GISLENE INOUE

Cessação de tabagismo em fumantes com Periodontite Crônica

São Paulo

2012

GISLENE INOUE

Cessação de tabagismo em fumantes com Periodontite Crônica

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Periodontia

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Mendes Pannuti

São Paulo

2012

FOLHA DE APROVAÇÃO

Inoue G. Cessação de tabagismo em fumantes com Periodontite Crônica.
Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2012

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho a meus pais **YUKIO e MIECO SAKATA, SOYOKUNI e MARIA INOUE**, meus irmãos **EDUARDO, ERIKA e THALITA** e meu marido **MARCELO TAKAO**, que me acompanharam e me incentivaram durante essa jornada.

AGRADECIMENTOS

À **DEUS**, pela Sua graça, proteção e fidelidade...até aqui Ele tem me ajudado !

Ao **Professor Doutor Cláudio Mendes Pannuti**, meu “sensei”, a quem hoje tenho um débito de gratidão, carinho e respeito por ter acreditado em mim e pacientemente, nesses cinco anos, me orientado com rigor causando um engrandecimento não apenas como aluna, mas também como pessoa.

Ao **Professor Doutor Hsu Shao Feng**, meu amigo, irmão e exemplo de profissional. Sou grata pela sua ajuda, incentivo e conselhos. “Amigo fiel é proteção poderosa, e quem o encontrar, terá encontrado um tesouro, amigo fiel não tem preço, e seu valor é incalculável”.

Aos mestres, **Professor Francisco Emílio Pustiglioni, Professor Giuseppe Alexandre Romito, Professor Doutor Giorgio De Micheli, Professor Luis Antonio Pugliesi Alves de Lima, Professor Doutor João Batista Cesar Neto, Professora Doutora Luciana Saraiva de Campos, Professora Doutora Marinella Holzhausen**, muito obrigada pelo suporte e dedicação em ensinar. Tenho grande admiração por cada um de vocês.

Às **Professoras Karen Ortega e Christiane Yorioka**, pelas sugestões e contribuições no meu exame de qualificação.

À equipe do **FUMO**, **Ecinele, Priscila, Elaine, Mariana, Verô, Alessandra, Renata, Bárbara, Vivi, Sheila, Amanda, Andrea, Vanessa, Tarso, Fábio, Koji e Ester**, por terem me acompanhado e me dado muita força nessa longa caminhada. Muito, mas muito obrigada, pois sem vocês nada disso teria acontecido.

À equipe do **HU**, **Dr. João Paulo Lotufo, Edinalva e Marina**, agradeço profundamente por terem nos recebido e permitido que a odontologia pudesse fazer parte desse projeto maravilhoso.

À todos os **PACIENTES** da pesquisa, por aceitarem participar desse estudo, pela colaboração, paciência e por não nos ver apenas como dentistas, mas confidentes nessa luta contra o vício do fumo. Parabéns e obrigada, vocês são vencedores.

Aos meus **AMIGOS** de pós-graduação, **Didinha, Hilana, Livia, Elaine, Sassá, Rogéria, Samuel e Caio**, foi muito bom passarmos por vários momentos que hoje tenho guardado com grande carinho. Com certeza vocês fizeram a diferença nessa etapa da minha vida e os levarei comigo muito além do mestrado, todos dentro do meu coração.

Aos **ALUNOS DO PAE, Tamires, Bruna, Mayara, Fernanda, Mayta, Mariana, Luana, Juliana, Karina e Fabio**, só posso agradecer pela companhia gratificante nas terças e sextas à noite, vocês são alunos formidáveis.

À **Márcia e Marília**, equipe administrativa da Disciplina de Periodontia, muito obrigada pela disposição, paciência, auxílio com os prazos, relatórios e com os pacientes.

À **FAPESP** (processo número 07/54494-3) pelo patrocínio ao estudo e **CAPES** pela bolsa .

"Precisamos dar um sentido humano às nossas construções. E, quando o amor ao dinheiro, ao sucesso nos estiver deixando cegos saibamos fazer pausas para olhar os lírios do campo e as aves do céu."

Érico Veríssimo

RESUMO

Inoue G. Cessação de tabagismo em fumantes com Periodontite Crônica[dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2012.Versão Original.

O tabagismo é o mais importante fator de risco de diversas doenças crônicas, incluindo a periodontite. Atualmente existe uma mobilização mundial contra o uso do tabaco. Embora cirurgiões-dentistas apresentem potencial para ajudar seus pacientes fumantes a abandonar o vício, o papel do dentista na cessação do tabagismo ainda não está totalmente esclarecido. O objetivo deste estudo prospectivo de 12 meses foi verificar o efeito de um programa antitabágico multidisciplinar na cessação de tabagismo em fumantes com doença periodontal. Duzentos e um (201) sujeitos foram triados, e 93 foram incluídos e receberam tratamento periodontal não-cirúrgico. Simultaneamente, os indivíduos receberam terapia antitabágica, que consistiu em quatro palestras consecutivas ministradas por um médico e uma dentista, terapia cognitiva comportamental realizada por uma psicóloga, e terapia de reposição de nicotina e medicação, de acordo com necessidades individuais. Durante o tratamento periodontal, os dentistas motivaram ativamente os participantes a pararem de fumar, usando técnicas de entrevista motivacional. Aconselhamento e suporte adicionais foram fornecidos durante as visitas de manutenção após 3, 6 e 12 meses do término do tratamento periodontal. A condição de tabagista foi avaliada por meio de um questionário estruturado, e foi validada pela mensuração de monóxido de carbono expirado (CO). Também foi aplicado o Questionário de Tolerância de Fagerström para verificar a dependência à nicotina. Dentre os 52 indivíduos que permaneceram até o exame de 12 meses, 22(42,31%), 17(32,69%) e 17(32,69%) não estavam fumando após 3, 6 e 12 meses, respectivamente. A cessação de tabagismo foi associada aos níveis iniciais de CO ($p = 0,03$), nível de dependência nicotínica de acordo com o questionário de Fageström ($p=0,01$) e escore médio do questionário de Fagerström ($p<0,001$). Concluiu-se que a terapia antitabágica realizada por uma equipe multidisciplinar que inclui dentistas resultou em alta taxa de cessação de tabagismo. O abandono do hábito foi associado à exposição ao CO e à dependência nicotínica.

Palavras-chave: Tabagismo. Abandono do Uso de Tabaco. Odontologia.

ABSTRACT

Inoue G. Smoking cessation in smokers with Chronic Periodontitis [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2012. Versão Original.

Smoking is the leading risk factor of several chronic diseases, including periodontitis. Nowadays, there is a world-wide mobilization against the use of tobacco. Although it is acknowledged that dentists have potential to help smoking patients to quit, their role in tobacco control is not completely defined. The aim of this prospective 12-month study was to evaluate the effect of a multidisciplinary smoking cessation program in quitting smoking in subjects with periodontal disease. Two-hundred and one (201) subjects were screened, and 93 were included and received non-surgical periodontal treatment during four weeks. Subjects also received smoking cessation therapy, which consisted of four consecutive lectures given by a physician and a dentist, psychologist-assisted cognitive behavioral therapy, nicotine replacement therapy and medication, according to their individual needs. During initial periodontal treatment, dentists actively motivated the study subjects to stop smoking, using motivational interviewing techniques. Further smoking cessation counseling and support were also provided by the dentists during periodontal maintenance sessions at 3, 6 and 12 months of follow-up. Smoking status was assessed by means of a structured questionnaire, and it was validated by exhaled carbon monoxide (CO) measurements. Participants were further asked about their nicotine dependence, by means of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Among the 52 individuals that remained up to the 12-months examination, 22(42.31%), 17(32.69%) and 17(32.69%) were not smoking at 3, 6 and 12 months, respectively. Smoking cessation was associated with baseline CO levels ($p = 0.03$), Fagerström's nicotine dependence level ($p=0.01$) and mean Fagerström test score ($p<0.001$). It is concluded that smoking cessation therapy performed by a multidisciplinary team including dentists resulted in high quit rates. Smoking cessation was associated with exposure to CO and nicotine dependence.

Keywords: Smoking. Tobacco Use Cessation. Dentistry.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CO	monóxido de carbono
DP	desvio padrão
F	grupo de pacientes que não pararam de fumar ou oscilaram
HU	Hospital Universitário
HIV	vírus da imunodeficiência humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
USP	Universidade de São Paulo
mm	milímetro
mg	miligramas
n	número de sujeitos no grupo
NCI	nível clínico de inserção
NF	grupo de pacientes que pararam de fumar
ppm	partes por milhão
PS	profundidade de sondagem
RG	recessão gengival
SS	sangramento à sondagem
TRN	terapia de reposição de nicotina
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE SÍMBOLOS

%	porcentagem
®	marca comercial registrada
α	alfa
=	igual
+	mais
>	maior
<	menor
$\leq$	menor ou igual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS	14
2.2 ESTRATÉGIAS PARA ABANDONO DO HÁBITO DE FUMAR	15
2.2.1 Papel do cirurgião dentista	16
3 PROPOSIÇÃO	19
4 MATERIAL E MÉTODOS	20
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	20
4.2 CASUÍSTICA	20
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	21
4.4 ENTREVISTAS E EXAMES	21
4.4.1 Entrevistas	21
4.4.2 Validação do tabagismo auto-reportado	22
4.4.3. Exame periodontal	23
4.5 TRATAMENTO PERIODONTAL	23
4.6 INTERVENÇÃO ANTITABÁGICA	23
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	24
5 RESULTADOS	25
6 DISCUSSÃO	29
7 CONCLUSÕES	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	40

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é a principal causa de morte evitável do mundo, principalmente em países de baixa e média renda (World Health Organization, 2010). Além de ser um importante fator de risco para doenças respiratórias, cardiovasculares e neoplásicas, o tabagismo está associado às diversas alterações da cavidade bucal. Fumantes apresentam maior risco de desenvolver câncer bucal quando comparados aos não fumantes (Lissowska et al., 2003; Warnakulasuriya et al., 2005). O tabagismo também é um dos principais fatores de risco para doenças periodontais (Tomar; Asma, 2000; Susin et al., 2004; Corraini et al., 2008), e está associado com um aumento na prevalência de perda dentária (Chambrone et al., 2010; Yanagisawa et al., 2010) e perda de implantes dentários (Abt, 2009). Por outro lado, a cessação de tabagismo promove benefícios adicionais para a saúde bucal. Segundo o Surgeon General's Report de 1990, parar de fumar reduz em 50% o risco de câncer bucal cinco anos após a cessação (Samet, 1992). Ex-fumantes apresentam menos perda óssea marginal ao longo do tempo do que os fumantes (Levin et al., 2008). Tomar e Asma (2000), em um estudo transversal, mostraram que ex-fumantes apresentam um risco reduzido de periodontite, que diminui conforme o número de anos de cessação. Estudos prospectivos intervencionais tem demonstrado que fumantes que abandonaram o hábito apresentaram benefícios adicionais na resposta ao tratamento periodontal não-cirúrgico, quando comparados com os que continuaram fumando (Preshaw et al., 2005; Rosa et al., 2011).

Há evidências crescentes sobre a importância da participação de profissionais de odontologia na cessação de tabagismo. Dentistas tem contato frequente com seus pacientes, e também podem explorar os efeitos nocivos do tabaco na cavidade bucal, tais como manchamento de dentes, halitose, doença periodontal e perda dentária (Watt et al., 2003; Binnie et al., 2007). Diversos estudos relataram a eficácia do aconselhamento de cessação de tabagismo feito por dentistas ou higienistas dentais em consultórios odontológicos (Hanioka et al., 2010; Gonseth et al., 2010; Nohlert et al., 2009; Binnie et al., 2007; Nasry et al., 2006). Uma revisão sistemática recente sugeriu que intervenções antitabágicas conduzidas por profissionais de saúde bucal poderiam aumentar as taxas de sucesso de cessação do tabagismo (Carr; Ebbert, 2012). No entanto, o número limitado de

estudos não permite identificar quais componentes da intervenção, tais como intervenção comportamental, terapia de reposição de nicotina ou medicação são mais eficazes.

Mais estudos que avaliam a eficácia de programas antitabágicos com participação de dentistas são necessários. Assim, o objetivo deste estudo é verificar o efeito de um programa multi-disciplinar antitabágico na cessação de tabagismo de fumantes com periodontite crônica.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

O tabagismo é uma das maiores causas de mortalidade em países industrializados (World Health Organization, 2010). Além disso, é considerado um importante fator de risco para câncer de boca e orofaringe (Lissowska et al., 2003), assim como para doenças periodontais (Tomar; Asma, 2000). Fumantes apresentam 3 a 4 vezes maior risco de desenvolver câncer bucal (Warnakulasuriya et al., 2005), e até 6 vezes mais risco de desenvolver periodontite (American Academy of Periodontology, 2005) em comparação com não fumantes. Segundo Tomar e Asma (2000) 75% dos casos de periodontite em fumantes são atribuíveis ao cigarro.

Fumantes tem uma pior resposta ao tratamento periodontal. Uma revisão sistemática recente (Wan et al., 2009) mostrou que os fumantes que receberam tratamento periodontal não cirúrgico tiveram menor redução da profundidade de sondagem comparado aos não fumantes. Por outro lado, ex-fumantes apresentam um risco menor de desenvolver doença periodontal do que aqueles que continuam fumando (Bergstrom et al., 2000; Tomar; Asma, 2000; Albandar, 2002). Essas observações levaram diversos autores a concluir que intervenções visando o abandono do tabagismo poderiam resultar em uma melhora dos parâmetros clínicos periodontais, bem como reduzir a prevalência e gravidade da doença periodontal na população. Dois estudos intervencionais (Preshaw et al., 2005; Rosa et al., 2011) mostraram que pacientes que abandonaram o tabagismo apresentaram benefícios adicionais na resposta ao tratamento periodontal, quando comparados com pacientes que não conseguiram parar de fumar.

Estudos mostram a eficácia de intervenções antitabágicas conduzidas por profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e psicólogos) (Raw et al., 1998). Recentemente, o papel do dentista no abandono do tabagismo também tem sido discutido, e diversos estudos tem demonstrado a eficácia de programas antitabágicos com participação de dentistas (Binnie et al., 2007; Clareboets et al., 2010; Gonseth et al., 2010; Hanioka et al., 2010; Rankin et al., 2010; Succar, 2011).

Um consenso publicado em 2010 afirma que a ajuda para os fumantes não deve ser responsabilidade apenas da área médica, mas também deve fazer parte da prática odontológica (Ramseier et al., 2010).

2.2 ESTRATÉGIAS PARA ABANDONO DO HÁBITO DE FUMAR

Abandonar o hábito de fumar é uma tarefa extremamente difícil, principalmente devido ao efeito aditivo da nicotina. Somente uma pequena porcentagem de indivíduos na população consegue parar de fumar sem ajuda profissional. Uma revisão sistemática (Baillie et al., 1995) relata que 7,3% dos indivíduos conseguiram parar de fumar por até 10 meses sem receber nenhum tipo de intervenção.

Esse percentual pode aumentar com intervenções comportamentais (aconselhamento e acompanhamento profissional). Fiore et al. (2008) reportaram em uma meta-análise que 10,2% dos indivíduos que receberam aconselhamento médico para parar de fumar conseguiram abandonar o hábito, comparados a 7,9% dos indivíduos que não receberam nenhuma intervenção.

Estratégias de aconselhamento antitabágico como a dos 5 A's, definida pela Public Health Service's Clinical Practice Guidelines (2008) tem sido propostas para uso pelos profissionais de saúde. Esse método de aconselhamento segue as seguintes etapas: (1) – “ASK”- pergunte ao paciente sobre o uso do tabaco, (2) – “ADVISE”- aconselhe-o a parar de fumar, (3) – “ASSESS”- avalie se o paciente tem interesse em parar de fumar neste momento, (4) – “ASSIST”- auxilie durante a abstinência e (5) – “ARRANGE”- organize consultas de controle para prevenir possíveis recaídas (Christen, 2001).

Dependendo do grau de dependência dos fumantes existe a necessidade de utilizar terapia de reposição de nicotina (TRN). A TRN consiste na utilização de dispositivos (adesivos dérmicos, “spray” nasais, inaladores bucais, pastilhas, tabletes sublinguais e gomas de mascar) que liberam nicotina, ajudando a controlar as crises de abstinência. Ensaios clínicos aleatórios tem demonstrado que este tratamento resulta em taxas de cessação de tabagismo entre 5 a 15,9% (Glavas et al., 2003; Wennike et al., 2003; Batra et al. 2005). Stead et al. (2008) mostraram em uma

revisão sistemática que os fumantes que utilizaram TRN tiveram um aumento de 58% no abandono do tabagismo, independente do tipo de dispositivo.

Em alguns casos a TRN não consegue controlar os sintomas de abstinência, sendo necessário associá-la com medicamentos. Muitos medicamentos já foram usados para essa finalidade, sendo que a bupropiona e a vareniclina são os que apresentam os melhores resultados. A bupropiona (Zyban®) foi desenvolvida originalmente como um antidepressivo (Hughes et al., 2007). E estudos mostram que a bupropiona consegue promover taxas de cessação de 9 a 21% (Tonstad et al., 2003; Wu et al., 2006, Hughes et al., 2007). Por sua vez, a vareniclina (Champix®) é um receptor agonista que bloqueia os receptores de nicotina, que desta maneira, reduz a vontade de fumar e ajuda a eliminar alguns sintomas da crise de abstinência. Se o fumante usar o cigarro concomitantemente a esta medicação, a satisfação ao fumar é diminuída. Fiore et al. (2008) mostra que o uso de vareniclina na dosagem de 2mg/dia pode resultar em até 33,2% de taxa de abstinência. No entanto, este medicamento é contra-indicado para pacientes com sintomas de depressão e outros distúrbios psicológicos, pois seu uso foi associado a comportamento suicida (Hughes, 2008).

2.2.1 Papel do cirurgião dentista

Dentistas tem contato frequente e regular com seus pacientes, e também podem explorar os efeitos nocivos do tabaco na cavidade bucal, tais como manchamento de dentes, halitose, doença periodontal e perda dentária. Essas características fazem com que dentistas tenham um grande potencial para ajudar seus pacientes fumantes a abandonar o hábito. No entanto, existem algumas barreiras que limitam a ação deste profissional.

Apenas 6% dos pacientes que frequentam consultórios odontológicos estão cientes do dano que o cigarro traz a sua saúde periodontal (Lung et al., 2005). Uma pesquisa realizada em um ambulatório odontológico de uma universidade do Brasil mostrou que 41,6% dos pacientes não acreditavam que seus problemas bucais tivessem alguma relação com o tabagismo (Cini et al., 2012). Por outro lado, nesta pesquisa, 80,5% dos pacientes declararam que desejariam receber ajuda de um

dentista para parar de fumar. Martinelli et al. (2008) relataram que 49% dos pacientes com doença periodontal desejariam que o periodontista lhes auxiliasse a parar de fumar durante o tratamento periodontal. Rikard-Bell et al. (2003) mostraram que 73% dos pacientes acreditavam que os dentistas deveriam praticar a intervenção antitabágica durante o tratamento e 61% esperavam que seus dentistas os orientassem sobre os danos que o tabaco causa à saúde.

Inversamente, 61,5% dos dentistas acreditam que seus pacientes não aceitariam tal intervenção, e a maior parte destes profissionais não ajudam rotineiramente seus pacientes a parar de fumar (Watt et al., 2004). Albert et al. (2005) observaram que menos de 20% dos dentistas perguntam sobre o uso do tabaco aos seus pacientes. Os principais motivos para isso são: falta de interesse em abordar os pacientes, falta de capacitação, falta de tempo, acreditar que o paciente poderá não aceitar tal intervenção e duvidar sobre a eficácia da intervenção (Applegate et al., 2008; Crews et al., 2008; Pipe et al., 2009).

Por outro lado, estudos indicam que periodontistas se envolvem na cessação de tabagismo com mais frequência que clínicos gerais ou dentistas de outras especialidades. Patel et al. (2011) conduziram uma pesquisa com 231 periodontistas nos Estados Unidos e os autores mostram que 96% dos periodontistas perguntam sobre o hábito de fumar aos seus pacientes, 39% auxiliam o paciente a controlar ou prevenir recaídas e 23% encaminham os pacientes para programas antitabágicos.

Estudos recentes tem mostrado que intervenções breves conduzidas por dentistas proporcionaram benefícios semelhantes àsquelas conduzidas por médicos (Dyer; Robinson, 2006).

Diversos estudos relataram a eficácia do aconselhamento de cessação de tabagismo feito por dentistas ou higienistas dentais em consultórios odontológicos. Hanioka et al. (2010) conduziram estudo no qual a terapia antitabágica foi realizada por dentistas em clínicas odontológicas, e mostraram que 36,4% dos sujeitos de pesquisa conseguiram parar de fumar após 12 meses. Nohlert et al. (2009) realizaram estudo no qual a intervenção antitabágica foi realizada por higienistas dentais em uma clínica odontológica e relataram abandono de tabagismo em 36% dos sujeitos de pesquisa no tratamento de alta intervenção (sessões de aconselhamento, terapia cognitiva comportamental e TRN) e em 20% dos participantes no grupo de baixa intervenção (apenas aconselhamento e informações

sobre o benefícios da TRN), após 12 meses. Binnie et al. (2007) mostraram que 11,0% dos sujeitos pararam de fumar 12 meses após a intervenção conduzida por higienistas dentais. Nasry et al. (2006) relataram que 25,0% dos sujeitos pararam de fumar 12 meses após intervenção realizada por higienistas dentais em departamentos odontológicos dentro de hospitais. O estudo realizado por Gonseth et al. (2010) mostrou uma taxa de cessação de 15,0% após 6 meses, sendo que a intervenção foi realizada em um hospital, por uma equipe médica e odontológica.

Carr e Ebbert (2012) conduziram uma revisão sistemática sobre intervenções antitabágicas conduzidas por profissionais de saúde bucal. Oito estudos sobre cessação de tabagismo em fumantes de cigarros mostraram que intervenções comportamentais promovidas por dentistas aumentaram as taxas de abstinência em 74%. Os autores concluem que o aconselhamento feito por dentistas, mesmo que breve, deveria ser conduzido para aumentar as taxas de abstinência de pacientes fumantes. No entanto, o número reduzido de estudos não permitiu identificar quais componentes da intervenção são mais eficazes, sugerindo a necessidade de mais estudos sobre este tema.

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste estudo é verificar o efeito de um programa antitabágico multidisciplinar na cessação de tabagismo de fumantes com periodontite crônica, bem como avaliar os fatores preditores da cessação deste hábito.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este foi um estudo prospectivo de 12 meses de seguimento.

4.2 CASUÍSTICA

A população alvo consistiu de indivíduos da Comunidade USP e do bairro Butantã que desejavam parar de fumar e que se inscreveram no Serviço de Terapia Antitabágica oferecido pelo Ambulatório Antitabágico do Hospital Universitário (HU) da Universidade de São Paulo (USP). Esta região é constituída por sete bairros com uma grande heterogeneidade socioeconômica (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, 2010).

Foram considerados elegíveis para participar do estudo os indivíduos que apresentavam os seguintes fatores de inclusão:

- Fumantes ativos
- Maiores de 18 anos;
- Inscrição no Serviço de Terapia Antitabágica do HU
- Consentimento em participar do estudo;
- Pelo menos 10 dentes na cavidade oral;
- Presença de doença periodontal: 30% ou mais de dentes com nível de inserção proximal clínica de 5mm ou mais (Tonetti et al., 2005).

Os seguintes critérios de exclusão foram considerados:

- Presença de qualquer alteração sistêmica considerada como fator de risco para a doença periodontal e/ou que altere a resposta ao tratamento periodontal (ex: diabetes, infecção por HIV, etc.);
- Realização de tratamento periodontal nos últimos 6 meses;
- Uso crônico de anti-inflamatórios não esteroidais ou corticóides.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (protocolo 29/07 – Anexo A). Os participantes receberam informações sobre o protocolo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) antes da participação no estudo.

4.4 ENTREVISTA E EXAMES

A cada mês um novo grupo de indivíduos que desejava parar de fumar iniciava o programa antitabágico oferecido pelo HU. Durante o programa, um dos investigadores (GI) realizava uma palestra sobre os malefícios do tabagismo à saúde oral. O mesmo investigador foi responsável pelo exame de triagem e pela inclusão dos indivíduos, caso preenchessem os critérios de elegibilidade (Anexo C).

Após a inclusão, os indivíduos foram entrevistados e receberam um exame bucal completo, realizado na clínica de Pós-Graduação da Disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, que está localizada a uma distância curta (5 minutos a pé) do HU. A entrevista e os exames também se repetiram 3, 6 e 12 meses após o tratamento periodontal não cirúrgico.

4.4.1 Entrevistas

Um único examinador treinado e calibrado (PC) entrevistou todos os sujeitos de pesquisa, utilizando um questionário estruturado. Os seguintes dados demográficos foram coletados na entrevista: idade (em anos), sexo, ocupação, se sabe ler e escrever (sim/não), por quantos anos estudou, renda (em reais), dados relacionados à saúde geral e bucal e hábitos de higiene bucal. Os participantes também foram questionados sobre os dados relacionados com o tabagismo: se

estava fumando no momento (sim/não), duração do hábito de tabagismo (em anos), o tipo de tabaco consumido, a quantidade de itens consumidos por dia, bem como o número de tentativas de parar de fumar anteriores (Anexo D).

Nos questionários de 3, 6 e 12 meses, os indivíduos também foram questionados sobre seu hábito de tabagismo nos últimos 3 meses; se conseguiram parar de fumar e, em caso negativo, quais foram as razões; o número de cigarros consumidos por dia e se eles haviam notado mudanças em sua saúde geral desde a cessação do hábito (Anexo E).

O questionário foi pré-testado em sete fumantes e ex-fumantes da clínica de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Após o pré-teste, uma pergunta foi removida, duas questões foram incluídas e três foram modificadas para melhor compreensão.

Os participantes também foram questionados sobre sua dependência à nicotina, por meio do Questionário de Tolerância de Fagerström (Fagerström; Schneider, 1989) (Anexo F). Este questionário foi respondido no primeiro dia de palestra da terapia antitabágica, no Hospital Universitário. Para fins estatísticos, as categorias “muito baixo e baixo” foram agrupadas em “fraco dependente”, “média e alta” foram agrupadas em “médio dependente”, e “muito alto” foi considerado “forte dependente” (Heatherton et al., 1991).

4.4.2 Validação do tabagismo auto-reportado

A abstinência auto-reportada foi confirmada através da aferição do monóxido de carbono expirado (CO), que foi avaliada no início e após 3,6 e 12 meses. As medições foram realizadas com um monitor de CO (Micromedical Ltd, Kent, Reino Unido) pelo mesmo examinador que realizou as entrevistas. O ponto de corte adotado para distinguir os fumantes de não fumantes foi ≥ 10 ppm (Subcomissão de Bioquímica Verificação SRNT, 2008).

4.4.3 Exame periodontal

Após o questionário, um examinador treinado e calibrado (EFR) avaliou a situação clínica dental e periodontal de todos os dentes, excluindo os terceiros molares. Foi avaliada a presença de cárie dentária, restaurações e próteses (Anexo G). Os seguintes parâmetros clínicos periodontais foram avaliados em 6 sítios por dente: profundidade de sondagem (PS), recessão gengival (RG), sangramento à sondagem (SS), e presença de placa visível (sim/não) (Anexo H).

4.5 TRATAMENTO PERIODONTAL

Após o exame inicial, todos os pacientes receberam tratamento periodontal não-cirúrgico. O tratamento foi realizado por dois periodontistas. Após a fase inicial do tratamento periodontal, que compreendia de 4 a 6 sessões com intervalo de 7 dias entre cada uma delas, os sujeitos entraram em um programa de manutenção, com um intervalo de três meses entre as consultas.

Durante o tratamento periodontal, os dentistas motivavam ativamente os participantes do estudo a parar de fumar, utilizando a técnica de entrevista motivacional (Ramseier et al., 2010), aconselhando-os para o abandono do tabagismo e para aqueles que cessaram o hábito, dando apoio para evitar uma possível recaída. Aconselhamento e apoio também foi oferecido durante as sessões de manutenção de 3,6 e 12 meses.

4.6 INTERVENÇÃO ANTITABÁGICA

A terapia antitabágica foi realizada na clínica do Hospital Universitário (HU) por uma equipe multidisciplinar que incluiu médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos e dentistas. A terapia consistiu de quatro palestras consecutivas (uma por semana com duração média de uma hora cada), ministradas por um médico e

um dentista. Essas palestras destinavam-se a aconselhar os indivíduos fumantes sobre os efeitos deletérios do fumo sobre a saúde geral (neoplasias, doenças cardiovasculares etc) e sobre a saúde bucal (halitose, manchas dentárias, câncer bucal, doença periodontal, etc) bem como os benefícios adquiridos com o abandono do hábito. Além disso, os participantes também receberam terapia cognitivo-comportamental conduzida por um psicólogo (Webb et al., 2010), por até 1 ano após o início da terapia.

Alguns participantes receberam terapia de reposição de nicotina (TRN) (Wu et al., 2006), de acordo com o grau de dependência de nicotina e com o julgamento da equipe médica. A TRN consistiu no uso de adesivos dérmicos de 21, 14 ou 7 mg (NiQuitin ®) ou goma de mascar de 4 ou 2mg (Nicorette ®). Alguns indivíduos também receberam bupropiona (Zyban®) (Hughes et al., 2007) ou vareniclina (Fiore et al., 2008), para controlar os sintomas de abstinência.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os questionários e os resultados clínicos foram convertidos em um formulário eletrônico por meio de um software (Epidata 3.1, Odense, Dinamarca). A análise estatística foi realizada através do programa Stata 10.1 (Stata versão 10.1 for Windows, Stata Corporation College Station, Texas, USA).

A frequência da cessação de tabagismo foi calculada nos períodos experimentais de 3, 6 e 12 meses de seguimento. Os participantes foram classificados como não fumantes, fumantes e oscilantes (sujeitos que pararam de fumar mais de uma vez durante o estudo e começaram a fumar novamente). Os fumantes e oscilantes foram combinados para a análise estatística inferencial. Os dois grupos foram comparados com relação às variáveis categóricas usando o teste do qui-quadrado. Diferenças entre as médias dos grupos foram avaliadas por meio do teste *t* de Student. O nível de significância de $\alpha = 5\%$ foi utilizado em todos os testes estatísticos.

5 RESULTADOS

Durante um período de 2 anos (Maio de 2007 a Maio de 2009), um total de 877 pacientes se inscreveram no programa de cessação de tabagismo no Hospital Universitário. Todos foram convidados a receber uma avaliação oral, porém apenas 201 concordaram em ser examinados. Destes, 93 preencheram os critérios de elegibilidade e foram incluídos no estudo. Os indivíduos incluídos (31 homens e 62 mulheres) tinham uma idade média de 45,8 ($\pm 8,7$) anos, relataram haver consumido uma média de 35,1 ($\pm 22,6$) maços por anos de vida e eram fumantes há mais de 31 anos. A maioria realizou tentativas anteriores para parar de fumar, e as razões mais comuns para a recidiva foram: estresse; falta de motivação; viver, trabalhar ou ter amizade com fumantes; problemas pessoais ou familiares e sintomas de abstinência.

Todos os indivíduos incluídos receberam tratamento periodontal não-cirúrgico e terapia para cessar o hábito. Vinte e dois participantes foram perdidos após 3 meses, 9 foram perdidos após 6 meses e 11 foram perdidos no exame de 12 meses. Dentre os 52 indivíduos que permaneceram até o exame de 12 meses, 22 (42,31%), 17 (32,69%) e 17 (32,69%) não estavam fumando aos 3, 6 e 12 meses, respectivamente. O tabagismo auto-reportado foi comparado com os valores de CO expirado. Nenhum dos indivíduos que relataram parar de fumar apresentaram um valor de CO expirado ≥ 7 ppm. Trinta e cinco participantes (67,3%) continuaram fumando no exame de 12 meses. Entre estes, 26 (50%) não conseguiram parar de fumar (ou seja, declararam estar fumando em todos os exames) e 09 (17,3%) oscilaram (ou seja, pararam de fumar, mas tiveram recaída).

A tabela 5.1 apresenta as características iniciais demográficas e periodontais dos 52 indivíduos que permaneceram até o exame de 12 meses. Não houve diferença significativa entre os participantes que pararam de fumar e os que não pararam em relação a sexo, idade, escolaridade, renda, número de dentes, cálculo supragengival, placa visível e variáveis clínicas periodontais.

Dos 52 sujeitos, 12 (23%) utilizaram alguma forma de TRN durante a terapia, que consistiu de adesivos (9 indivíduos), goma (1 indivíduo) ou goma e adesivo (2 indivíduos). Não houve associação entre uso de TRN e cessação de tabagismo ($p = 0,66$). Em relação ao uso de medicação, 2 indivíduos (3,8%) utilizaram vareniclina e

3 (5,8%) utilizaram bupropiona. Não houve associação entre uso de medicamentos e cessação de tabagismo ($p = 0,41$).

A tabela 5.2 mostra os dados relacionados ao tabagismo dos 52 indivíduos. Indivíduos que pararam de fumar apresentaram menores níveis de CO ($p = 0,03$) e menor média do escore do Questionário de Tolerância de Fagerström ($p < 0,001$) do que os fumantes. Houve associação significativa entre cessação de tabagismo e dependência da nicotina avaliada pelo Questionário de Tolerância de Fagerström ($p=0,01$), quando os fumantes foram classificados em fraco, médio e forte-dependentes de nicotina.

Tabela 5.1 –Características iniciais demográficas e clínicas periodontais dos indivíduos que pararam de fumar (n=17) e dos que não pararam combinado comos que oscilaram (n=35), após 1 ano de acompanhamento

Parâmetros	Parou (N = 17)	Não parou (N = 35)	p value
Média (DP) idade (anos)	48,9 (6,1)	49,5 (7,0)	0,79
Sexo, % homens	7 (41,2%)	13 (37,1%)	0,78
Educação, n (%) sujeitos ≤ 10 anos educação	9 (52,9%)	14 (42,4%)	0,48
Renda, n (%) renda mensal ≤ R\$ 1000	7 (43,8%)	14(46,7%)	0,85
Média (DP) número de dentes presentes	20,5 (4,5)	23,20 (13,48)	0,91
Média (DP) % sítios com cálculo supragengival	71,0%(27,7)	69,6%(24,3)	0,80
Média (DP) % sítios com placa visível	84,3% (23,7)	81,1% (19,8)	0,61
Média (DP) NCI (mm)	3,74 (0,68)	4,19 (1,39)	0,21
Média (DP) PS (mm)	2,76 (0,51)	2,92 (0,65)	0,12
Média (DP) % sítios SS	25,6% (17,6)	19,8 (13,8)	0,20

Tabela 5.2 –Características relacionadas ao tabagismo dos sujeitos que pararam de fumar (n = 17) e não pararam de fumar (fumantes e oscilantes combinados) (n=35), após 1 ano de acompanhamento

Parâmetros	Parou (N = 17)	Não parou (N = 35)	p value
Tentativas para parar de fumar			
Nunca	4 (23,5%)	7 (20,0%)	0,28
1-4	11 (64,7%)	22 (62,9%)	
>4	2 (11,8%)	6 (17,1%)	
Fumante, Média n maços / anos de vida	35 (18,5)	23,20 (13,48)	0,66
Média (DP) CO exalado (ppm)	14,94 (10,39)	42,2 (64,9)	0,03*
Média (DP) anos que fumou	31,3 (6,6)	31,3 (8,3)	0,98
Nível de dependência (Questionário de Fagerstrom)			
Fraco	10 (58,8%)	5 (14,3%)	0,01*
Médio	7 (41,2%)	15 (42,9%)	
Forte	-	15 (42,9%)	
Média (DP) do escore do Questionário de Fagerstrom	4,1 (1,9)	6.7 (1,7)	<0,001*

* Diferença significativa a 5%

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que 17 participantes (32,69% da amostra) pararam de fumar após 12 meses. Essa taxa de abandono é semelhante ao estudo de Hanioka et al.(2010) (36,4% aos 12 meses), em que a terapia de cessação de tabagismo foi realizada por dentistas em clínicas odontológicas, e ao estudo de Nohlert et al. (2009) (36% no tratamento de alta intervenção e 20% no tratamento de baixa intervenção, após 12 meses), conduzida por higienistas dentais em uma clínica odontológica. Por outro lado, as taxas de abandono do presente estudo são superiores às observadas por Binnie et al. (2007) (11% após 12 meses) e Nasry et al.(2006) (25% após 12 meses) em que a intervenção foi realizada por higienistas dentais em departamentos odontológicos dentro de hospitais. O estudo realizado por Gonseth et al. (2010)mostrou uma taxa de cessação de 15% após 6 meses, sendo que a intervenção foi realizada em hospital, por uma equipe médica e odontológica. Em todos estes estudos é possível observar uma taxa de cessação inicial elevada, mas que tende a diminuir ao longo do tempo.

Uma revisão recente (Dyer; Robinson, 2006) mostrou que as intervenções antitabágicas realizadas por dentistas ou higienistas dentais resultam em taxas de cessação semelhantes àsquelas obtidas em estudos conduzidos por médicos ou enfermeiras. Vários autores tem argumentado que os efeitos do cigarro sobre a cavidade bucal, tais como manchas dentais, recessão gengival e halitose são mais visíveis do que os efeitos do cigarro sobre a saúde geral (tais como aumento do risco de doença cardiovascular ou respiratória). Estes efeitos podem ser mais facilmente explorados por profissionais de saúde bucal, produzindo um efeito motivacional para os pacientes que estão dispostos a parar de fumar.

No presente estudo, os níveis de CO expirado e a dependência à nicotina avaliada pelo teste de Fagerström foram associados à cessação de tabagismo. Surpreendentemente, a média do número de maços de cigarro consumidos por ano não foi um bom preditor para cessação do tabagismo. Estes resultados são semelhantes aos relatados no estudo de Nasry et al. (2006), em que o número de maços consumidos por ano foi um pobre preditor de sucesso no abandono do cigarro, e o nível de CO expirado foi associado com a cessação. Por outro lado,

Nohlert et al. (2009) relataram que o número de cigarros no início do estudo foi o único preditor para a cessação de tabagismo.

Os níveis de monóxido de carbono expirado foram utilizados para distinguir fumantes e não fumantes. Esta avaliação é necessária por causa dos elevados resultados falso-positivos nas respostas obtidas nos questionários de cessação de tabagismo (Tonnesen et al., 1999). Essas respostas falso-positivas são relatadas principalmente em estudos que avaliam terapias antitabágicas, nos quais fumantes tendem a relatar que conseguiram abandonar o hábito. Para reduzir as taxas de respostas falso-positivas sobre cessação de tabagismo, métodos bioquímicos têm sido utilizados para validar o auto-relato. A cotinina (resultado do metabolismo da nicotina) é um dos métodos mais frequentemente utilizados, e é considerado o teste padrão-ouro para detectar tabagismo ativo. No entanto, este método apresenta limitações para distinguir entre baixos níveis de tabagismo e uso de TRN (Rebagliato et al., 2002). Por outro lado, a medição de monóxido de carbono é uma ferramenta simples, de baixo custo e não é influenciada pelo uso de TRN (Ahluwalia et al., 2006, Cropsey et al., 2006).

O método usado para validar abstinência varia muito em estudos de cessação de tabagismo. Binnie et al. (2007) e Nasry et al. (2006) utilizaram cotinina salivar e aferição do monóxido de carbono. Hanioka et al. (2010) utilizou somente a cotinina salivar e Gonseth et al. (2010) somente a aferição do monóxido de carbono. Adotamos um ponto de corte de 10ppm em níveis de monóxido de carbono para distinguir os fumantes e não fumantes (Subcomissão de Bioquímica Verificação SRNT, 2002), o mesmo usado por Gonseth et al. (2010). Mesmo assim, nenhum dos indivíduos que declararam haver abandonado o tabagismo apresentaram valores maiores ou iguais a 7ppm.

As limitações do presente estudo incluem o tamanho da amostra, a ausência de um grupo controle e o relativamente curto período de seguimento (12 meses). Uma revisão sistemática de cessação de tabagismo (Carr; Ebbert, 2012) conduzida por profissionais de saúde bucal recomenda pelo menos 6 meses de seguimento, enquanto que a Sociedade de Nicotina e Pesquisa em Tabaco advoga um período de 6 a 12 meses (Hughes et al., 2003). No entanto, deve ser lembrado que uma porcentagem de ex-fumantes volta a fumar após 1 ano de abstinência, sendo que a taxa anual de recaída é de 10% (Hughes, 2008). É importante que estudos futuros avaliem a cessação do tabagismo por tempo de observação mais prolongado.

Por outro lado, sabe-se que quanto maior o período de seguimento, maior será a perda de sujeitos ao longo do tempo. De fato, neste estudo, 52 dos 93 participantes completaram os 12 meses de acompanhamento, resultando em uma perda de 44%. Apesar de extremamente alto, esse percentual é semelhante aos observados em outros estudos com seguimento de 12 meses: 52% (Binnie et al., 2007), 47% (Nasry et al., 2006), 20-35% (Nohlert et al., 2009) e 27% (Hanioka et al., 2010). Essas altas taxas de abandono podem ser um resultado do estado emocional dos participantes, uma vez que indivíduos que participam de um programa de cessação de tabagismo são mais propensos à depressão e outros distúrbios emocionais, que podem resultar em baixa adesão ao tratamento (Thorndike et al., 2008, Riala et al., 2009).

Os resultados desta investigação mostram que intervenções antitabágicas conduzidas por equipes multidisciplinares com a participação de dentistas são eficazes, confirmando o potencial destes profissionais de saúde em ajudar pacientes a parar de fumar. Dentistas deveriam se envolver mais no combate ao tabagismo, devendo ao menos questionar sobre os hábitos dos pacientes fumantes e aconselhar brevemente sobre cessação de tabagismo, explorando os efeitos deletérios do fumo sobre a cavidade bucal. Estudos futuros devem investigar as taxas de cessação por períodos de acompanhamento mais longos, bem como os efeitos de componentes individuais da terapia de cessação de tabagismo.

7 CONCLUSÕES

A terapia antitabágica realizada por uma equipe multidisciplinar que inclui dentistas resultou em alta frequência de cessação de tabagismo (32,69%). O abandono do hábito foi associado com níveis de monóxido de carbono expirado e com dependência nicotínica.

REFERÊNCIAS¹

Abt E. Smoking increases dental implant failures and complications. *Evid Based Dent*. 2009;10(3):79-80.

Ahluwalia JS, Okuyemi K, Nollen N, Choi WS, Kaur H, Pulvers K, Mayo MS. The effects of nicotine gum and counseling among African American light smokers: a 2 x 2 factorial design. *Addiction*. 2006 Jun;101(6):883-91.

Albandar JM. Global risk factors and risk indicators for periodontal diseases. *Periodontol 2000*. 2002;29:177-206.

Albert DA, Severson H, Gordon J, Ward A, Andrews J, Sadowsky D. Tobacco attitudes, practices, and behaviors: A survey of dentists participating in managed care. *Nicotine Tob Res*. 2005;7(Suppl. 1):S9-S18.

American Academy of Periodontology. Position paper: Epidemiology of Periodontal Diseases. *J Periodontol* 2005;76:1406-19.

Applegate BW, Sheffer CE, Crews KM, Payne TJ, Smith PO. A survey of tobacco-related knowledge, attitudes and behaviours of primary care providers in Mississippi. *J Eval Clin Pract*. 2008;14:537-44.

Baillie AJ, Mattick RP, Hall W. Quitting smoking: estimation by meta-analysis of the rate of unaided smoking cessation. *A J Public Health*. 1995;19:129-31.

Batra A, Klinger K, Landfeldt B, Friederich HM, Westin A, Danielsson T. Smoking reduction treatment with 4-mg nicotine gum: a double-blind, randomized, placebocontrolled study. *Clin Pharmacol Ther*. 2005 Dec;78(6):689-96.

Bergstrom J, Eliasson S, Dock J. A 10-year prospective study of tobacco smoking and periodontal health. *J Periodontol*. 2000 Aug;71(8):1338-47.

Binnie VI, McHugh S, Jenkins W, Borland W, Macpherson LM. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention delivered by dental hygienists: a feasibility study. *BMC Oral Health* 2007, 7:5.

¹De acordo com Estilo Vancouver.

Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art. No.: CD005084

Chambrone L, Chambrone D, Lima LA, Chambrone LA. Predictors of tooth loss during long-term periodontal maintenance: a systematic review of observational studies. *J Clin Periodontol*. 2010 Jul;37(7):675-84.

Christen AG. Tobacco cessation, the dental profession, and the role of dental education. *J Dent Educ*. 2001;65:368-74.

Cini L, Flores AG, Pannuti CM. Dependência nicotínica em pacientes da clínica odontológica. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*. 2012 Mar;12(1):99-105.

Clareboets S, Sivarajasingam V, Chestnutt IG. Smoking cessation advice: knowledge, attitude and practice among clinical dental students. *Br Dent J*. 2010;208:173-7.

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.

Crews KM, Sheffer CE, Payne TJ, Applegate BW, Martin A, Sutton T. A survey of oral and maxillofacial surgeon's tobacco-use-related knowledge, attitudes and intervention behaviors. *J Am Dent Assoc*. 2008;139:1643-51.

Cropsey KL, Eldridge GD, Weaver MF, Villalobos GC, Stitzer ML. Expired carbon monoxide levels in self-reported smokers and nonsmokers in prison. *Nicotine Tob Res*. 2006 Oct;8(5):653-9.

Dyer TA, Robinson PG. General health promotion in general dental practice – The involvement of dental team. Part 1: a review of the evidence of effectiveness of brief public health interventions. *Br Dent J*. 2006 Jun 24;200(12):679-85.

Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989 Apr;12(2):159-82.

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008 Sep;53(9):1217-22.

Glavas D, Rumboldt M, Rumboldt Z. Smoking cessation with nicotine replacement therapy among health care workers: randomized double-blind study. Croat Med J. 2003 Apr;44(2):219-24.

Gonseth S, Abarcar M, Madrid C, Cornuz J. A pilot study combining individual-based smoking cessation counseling, pharmacotherapy, and dental hygiene intervention. BMC Public Health. 2010 Jun 17;10:348-52.

Hanioka T, Ojima M, Tanaka H, Naito M, Nakajima N, Matsuse R. Intensive smoking-cessation intervention in the dental setting. J Dent Res. 2010 Jan;89(1):66-70.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. Br J Addict. 1991 Sep;86(9):1119-27.

Hughes JR, Keely JP, Niaura RS, Ossip-Klein DJ, Richmond RL, Swan GE. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. Nicotine Tob Res. 2003, 5:13-25.

Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jan; 24;1:CD000031.

Hughes JR. Smoking and suicide: a brief overview. Drug Alcohol Depend 2008; 98:169-78.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [2010] [WWW document]. [Citado 18 out./2010] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/servidor_arquivos_est/

Levin L, Hertzberg R, Har-Nes S, Schwartz-Arad D. Long-term marginal bone loss around single dental implants affected by current and past smoking habits. Implant Dent. 2008 Dec;17(4):422-9.

Lissowska J, Pilarska A, Pilarski P, Samolczyk-Wanyura D, Piekarczyk J, Bardin-Mikollajczak A, Zatonski W, Herrero R, Munoz N, Franceschi S. Smoking, alcohol,

diet, dentition and sexual practices in the epidemiology of oral cancer in Poland. *Eur J Cancer Prev.* 2003 Feb;12(1):25-33.

Lung ZH, Kelleher MG, Porter RW, Gonzalez J, Lung RF. Poor patient awareness of the relationship between smoking and periodontal diseases. *Br Dent J.* 2005;199:731-37.

Martinelli E, Palmer RM, Wilson RF, Newton JT. Smoking behavior and attitude to periodontal health and quit smoking in patients with periodontal disease. *J Clin Periodontol.* 2008;35(11):944-54.

Nasry HA, Preshaw PM, Stacey F, Heasman L, Swan M, Heasman PA. Smoking cessation advice for patients with chronic periodontitis. *Br Dent J.* 2006 Mar;11;2006(5):258-61.

Nohlert E, Tegelberg A, Tillgren P, Johansson P, Rosenblad A, Helgason AR. Comparison of a high and a low intensity smoking cessation intervention in a dentistry setting in Sweden – a randomized trial. *BMC Public Health.* 2009 Apr;9(30):121-30.

Patel AM, Blanchard SB, Christen AG, Bandy RW, Romito LM. A survey of United States periodontists knowledge, attitudes, and behaviors related to tobacco-cessation interventions. *J Periodontol.* 2011 Mar;82(3):367-76.

Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient Educ Couns.* 2009;74:118-23.

Preshaw PM, Heasman L, Stacey F, Steen N, McCracken GI, Heasman PA. The effect of quitting smoking on chronic periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2005 Aug;32(8):869-79.

Ramseier CA, Warnakulasuriya S, Needleman IG, et al. Consensus Report: 2nd European Workshop on Tobacco Use Prevention and Cessation for Oral Health Professionals. *Int Dent J.* 2010 Feb;60(1):3-6.

Rankin KV, Jones DL, Benton E. Smokeless tobacco: challenges, products and cessation. *Tex Dent J.* 2010 Jun;127(6):589-94.

Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation intervention for the care system. Health Education Authority. Thorax. 1998 Dec;53(Suppl 5)pt 1: S1-19.

Rebagliato M. Validation of self reported smoking. J Epidemiol Community Health. 2002; 56:163-4.

Riala K, Taanila A, Hakko H, Räsänen P. Longitudinal smoking habits as risk factors for early-onset and repetitive suicide attempts: the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. Ann Epidemiol 2009; 19:329–35.

Rikard-Bell G, Donnelly N, Ward J. Preventive dentistry: what do Australian patients endorse and recall of smoking cessation advice by their dentists? Br Dent J. 2003 Feb 8;194(3):159-64.

Rosa EF, Corraini P, de Carvalho VF, Inoue G, Gomes EF, Lotufo JP, De Micheli G, Pannuti CM. A prospective 12-month study of the effect of smoking cessation on periodontal clinical parameters. J Clin Periodontol. 2011 Jun;38(6):562-71.

Samet JM. The health benefits of smoking cessation. Med Clin North Am. 1992 Mar;76(2):399-411. Review.

SRNT Subcommittee on Biochemical Verification. Biochemical verification of tobacco use and cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1)CD000146.

Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD000146.

Succar CT, Hardigan PC, Fleisher JM, Godel JH. Survey of tobacco control among Florida dentists. J Community Health. 2011 Apr;36(2):211-8.

Susin C, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Periodontal attachment loss attributable to cigarette smoking in an urban Brazilian population. J Clin Periodontol. 2004 Nov;31(11):951-8.

Thorndike AN, Regan S, McKool K, Pasternak RC, Swartz S, Torres-Finnerty N, Rigotti NA. Depressive symptoms and smoking cessation after hospitalization for cardiovascular disease. Arch Intern Med 2008;168:186–91.

Tomar SL, Asma S. Smoking-attributable Periodontitis in the United States: finding from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey. J Periodontol. 2000 May;71(5):743-51.

Tonetti MS, Claffey N. Europeans workshop in Periodontology group C. Advances in progression of periodontitis and proposal of definitions of a periodontitis case and disease progression for use in risk facto research. Group C consensus report of the 5th European Workshop in Periodontology. J Clin Periodontol. 2005;32 Suppl 6:210-3.

Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A, Rijcken B, Sawe U. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. Collaborative European Anti-Smoking Evaluation. European Respiratory Society. Eur Respir J. 1999 Feb;13(2):238-46.

Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud AP, Silagy C, van Spiegel PI, Astbury C, Hider A, Sweet R. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. Eur Heart J. 2003 May;24(10):946-55.

Yanagisawa T, Ueno M, Shinada K, Ohara S, Wright FAC, Kawaguchi Y. Relationship of smoking and smoking cessation with oral health status in Japanese men. J Periodontal Res. 2010 Apr;45(2):277-83.

Wan CP, Leung WK, Wong MCM, Wong RMS, Wan P, Lo ECM et al. Effects of smoking on healing response to non-surgical periodontal therapy: a multilevel modeling analysis. J Clin Periodontol. 2009;36:229-39.

Warnakulasuriya S, Sutherland G, Scully C. Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence. Oral Oncol. 2005Mar;41(3):244-60.

Watt RG, Daly B, Kay EJ. Prevention. Part 1: smoking cessation advice within the general dental practice. Br Dent J. 2003;194:665-8.

Watt RG, Mc Glone P, Dykes J, Smith M. Barriers limiting dentist's active involvement in smoking cessation. Oral Health Prev Dent. 2004;2:95-102.

Webb MS, de Ybarra DR, Baker EA, Reis IM, Carey MP. Cognitive-behavioral therapy to promote smoking cessation among African American smokers: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Feb;78(1):24-33.

Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up. *Addiction*. 2003 Oct;98(10):1395-402.

World Health Organization 2010. [WWW document]. [Citado 18 out. 2010],Disponível em: <http://www.who.int/fctc/press.pdf>

Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2006 Dec;6:300.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**PARECER DE APROVAÇÃO**
Protocolo 29/07

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa "**Efeito do abandono do hábito de fumar nas condições periodontais de fumantes**", de responsabilidade do(a) Pesquisador(a) Ecilene Rosa, Cláudio Mendes Pannuti, Giorgio de Micheli e João Paulo Becker Lotufo, sob orientação do(a) Professor(a) Doutor(a) Cláudio Mendes Pannuti.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 16 de abril de 2007

Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

1. NOME DO PACIENTE:.....
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:.....SEXO: M () F ()
 DATA DE NASCIMENTO:...../...../.....
 ENDEREÇO:.....Nº:.....APTO:.....
 BAIRRO:.....CIDADE:.....
 CEP:.....TELEFONE:DDD(.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:
 EFEITO DO ABANDONO DO HÁBITO DE FUMAR NAS CONDIÇÕES PERIODONTAIS
 DE FUMANTES

2. PESQUISADOR: CLAUDIO MENDES PANNUTI

Professor Assistente Doutor da Disciplina de Periodontia da Universidade de São Paulo

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO () RISCO MÍNIMO (X) RISCO MÉDIO ()
 RISCO BAIXO () RISCO MAIOR ()

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: dois anos

III - INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE ESTA PESQUISA E GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA :

1. Justificativa dos objetivos da pesquisa:

A doença periodontal é uma doença inflamatória da gengiva que se não tratada pode causar a perda do dente. Dentre os fatores responsáveis pelo aparecimento desta doença, o FUMO é um dos mais importantes. Diversas pesquisas mostram que fumantes apresentam maior perda óssea ao redor dos dentes, e conseqüentemente maior perda de dentes, quando comparados com não-fumantes. Além disso, fumantes não apresentam bons resultados após o tratamento periodontal.

Por outro lado, pacientes que conseguem deixar de fumar apresentam menor risco de perder os dentes do que fumantes. Ex-fumantes apresentam melhores condições periodontais do que fumantes. Assim, intervenções visando o abandono do tabagismo podem resultar em melhoras nas condições periodontais.

No entanto, abandonar o hábito de fumar é uma tarefa difícil, e fumantes podem necessitar da ajuda profissional para largar o cigarro. Vários estudos provam que tratamentos que combinam o acompanhamento médico com o auxílio de enfermeiros, psicólogos e o uso de medicamentos são eficientes para fazer com que fumantes abandonem o vício.

Assim, o objetivo deste estudo é verificar se indivíduos que participam de um programa para abandonar o cigarro, e que conseguem abandonar este vício por um período prolongado, vão apresentar melhora nas condições periodontais.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais:

Participarão desta pesquisa 100 voluntários que apresentam doença periodontal. Os voluntários serão procurados dentre aqueles que participam do Serviço de Terapia Anti-tabágica oferecido pelo Ambulatório Antitabágico do Hospital Universitário (HU). No dia da matrícula dos indivíduos no grupo da Terapia Anti-tabágica, será feito um exame gengival para verificar quem apresenta doença periodontal. Aqueles que apresentarem esta doença serão encaminhados para tratamento periodontal na Clínica de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da USP, onde será oferecido exame periodontal completo e tratamento periodontal.

Todos os participantes receberão tratamento periodontal convencional, que consistirá em raspagem de todos os dentes (para remoção de tártaro) e orientação de higiene bucal. Após a fase ativa do tratamento periodontal, os voluntários receberão controle e manutenção periodontal, em intervalos de três em três meses. Simultaneamente ao tratamento periodontal, os pacientes participarão do Serviço de Terapia Anti-tabágica, do Ambulatório Antitabágico do Hospital Universitário (HU). Esta terapia consistirá em:

- palestras de uma hora e meia durante quatro semanas, ministrada por um médico,
- terapia comportamental, realizada por psicólogos,
- de acordo com o grau de dependência do fumo, os participantes também receberão medicação para combater a síndrome de abstinência: terapia de reposição de nicotina e utilização do antidepressivo bupropion, de acordo com o julgamento da equipe médica e com a necessidade individual de cada caso.

Para avaliar se os participantes estão tendo sucesso em abandonar o cigarro, será colhida urina para verificar os níveis de cotinina, um sub-produto da nicotina. O material recolhido será congelado em gelo seco e enviado em para o laboratório Fleury que fará a análise pelo método da Cromatografia líquida de alta eficiência.

Todos os exames periodontais serão repetidos após 3, 6, 12, 18 e 24 meses. Os níveis de cotinina serão medidos no início do estudo e após 6, 12, 18 e 24 meses.

É importante ressaltar que neste estudo não será testado nenhum tratamento experimental. O tratamento periodontal será convencional, e é o mesmo oferecido a todos os pacientes da Clínica de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da USP. Também é importante deixar claro que o Serviço de Terapia Anti-tabágica do Ambulatório Antitabágico do Hospital Universitário não é um tratamento experimental. Todos os procedimentos oferecidos nesta terapia são métodos consagrados e seguros.

3. Benefícios que poderão ser obtidos:

Todos os participantes receberão tratamento periodontal convencional, que consistirá em raspagem dos dentes para remoção de tártaro e orientação de higiene bucal.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA :

1. É garantido, a qualquer tempo, acesso às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
2. É garantida a liberdade de retirar a qualquer momento o consentimento e deixar de participar do estudo.
3. É garantida a confidencialidade, o sigilo e a privacidade das informações.

Recebi as seguintes informações:

1. Estou participando de livre vontade de um projeto de pesquisa e caso não queira não haverá qualquer obrigação de participação;
2. Receberei todas as informações de interesse que possam surgir com esta pesquisa;
3. Mesmo tendo aceitado participar deste estudo, poderei recuar em minha decisão a qualquer momento e abandonar a pesquisa;

V - INFORMAÇÕES DE NOMES E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA PARA CONTATO:

Nome e telefone do cirurgião-dentista:

Cláudio Mendes Pannuti – (11) 30917833

Giorgio de Micheli - (11) 30917833

Ecinele Rosa - (11) 30917833

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após esclarecimento realizado pelo pesquisador, entendi o que me foi explicado e que consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa. Estou assinando duas cópias deste termo, sendo que uma delas ficará comigo.

São Paulo,...../...../.....

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

ANEXO C – Questionário de inclusão

QUESTIONÁRIO DE INCLUSÃO

Nome: _____ Sexo: _____
 Data do exame- ____ / ____ / ____ Telefone: _____
 Profissão: _____
 Idade: _____

a) Você fuma atualmente?	☐ Sim ☐ Não
Se SIM para a: b) Por quanto tempo? ou desde que idade começou a fumar? c) Quantidade/dia:	Por _____ ano(s) ☐ ou meses ☐ Desde os _____ anos _____ maço(s) (20 cigarros por maço) _____
d) Você se inscreveu no Ambulatório anti-tabágico do UBAS?	☐ Sim ☐ Não
e) Você participou do tratamento no Ambulatório anti-tabágico do UBAS?	☐ Sim ☐ Não
f) Você é diabético?	☐ Sim ☐ Não
g) Você tem alguma doença?	☐ Sim ☐ Não
i) Você recebeu tratamento periodontal nos últimos 6 meses?	☐ Sim ☐ Não
j) Você usa anti-inflamatório não esteroide ou esteroide de forma contínua?	☐ Sim ☐ Não
k) Possui 10 ou mais dentes na boca? (com excessão de 3ºs molares)	☐ Sim ☐ Não
Apresenta doença periodontal ? (30% ou mais de seus dentes com perda clínica de inserção proximal de 5mm ou mais)	☐ Sim ☐ Não

Nome do examinador:

Data: ____/____/____

ANEXO D – Questionário inicial

INICIAL

Nome: _____ Sexo: _____

Data do exame- ____ / ____ / ____

Profissão: _____

Idade: _____

a) Você escova os dentes quantas vezes ao dia?	☐ Nunca ☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ Mais de 2 vezes
b) Você utiliza algum dispositivo de higiene interdental (fio, fita dental, escova interdental, etc.)?	☐ Sim ☐ Não
Para mulheres: c) Você está grávida?	☐ Sim ☐ Não
d) Você fumou mais de 100 cigarros ou (itens) durante a vida?	☐ Sim ☐ Não
Se SIM para d: e) Você fuma atualmente?	☐ Sim ☐ Não
Se SIM para e: f) Por quanto tempo? ou desde que idade começou a fumar? g) Quantidade/dia: h) Tipo(s) de hábito:	Por _____ ano(s) ☐ ou meses ☐ Desde os _____ anos _____ maço(s) (20 cigarros por maço) _____
Se SIM para d e NÃO para e: i) Por quanto tempo fumou? j) Há quanto tempo parou de fumar? k) Quantidade de itens/dia: l) Tipo(s) de hábito:	Por _____ ano(s) ☐ ou meses ☐ _____ ano(s) ☐ ou meses ☐ _____ maço(s) ☐ ou itens ☐ _____
m) Você está tomando ou tomou algum medicamento nos últimos 3 meses?	☐ Sim ☐ Não
Se SIM: n) Qual(is) medicamento(s)?	_____
o) Você é diabético?	☐ Sim ☐ Não
p) Você tem alguma doença?	☐ Sim ☐ Não
Se SIM para p: q) Qual(is)?	_____

Se SIM para d: r) Quantas vezes você já tentou parar de fumar?	☐ Nunca ☐ 1 vez ☐ 2 – 4 vezes ☐ Mais de 4 vezes
Se SIM para r: s) Por quanto tempo ficou sem fumar?	_____ meses _____ anos
Se SIM para r: t) Se você tentou parar mas não conseguiu, qual foi o motivo que o fez voltar a fumar?	_____ _____ _____
Se SIM para r: u) Você alguma vez utilizou algum produto substituto de nicotina?	☐ Não ☐ Chiclete ☐ Adesivo ☐ Outros
v) Você acredita que algum problema de saúde que você tenha no momento possa ter alguma relação com o fato de você fumar ou ter fumado?	☐ Sim ☐ Não
x) Você acredita que sua saúde possa ser beneficiada se parar de fumar?	☐ Sim ☐ Não
y) Você já estudou alguma vez?	☐ Nunca ☐ _____ ano(s)
w) Você sabe ler e escrever?	☐ Sim ☐ Não
Se SIM para d: e) Você fuma atualmente?	☐ Sim ☐ Não
Renda per capita: z) Valor mensal médio:	_____ reais
Valor CO expirado 1ª vez?	_____ Data: __/__/____

Assinatura do entrevistado ou responsável legal:

Nome: _____

Data: __/__/____

ANEXO E – Questionário de retorno

RETORNO

Nome: _____ Sexo: _____
 Data do exame- ____ / ____ / ____ Exame nº _____
 Idade: _____

a) Você escova os dentes quantas vezes ao dia?	☐ Nunca ☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ Mais de 2 vezes
b) Você utiliza algum dispositivo de higiene interdental (fio, fita dental, escova interdental, etc.)?	☐ Sim ☐ Não
Para mulheres: c) Você está grávida?	☐ Sim ☐ Não
d) Você fuma atualmente?	☐ Sim ☐ Não
Se SIM para d: e) Quantidade/dia: f) Tipo(s) de hábito:	_____ maço(s) (20 cigarros por maço)
Se SIM para d e NÃO para e: g) Por quanto tempo fumou? h) Há quanto tempo parou de fumar?	Por _____ ano(s) ☐ ou meses ☐ _____ ano(s) ☐ ou meses ☐
i) Você está tomando ou tomou algum medicamento nos últimos 3 meses?	☐ Sim ☐ Não
Se SIM: j) Qual(is) medicamento(s)?	_____
k) Você é diabético?	☐ Sim ☐ Não
l) Você tem alguma doença?	☐ Sim ☐ Não
Se SIM para p: m) Qual(is)?	_____
Se NÃO para d: n) Você conseguiu ficar sem fumar nestes 3 meses?	☐ Sim ☐ Não
Se NÃO para n: o) Por quanto tempo ficou sem fumar?	_____ ano(s) ☐ ou meses ☐
Se NÃO para n: p) Qual foi o motivo que o fez voltar a fumar?	_____ _____ _____
q) Alguém que mora com você ou que trabalha ao seu lado fuma?	☐ Sim ☐ Não

Se SIM para g: r) Quantos cigarros eles fumam por dia?	☐ menos que 10 cigarros ☐ entre 10 e 20 cigarros ☐ 20 – 30 cigarros ☐ mais de 30 cigarros
s) Você fuma atualmente?	☐ Sim ☐ Não
t) Perdeu algum dente neste período?	☐ Sim ☐ Não
Se SIM para t: u) Qual (is)?	_____
Se SIM para t: v) Motivo (s)	dente _____ : _____ dente _____ : _____ dente _____ : _____ dente _____ : _____ dente _____ : _____ dente _____ : _____
Valor CO expirado 2ª vez?	_____ Data: __/__/____
Valor CO expirado 3ª vez?	_____ Data: __/__/____
Valor CO expirado 4ª vez?	_____ Data: __/__/____
Valor CO expirado 5ª vez?	_____ Data: __/__/____

Assinatura do entrevistado ou responsável legal:

Nome: _____

Data: __/__/____

ANEXO F - Questionário de Tolerância de Fagerström

1. Quanto tempo após acordar você fuma a seu primeiro cigarro?

- em até 5 minutos (3)
- entre 6 e 30 minutos (2)
- entre 31 e 60 minutos (1)
- após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca, etc.)?

- sim (1)
- não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?

- o primeiro da manhã (1)
- outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- 10 ou menos (0)
- 11 a 20 (1)
- 21 a 30 (2)
- 31 ou mais (3)

5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?

- Sim (1)
 - Não (0)
-

6. Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

•Sim (1)

•Não (0)

Grau de dependência à nicotina:

0-2 pontos = muito baixo

3-4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6-7 pontos =elevado*

8-10 pontos = muito elevado*

* Resultados acima de 6 pontos indicam que o paciente, possivelmente sentirá desconforto ao parar de fumar (síndrome de abstinência) ao parar de fumar.

ANEXOG – Ficha Clínica

Cárie Dentária

Nome: _____

Data do exame: _____

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
coroa														
raiz														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
coroa														
raiz														

Códigos de referência:

00 – Dente sadio

01 – Dente sadio com selante

02 – Cárie em fôssulas ou fissuras

03 – Cárie em faces livres ou lisas

04 – Cárie tanto em fissuras quanto faces lisas

05 – Restaurado, porém sem cárie em outra parte da coroa ou da restauração

06 – Restaurado, porém com cárie (conta como cariado no CPOD)

07 – Perdido por cárie

08 – Ausente ou presença de dente decíduo com o permanente sucessor presente (não-erupcionado)

09 – Coroa unitária sadia ou fraturada sadia, restaurada ou não por trauma

10 – Será extraído por cárie (raiz residual cariada sem possibilidade de tratamento, etc)

99 – Não anotado (missing value)