigarro também reduz riscos associados à gestação, para a gestante e para a criança (World Health Organization, 2010).

Efeitos da cessação do tabagismo na saúde bucal

Estudos têm mostrado que a cessação do tabagismo também resulta em benefícios para a saúde bucal. Por exemplo, estudos intervencionais mostraram benefícios da cessação do tabagismo na redução da profundidade de sondagem e ganho no nível clínico de inserção em pacientes fumantes com periodontite crônica (Rosa *et al.*, 2014). Ademais, estudos observacionais têm demonstrado que ex-fumantes apresentam menos dentes perdidos que fumantes (Dietrich *et al.*, 2015).

Parar de fumar também pode ter efeito benéfico sobre desfechos de implantes. Um estudo prospectivo em humanos (Bain, 1996) avaliou o efeito da cessação de tabagismo em 78 pacientes com 223 implantes. Neste estudo, todos foram orientados a seguir o protocolo anti-tabágico baseado em parar de fumar 1 semana antes e 8 semanas após instalação dos implantes. Pacientes que não conseguiram parar de fumar apresentaram significativamente mais falhas de implantes que aqueles que conseguiram.

Terapia anti-tabágica

Abandonar o tabagismo é uma tarefa difícil, principalmente devido à dependência fisiológica, psicológica e comportamental causada pela nicotina (D'Souza & Markou, 2011).

A dependência fisiológica ou química compreende a necessidade orgânica de nicotina, que é uma droga psicoativa estimulante (Rosemberg, 2004). A dependência psicológica caracteriza-se pela necessidade de fumar para aliviar tensões psicológicas, como ansiedade, medo e raiva, entre outros (Reina *et al.*, 2003). Por sua vez, a dependência comportamental é caracterizada pelas associações que o tabagista faz com o hábito de fumar às situações corriqueiras do dia-a-dia, tais como se condicionar a fumar após tomar café, após as refeições, ao dirigir, entre outros (Meirelles *et al.*, 2006).

Embora muitos consigam abandonar o vício, apenas uma pequena porcentagem de indivíduos (7%) consegue parar de fumar sem nenhum tipo de intervenção (Baillie *et al.*, 1995). Recentemente, o Brasil aprovou inúmeras regulamentações que abrangem desde proibição de fumar em locais públicos, formas de publicidade, aumento de imposto e normatização do uso de aditivos, até ações

para substituir a agricultura do tabaco por outras mercadorias agrícolas. Essas estratégias são responsáveis pela queda da prevalência do tabagismo na população brasileira verificada a partir da década de 80. No Brasil, cerca de metade do total de tabagistas tentam abandonar o hábito de fumar. Destes, apenas uma minoria recebe o apoio de algum profissional da área da saúde a respeito de que forma parar, e uma parcela ainda menor obtém um acompanhamento profissional adequado para essa finalidade (Brasil, 2015).

Intervenções anti-tabágicas conduzidas por profissionais da odontologia podem aumentar as chances de parar de fumar, resultando em taxas de cessação que variam de 2,5% a 36% (Carr & Ebbert, 2012). Assim sendo, é importante que profissionais de saúde incentivem e motivem pacientes fumantes a parar de fumar (Pannuti *et al.*, 2012). Interessantemente, pacientes odontológicos também têm uma expectativa de maior envolvimento maior dos dentistas no auxílio para parar de fumar, como revelou uma pesquisa realizada no Brasil, na qual 61% dos pacientes esperavam orientação dos dentistas em relação à cessação do tabagismo (Cini *et al.*, 2012).

Apesar disso, muitos profissionais de saúde bucal ainda se sentem inseguros quanto a orientar e motivar pacientes fumantes no abandono do cigarro. Os motivos mais comuns para que exista essa barreira entre dentista e fumante são falta de conhecimento sobre o aconselhamento, crença de que esse aconselhamento seja desnecessário e ineficaz, ideia de que essas recomendações têm baixa taxa de sucesso, falta de confiança para motivá-los, falta de tempo, quando o dentista é fumante e falta de opções de referência para encaminhamento do paciente para maior assistência (Rosseel *et al.*, 2009). Essas barreiras devem ser trabalhadas de forma que a equipe odontológica esteja preparada para abordar essa importante questão com seus pacientes.

ACONSELHAMENTO

Com o intuito de orientar profissionais da área da saúde quanto ao apoio à pacientes fumantes, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América – 1998 elaborou um guia com protocolos de aconselhamento para pacientes fumantes: os “Cinco A’s” (Perguntar, aconselhar, avaliar, auxiliar e planejar, do inglês: Ask, advise, assess, assist, and arrange, respectivamente)

para pacientes que desejam parar de fumar (tabela 1) e os “Cinco R’s” (Importância, riscos, compensações, obstáculos, e repetições, do inglês: Relevance, risks, rewards, roadblocks, and repetition) para pacientes que não querem parar de fumar (tabela 2) (Fiore *et al.*, 2008, World Health Organization, 2014).

Ações de cessação de tabagismo podem envolver aconselhamento simples, terapia cognitivo-comportamental e ainda, em casos específicos, o uso de determinados fármacos, que servem de apoio a essa abordagem (Reichert *et al.*, 2008). A taxa de abstinência chega a triplicar com intervenções comportamentais e motivacionais e associadas ao tratamento medicamentoso, sendo significativamente superior a qualquer uma dessas intervenções isoladas (Lai, 2010; Stead *et al.*, 2012). O tratamento farmacológico é composto por terapia de reposição de nicotina (TRN) e/ou determinados medicamentos como o cloridrato de bupropiona e a vareniclina (Hughes *et al.*, 2013, Stead *et al.*, 2015).

Terapia cognitivo-comportamental

Os componentes principais dessa abordagem, geralmente conduzidas por psicólogos, envolvem identificar situações de risco de recaída e elaborar estratégias para enfrentar o vício. Exemplos de estratégias comumente empregadas são auto-monitoração, controle de estímulos, técnicas de relaxamento, procedimentos aversivos, etc. (Stead *et al.*, 2015). O tratamento medicamentoso pode ser usado como suporte à abordagem cognitivo-comportamental, controlando os sintomas da abstinência (Fiore *et al.*, 2000).

Fármacos nicotínicos - Terapia de Reposição de Nicotina (TRN)

A terapia de reposição de nicotina tem como objetivo reduzir a motivação em fumar, bem como os sintomas psicológicos e psicomotores de abstinência frequentemente vivenciados por fumantes que tentam abandonar o hábito (West & Shiffman, 2001). Ela pode ser realizada por meio do uso de goma de mascar de nicotina, pastilha de nicotina, comprimidos sublinguais de nicotina, adesivo transdérmico de nicotina, cartuchos de inalação e spray nasal (Hartmann-Boyce *et al.*, 2018).

Uma revisão sistemática mostrou que cada um dos seis dispositivos de reposição de nicotina (TRN) aumenta significativamente a taxa de cessação em comparação ao placebo ou sem TRN e são eficazes como parte de uma

estratégia para cessação do tabagismo, aumentando a taxa de cessação em aproximadamente 50% e 70%. A escolha do dispositivo deve refletir as necessidades do paciente e considerar a tolerabilidade de custo (Stead *et al.*, 2012).

No Brasil, o adesivo, pastilha e goma de mascar estão disponíveis comercialmente e podem ser prescritos pelo cirurgião dentista (Tabela 3).

Fármacos não nicotínicos: Antidepressivo e Agonista do receptor de nicotina

Além da terapia de reposição de nicotina, fármacos não nicotínicos também podem ser utilizados como coadjuvantes na terapia anti-tabágica. Os princípios do tratamento medicamentoso são: atenuar os sintomas do desejo e abstinência associados à tentativa de abandonar o cigarro, reduzir sensações de prazer que se tem ao fumar, interrompendo indiretamente a liberação de dopamina, ou por dessensibilização de receptores e fornecer algum estímulo prazeroso que não seja proveniente do cigarro (Cahill *et al.*, 2013). Os fármacos não nicotínicos mais utilizados para essa finalidade são Cloridrato de Bupropiona (Zyban®) e Vareniclina (Chantix®) (tabela 4).

A terapia medicamentosa de primeira linha para cessação do tabagismo que pode também ser prescrita pelo cirurgião dentista está descrita na tabela 5.

Preditores de cessação do tabagismo

Um estudo prospectivo com pacientes odontológicos mostrou que mulheres, pessoas que vivem ou trabalham com fumantes, e com maior dependência ao cigarro no início do estudo apresentam menor chance de conseguir parar de fumar (Inoue *et al.*, 2016).

Homens tem mais chance de parar de fumar do que mulheres (Inoue *et al.*, 2016). A maior dificuldade das mulheres de abandonar o vício pode ser atribuída a algumas questões, tais como: receio quanto ao ganho de peso, resistência a lidar com variações de humor devido a abstinência, dependência maior de apoio social (Jensvold *et al.*, 1996) e dependência comportamental mais expressiva (Bohadana *et al.*, 2003). A convivência com fumantes influencia nas chances de parar de fumar e isso pode ser explicado pela influência e/ou controle social e compartilhamento de um mesmo ambiente (Zhou *et al.*, 2009; Inoue *et al.*, 2016). Além disso, a dependência ao cigarro, medida pelo teste de Fagerstrom, é associada fortemente com o abandono do hábito de fumar. Assim sendo, quanto maior a dependência, mais difícil

é abandonar o vício (Cengelli *et al.*, 2012; Inoue *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

O tabagismo resulta em efeitos deletérios tanto na saúde geral como na saúde bucal e prejudica o resultado de tratamentos odontológicos, como o tratamento periodontal e com implantes. Por outro lado, há boa evidência de que a cessação do tabagismo resulta em benefícios para a saúde sistêmica e bucal, melhora resultados do tratamento periodontal e há alguma evidência de que beneficia desfechos do tratamento com implantes. Assim sendo, cirurgiões dentistas possuem um papel fundamental na cessação do tabagismo e devem estimular seus pacientes a pararem de fumar. Para que isso seja possível, existem estratégias das quais o dentista pode lançar mão, para dar assistência aos fumantes que desejam parar de fumar.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES E FOMENTO

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse e apoio financeiro relacionados ao presente artigo.

ABSTRACT

Smoking is a chronic disease, and it is considered a global epidemic associated with adverse effects on general and oral health. There is evidence that smoking cessation can improve health-related aspects and benefit the outcomes of dental treatments. Thus, it is important that dentists encourage smokers to stop smoking and provide care to those who wish to quit smoking. There are effective strategies that can be used by dental professionals to help smokers to quit and, consequently, obtain more favorable outcomes in the dental treatment. The aim of this literature review is to discuss the effect of smoking cessation on general and oral health, and to describe effective strategies to combat this important public health problem. Dentists should encourage their patients to quit smoking and they have an important role in this. There are many strategies available for health professionals to assist smokers that are willing to quit.

Keywords: Smoking, smoking cessation, nicotine replacement therapy, dental implants

TABELA 1 - GUIA DOS "CINCO A'S"

Passo	Ação
Perguntar (Ask) Identificar sistematicamente todos os pacientes que fumam em cada visita.	Documentar rotineiramente a condição de tabagismo de todos os pacientes a cada consulta. Faça disso parte da sua rotina.
Aconselhar (Advice) Convencer todos os usuários de tabaco sobre abandonarem o hábito.	Estimular todo fumante a parar de fumar, de forma clara, forte e personalizada.
Avaliar (Asses) Avaliar a disposição do paciente para parar de fumar.	Determinar o desejo de tentar parar. Faça duas perguntas em relação a importância e auto-confiança: 1. "Você gostaria de não fumar?" 2. "Você acha que tem chance de abandonar o vício com sucesso?"
Auxiliar (Assist) Ajude o paciente a elaborar um plano para parar.	Ajudar o paciente a desenvolver um plano: - Forneça aconselhamento prático; - Forneça apoio social durante o tratamento; - Forneça materiais suplementares; - Recomende o uso de medicações aprovadas (Médicos)
Organizar (Arrange)	Agendar consulta de acompanhamento pessoalmente ou por telefone ou encaminhar para um serviço especializado na cessação do tabagismo.

TABELA 1 - GUIA DOS "CINCO A'S"

Estratégias de Implementação

Incluir o uso de tabaco na ficha padrão a cada consulta;
Colar um adesivo indicando uso de tabaco na ficha do paciente.

Fornecer informações de maneira clara e contundente:

"É importante que você pare de fumar agora e eu posso ajudá-lo"

"Abandonar o hábito somente quando ficar doente não é o suficiente"

"Até mesmo fumar ocasionalmente é perigoso"

"Como seu dentista, eu preciso que você saiba que parar de fumar é a coisa mais importante que você pode fazer para proteger sua saúde agora e no futuro. Estou aqui para ajudá-lo."

Aconselhe de acordo com o sexo do paciente, por exemplo, as mulheres podem ser mais propensas a se interessar pelos efeitos do tabagismo na fertilidade do que os homens.

Pacientes que sofrem com asma podem precisar ouvir sobre o efeito de fumar na função respiratória, enquanto os pacientes com doenças periodontais podem se interessar sobre o efeito do tabagismo na saúde bucal.

Pessoas com crianças pequenas podem ser motivadas por informações sobre os efeitos do fumo passivo, enquanto uma pessoa com problemas financeiros pode querer considerar os custos financeiros do tabagismo.

Personalizar o aconselhamento como base na situação de vida do paciente (por. ex. estado de saúde, impacto do tabagismo na família, fatores econômicos)

Em alguns casos nos quais adaptar o conselho para um paciente em particular não seja óbvio, pergunte ao paciente:

"Do que você não gosta em ser fumante?"

Então, o aconselhamento pode se basear nas questões que mais incomodam o paciente em relação ao vício.

Se o paciente não deseja parar, uma intervenção motivacional deve ser realizada (os cinco "R's")

Se o paciente deseja parar, forneça assistência.

Use o método STAR para ajudar seu paciente a desenvolver um plano:

- S (SET) Defina uma data para parar, idealmente dentro de duas semanas;
- T (TELL) Diga a família, amigos e colegas de tratamento sobre estar tentando abandonar o hábito e peça ajuda.
- A (ANTICIPATE) Antecipe os desafios que terá na tentativa de parar de fumar.
- R (REMOVE) Retire os produtos do tabaco do ambiente e deixe a casa livre do cigarro.

O aconselhamento prático deve se concentrar em três elementos:

- Ajudar o paciente a identificar as situações de perigo, que despertam o desejo de fumar (eventos específicos, estados internos, atividades que aumentam o risco de fumar ou recaída);

O apoio social durante o tratamento inclui: Motivar o paciente; falar com carinho e preocupação; Incentivar o paciente a falar sobre o processo de abandono do cigarro.

Certifique-se de ter uma lista de serviços locais existentes de cessação do tabagismo.

• Quando: A primeira consulta de acompanhamento deve ser agendada durante a primeira semana. Uma segunda consulta é recomendada dentro de um mês.

• Como: Utilize métodos práticos, como telefone, visita pessoal e correio/e-mail para fazer o acompanhamento.

Recomenda-se que o acompanhamento dos pacientes seja feito através de trabalho em equipe, se possível.

• O que: Identifique problemas já encontrados pelo paciente e antecipar próximos desafios; lembre-os do apoio social disponível para tratamento complementar; Avalie o uso de medicamentos e problemas; Programe a próxima data de acompanhamento.

Para pacientes que estão em abstinência: Parabenize-os pelo seu sucesso.

Para pacientes que usaram tabaco novamente: Lembre-os de ver a recaída como uma experiência de aprendizagem; revise as circunstâncias e estimule o compromisso; Encaminhe-o para um tratamento mais intensivo, se disponível.

(Adaptado de Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions WHO, 2014)

TABELA 2 - GUIA DOS "CINCO R'S"

Passo	Estratégias para implementação
Importância (Relevance)	Encoraje o paciente a mostrar como parar de fumar é pessoalmente importante para ele(a). A informação motivacional tem o maior impacto se for relevante para o estado ou risco da doença desse paciente, situação familiar ou social (por exemplo, ter filhos em casa), preocupações com a saúde, idade, sexo e outras características importantes para o mesmo.
Riscos (Risks)	<p>Incentive o paciente a identificar possíveis consequências negativas do uso do tabaco que sejam importantes para ele. Exemplos de riscos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riscos agudos: falta de ar, exacerbação da asma, aumento do risco de infecções respiratórias, efeitos deletérios na gravidez, impotência e infertilidade. • Riscos a longo prazo: ataques cardíacos e derrames, câncer de pulmão e outros (por exemplo, laringe, cavidade oral, faringe, esôfago), doenças pulmonares obstrutivas crônicas, osteoporose e necessidade de cuidados prolongados. • Riscos ambientais: aumento do risco de câncer de pulmão e doenças cardíacas em cônjuges; aumento do risco para baixo peso ao nascer em filhos, síndrome da morte súbita infantil, asma, infecção na orelha média e infecções respiratórias em crianças de fumantes.
Compensações (Rewards)	<p>Peça ao paciente para identificar possíveis benefícios relevantes de parar de fumar. Exemplos de melhorias podem incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhor saúde; • A comida terá melhor sabor; • Melhor sentido do olfato; • Economizando dinheiro; • Sentir-se melhor consigo mesmo; • A casa, o carro, a roupa e a respiração terão cheiro mais agradável; • Estabelecer um bom exemplo para as crianças e diminuir a probabilidade de elas fumarem; • Ter bebês e crianças mais saudáveis; • Sentir-se melhor fisicamente; • Desempenho melhor em atividades físicas. • Melhor aparência, incluindo redução do enrugamento / envelhecimento da pele e dentes mais brancos.
Obstáculos (Roadblocks)	<p>Peça ao paciente para identificar obstáculos ou impedimentos que o leve a desistir e fornecer tratamento (aconselhamento para solução de problemas, medicação) que possa resolver essas barreiras. Barreiras comuns podem incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sintomas de abstinência; • Medo do fracasso; • Ganho de peso; • Falta de apoio; • Depressão; • Prazer do tabaco; • Estar perto de outros usuários de tabaco; • Conhecimento limitado de opções de tratamento eficazes.
Repetições (Repetitions)	Se o paciente ainda não estiver pronto para tentar parar de fumar, repita esse protocolo. A intervenção motivacional deve ser repetida toda vez que um paciente desmotivado passar por consulta.

TABELA 2 - GUIA DOS "CINCO R'S"

Exemplo

Profissional da saúde:
- "Como parar de fumar é pessoalmente importante para você?"

Paciente:
- "Eu acho que faz mal à minha saúde."

Profissional da saúde:
- "O que você sabe sobre os riscos de fumar para sua saúde? O que te preocupa particularmente?"

Paciente:
- "Eu sei que causa câncer. Isso deve ser horrível."

Profissional da saúde:
- "Isso mesmo, o risco de câncer é muitas vezes maior entre os fumantes."

Profissional da saúde:
- "Você sabe como parar de fumar afetaria seu risco de câncer?"

Paciente:
- "Eu acho que teria um risco menor se eu parasse."

Profissional da saúde:
- "Sim, e não leva muito tempo para o risco diminuir. Mas é importante sair o mais rápido possível."

Profissional da saúde:
- "Então, o que poderia ser difícil ao parar de fumar?"

Paciente:
- "O desejo de fumar, ele seria terrível"

Profissional da saúde:
- "Nós podemos ajudar com isso. Podemos dar-lhe a terapia de reposição de nicotina (TRN) que pode reduzir o desejo de fumar."

Paciente:
- "Isso realmente funciona?"

Profissional da saúde:
- "Você ainda precisa de força de vontade, mas estudos mostram que a TRN pode dobrar suas chances de parar de fumar com sucesso."

Profissional da saúde:
- Nós já tivemos uma conversa, mas vamos ver se você se sente diferente agora. Você pode responder a essas perguntas novamente?

(Volte para a etapa de avaliação dos "Cinco A's", se o paciente estiver pronto para tentar parar de fumar, prossiga com os "Cinco A's". Se não estiver pronto, finalize a intervenção dizendo: "Este é um processo difícil, mas eu sei que você pode vencer isso e estou aqui para ajudá-lo.")

(Adaptado de Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions WHO, 2014)

TABELA 3 - FÁRMACOS NICOTÍNICOS – TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA (TRN)

Terapia de reposição de nicotina	Nome comercial	Taxas de abstinência
Goma de mascar de nicotina	Nicorette®	RR 1.64 (95% CI 1.53 a 1.75, 51 ensaios, 25,754 participantes (Hartmann-Boyce <i>et al.</i> , 2018))
Pastilha de nicotina	Niquitin® Pastilhas	RR 1.90 (95% CI 1.36 a 2.67, 4 ensaios, 976 participantes (Hartmann-Boyce <i>et al.</i> , 2018))
Adesivo transdérmico de nicotina	Niquitin® Adesivos	RR 1.64 (95% CI 1.53 a 1.75, 51 ensaios, 25,754 participantes (Hartmann-Boyce <i>et al.</i> , 2018))

TABELA 4 - FÁRMACOS NÃO NICOTÍNICOS – ANTIDEPRESSIVO E AGONISTA PARCIAL DO RECEPTOR DE NICOTINA.

Fármaco	Nome comercial	Modo de ação
Cloridrato de Bupropiona	Zyban®	Anti-depressivo não tricíclico que inibe a re-captção neuronal da dopamina e norepinefrina, mantendo seus níveis com atividade dopaminérgica e, possivelmente, exerce também a função de antagonizar receptores nicotínicos, diminuindo a ação da nicotina e substituindo seus efeitos.
Vareniclina	Chantix®	Agonista parcial do receptor de nicotina, promovendo a manutenção de níveis de dopamina para neutralizar os sintomas de abstinência (atuando como agonista) e reduzindo a satisfação de fumar (atuando como antagonista).

TABELA 3 - FÁRMACOS NICOTÍNICOS – TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA (TRN)

Efeitos adversos

Elas podem ser inadequadas para usuários de próteses dentárias e de articulação temporomandibular (ATM) bem como para pacientes com comprometimento das ATMs. Efeitos adversos muito comuns (ocorreram em mais de 10% dos usuários) são náusea, dor de cabeça, tosse, soluço e irritação na garganta, além disso, são comuns (ocorreram entre 1 e 10% dos usuários) desconfortos gastrintestinais (dor abdominal, boca seca, aumento da salivação, indigestão, flatulência e estomatite. Reações alérgicas são raras e ocorreram em 0,01% dos casos.

Náusea é um evento adverso muito comum (ocorre em mais de 10% dos casos). Reações comuns (que ocorrem entre 1 e 10% dos casos) são: vômitos, tonturas, cefaléia, sensação parestésica na língua e boca, dor epigástrica, soluços, dor de garganta, tosse, secura na boca, disfagia e úlceras na boca.

Reações adversas muito comuns (ocorrem em mais de 10% dos pacientes que utilizam este medicamento) são náuseas, vômitos, dor de cabeça, tontura, reações no local de aplicação, distúrbios de sono incluindo sonhos incomuns e insônia. Reações comuns (ocorrem entre 1% e 10% dos pacientes que utilizam este medicamento): tremores, palpitações, falta de ar, faringite, tosse, nervosismo, desconforto digestivo, dor abdominal alta, diarreia, boca seca, prisão de ventre, aumento da transpiração, dores nas articulações e musculares, dor torácica, dor nos membros, astenia e fadiga.

(Mills et al., 2010, Cahill et al., 2013, INCA 2014, Hartmann-Boyce et al., 2018); RR = risco relativo, 95% IC = intervalo de confiança de 95%

TABELA 4 - FÁRMACOS NÃO NICOTÍNICOS – ANTIDEPRESSIVO E AGONISTA PARCIAL DO RECEPTOR DE NICOTINA.

Eficácia e taxas de abstinência

Cloridrato de Bupropiona vs. Grupo controle (Placebo).
OR estimado (IC 95%) 2.0 (1.8, 2.2);
Taxas de abstinência estimadas (IC 95%) 24.2 (22.2, 26.4).

Efeitos adversos

Eventos adversos mais comuns relatados com o uso da bupropiona são insônia (ocorrendo em 30% a 40% dos pacientes), xerostomia (10%) e náusea. Ocorrência de reações alérgicas, inclusive prurido, urticária angioedema e dispneia em uma incidência de 1 a 3 em 1000 também foram relatadas. O principal efeito adverso grave relatado foi convulsão, que pode ocorrer em uma taxa de 1:1000 usuários. Sendo este fármaco não recomendado para pessoas com história de convulsões.

Vareniclina vs. Grupo controle (Placebo)
OR estimado (IC 95%) 2.1 (1.5, 3.0);
Taxas de abstinência estimadas (IC 95%) 25.4 (19.6, 32.2).

O principal evento adverso relatado é a náusea, em níveis leves a moderados e diminuindo ao longo do tempo. Níveis elevados de insônia, sonhos anormais e dor de cabeça também foram relatados. Nenhum evento adverso grave foi verificado, além dos distúrbios do sono.

(Cahill et al., 2013); OR = odds ratio (razão de chances)

TABELA 5 - TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PRIMEIRA LINHA PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO.

Medicamento	Início do tratamento	Esquema terapêutico	Duração (semanas)
Terapia de reposição de nicotina: Adesivo	Na data escolhida para parar de fumar	21mg/dia (4 semanas), 14mg (4 semanas) e 7mg (2 semanas). Doses > 21mg = fumantes com maior dependência.	8 a 10
Terapia de reposição de nicotina: Goma ou pastilha.	Na data escolhida para parar de fumar.	2 mg ou 4 mg: 1-4/dia.	12.
Bupropiona	Uma semana antes da data escolhida para parar de fumar.	1º ao 3º dia: 150mg, 1 vez/dia. 2º dia até o final: 150mg, 2 vezes/dia.	12.
Vareniclina	Uma semana antes da data escolhida para parar de fumar.	1º ao 3º: 0,5mg, 1 vez/dia; 4º ao 7º dia: 0,5mg de 12/12 horas; 8º dia até o final: 1 mg 12/12 horas.	12.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025, second edition. Geneva: WHO; 2018. [citado em 25 de julho de 2019] Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1>
- Instituto Nacional do Câncer, 2017. [citado em 25 de julho de 2019] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/estudo-inedito-divulga-custos-atribuiveis-ao-tabagismo-no-brasil>
- Tong VT, Dietz PM, Morrow B, D'Angelo DV, Farr SL, Rockhill KM et al. Trends in Smoking Before, During, and After Pregnancy — Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, United States, 40 Sites, 2000–2010. MMWR Surveill Summ. 2013; 62(6): 1-19.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, 2016. [citado em 25 de julho de 2019] Disponível em <https://goldcopd.org/pocket-guide-copd-diagnosis-management-prevention-2016/>
- Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet. 2006; 368:647-58.
- Public Health Agency of Canada. Life ad Breath: Respiratory Disease in Canada, 2007. Ottawa. Public Health Agency of Canada; 2007. [citado em 25 de julho de 2019] Disponível em <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/2007/life-breath-respiratory-disease-canada-2007.html>
- Christen WG, Glynn RJ, Ajani UA, Schaumberg DA, Buring JE, Hennekens CH et al. Smoking cessation and risk of age-related cataract in men. Jama, 2000; 284(6), 713-716.
- Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, Casals Peidró E, Preshaw PM, Walter C et al. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. Int Dent J. 2010 Feb;60(1):7-30.
- Corraini P, Baelum V, Pannuti CM, Pustiglioni AN, Romito GA, Pustiglioni FE. Risk indicators for increased probing depth in an isolated population in Brazil. J Clin Periodontol. 2008 Sep;79(9):1726-34.
- Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Smoking and

- dental implants: A systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2015 May;43(5):487-98.
11. Moraschini V, Barboza E. Success of dental implants in smokers and non-smokers: a systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2016 Feb;45(2):205-15.
 12. World Health Organization: Gender, women and the tobacco epidemic. Geneva: WHO; 2010. [citado em 25 de julho de 2019] Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44342/9789241599511_eng.pdf;jsessionid=D9CF0EE792BD9D967B9FF0ECADCAD48F?sequence=1
 13. Rosa EF, Corraini P, Inoue G, Gomes EF, Guglielmetti MR, Sanda SR et al. Effect of smoking cessation on non-surgical periodontal therapy: results after 24 months. *J Clin Periodontol*. 2014 Dec;41(12):1145-53.
 14. Bain CA. Smoking and implant failure--benefits of a smoking cessation protocol. *Int J of Oral Maxillofac Implants*, 1996 11(6).
 15. Cini L, Flores AG, Pannuti CM. Dependência nicotínica em pacientes da clínica odontológica. *Pesq Bras Odontopediatr Clin Integr*. 2012 Mar;12(1):99-105.
 16. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jun 13;(6):CD005084.
 17. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011; 61(2): 69-90.
 18. Godtfredsen NS, Lam TH, Hansel TT, Leon ME, Gray N, Dresler C et al. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. *Eur Respir J*, 2008 Oct;32(4):844-53.
 19. Celli BR. Update on the management of COPD. *Chest*, 2008, 133(6), 1451-1462.
 20. Zwar N, Richmond R, Borland R, Peters M, Litt J, Bell J et al. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011. Updated July 2014. [citado em 25 de julho de 2019] Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/d537/cbd4b900cf0c6f6c3f3efe1902ee756f21aa.pdf>
 21. Dietrich T, Walter C, Oluwagbemigun K, Bergmann M, Pischon T, Pischon N et al. Smoking, Smoking Cessation, and Risk of Tooth Loss: The EPIC-Potsdam Study. *J Dent Res*. 2015 Oct; 94(10):1369-75.
 22. D'Souza MS, Markou A. Neuronal mechanisms underlying development of nicotine dependence: implications for novel smoking-cessation treatments. *Addict Sci Clin Pract*. 2011 Jul;6(1):4-16.
 23. Rosemberg J. 2004. Nicotina Droga Universal, Instituto Nacional de Câncer [citado em 25 de julho de 2019] Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nicotina-droga-universal.pdf>
 24. Reina SS, Damasceno AGT, Orive JIG. Iniciación y mantenimiento del hábito tabáquico. El paciente que va a dejar de fumar. In: Ferrero MB, Mezquita MAH, Garcia MT. – Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, www.atenciontabaquismo.com, Espanha, 2003.
 25. Meirelles RHS, Gonçalves CMC. Como Fazer Seu Paciente Parar de Fumar. In: Zamboni M, Pereira CAC. *Pneumologia – Diagnóstico e Tratamento*. Editora Atheneu, 2006, São Paulo, SP.
 26. Baillie AJ, Mattick RP, Hall W. Quitting smoking: estimation by meta-analysis of the rate of unaided smoking cessation. *Aust J Public Health*. 1995 Apr;19(2):129-31.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [citado em 25 de julho de 2019] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf
 28. Pannuti CM, Rosa EF, Guglielmetti MR. O passo a passo da terapia antitabágica na periodontia. *Braz J Periodontol*. 2012, 22(01): 1-4.
 29. Rosseel JP, Jacobs JE, Hilberink SR, Maassen IM, Segaar D, Plasschaert AJM et al. Experienced barriers and facilitators for integrating smoking cessation advice and support into daily dental practice. A short report. *Br Dent J*. 2011 Apr 9;210(7):E10.
 30. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville: U.S.Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008:35-43
 31. World Health Organization. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions. Geneva: WHO; 2014. [citado em 25 de julho de 2019] Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf;jsessionid=C278EC96F36CF8D3580F27F589736CDC?sequence=1
 32. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo da SBPT. *J. Bras Pneumol*, 2008; 34(10): 845-80.
 33. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD006936.
 34. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation.

- Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14;11:CD000146.
35. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 8;(1):CD000031.
 36. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Oct 12;(10):CD009670.
 37. West R, Shiffman S. Effect of oral nicotine dosing forms on cigarette withdrawal symptoms and craving: a systematic review. *Psychopharmacology Berl* 2001; 155:115–22.
 38. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 31;5:CD000146.
 39. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview of reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May 31;(5):CD009329.
 40. Inoue G, Rosa EF, Gomes EF, Guglielmetti MR, Corraini P, Takano RK et al. Predictors of smoking cessation in smokers with chronic periodontitis: a 24-month study. *Braz Oral Res*. 2016 Oct 10;30(1):e98.
 41. Jensvold MF, Halbreich U, Hamilton JA. *Psychopharmacology and women: Sex, gender, and hormones*. 1st ed. Washington(DC): American Psychiatric Press; 1996.
 42. Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y. Gender differences in quit rates following smoking cessation with combination nicotine therapy: influence of baseline smoking behavior. *Nicotine Tob Res*. 2003 Feb;5(1):111-6.
 43. Zhou X, Nonnemaker J, Sherrill B, Gilsenan AW, Coste F, West R. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addict Behav*. 2009 Apr;34(4):365-73.
 44. Cengelli S, O'Loughlin J, Lauzon B, Cornuz J. A systematic review of longitudinal population-based studies on the predictors of smoking cessation in adolescent and young adult smokers. *Tob Control*. 2012 May;21(3):355-62.
 45. Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Wilson, K, Ebbert J. O. Adverse events associated with nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. A systematic review and meta-analysis of one hundred and twenty studies involving 177,390 individuals. *Tob Induc Dis*. 2010 Jul 13;8:8.

Endereço para correspondências:

Claudio Mendes Pannuti

Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia,

Departamento de Estomatologia - Disciplina de Periodontia

Av. Professor Lineu Prestes, 2227 - Cidade Universitária

CEP: 05508-000 - São Paulo - SP

Email: pannuti@usp.br