



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e  
Clínica Integrada  
ISSN: 1519-0501  
apesb@terra.com.br  
Universidade Federal da Paraíba  
Brasil

CINI, Luciana; Gomes FLORES, Aline; Mendes PANNUTI, Claudio  
Dependência Nicotínica em Pacientes da Clínica Odontológica  
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 12, núm. 1, 2012, pp. 99-105  
Universidade Federal da Paraíba  
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63723468016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

# Dependência Nicotínica em Pacientes da Clínica Odontológica

## Nicotine Dependence among Dental Patients

Luciana CINI<sup>1</sup>, Aline Gomes FLORES<sup>2</sup>, Claudio Mendes PANNUTI<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mestre em Odontologia pela Universidade Ibirapuera, Clínica Particular, São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup>Cirurgiã-Dentista pela Universidade Ibirapuera, Clínica Particular, São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>3</sup>Professor Doutor da Disciplina de Periodontia da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** O tabagismo tem sido associado com diversas doenças bucais e sistêmicas. Apesar de conhecer os riscos associados ao tabagismo, diversos pacientes continuam fumando, o que pode estar relacionado com a dependência causada pela nicotina. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o grau de dependência nicotínica em pacientes tabagistas atendidos no Ambulatório Odontológico da Universidade Ibirapuera.

**Método:** Foi realizado um estudo transversal com 77 pacientes fumantes adultos em tratamento odontológico. Foi aplicado um questionário estruturado com perguntas sobre o dados demográficos e hábito de tabagismo, e em seguida foi aplicado o Questionário de Tolerância de Fagerström para verificar o grau de dependência nicotínica dos participantes. Para comprovar a quantidade de cigarros fumados relatada pelos sujeitos, foi realizada a mensuração de monóxido de carbono expirado.

**Resultados:** A quantidade média de cigarros consumidos relatada pelos participantes foi de 13,7 cigarros por dia. O tempo médio de exposição ao fumo foi de 26,7 anos. Vinte e seis participantes (33,7%) apresentaram níveis de CO expirado acima de 21ppm, o que os caracterizava como fumantes pesados. Segundo o Questionário de Tolerância de Fagerström, 44 participantes (57,2%) foram classificados como dependentes de nicotina, sendo que sessenta e quatro (83,1%) relataram que tem interesse em parar de fumar nos próximos seis meses e 80,5% aceitariam a ajuda de um dentista para ajudá-los a parar de fumar. Foi observada correlação significativa quantidade de cigarros consumidos e a pontuação do Questionário de Tolerância de Fagerström.

**Conclusão:** A maior parte dos fumantes atendidos na clínica odontológica foi considerada dependente de nicotina, porém tem interesse em abandonar o tabagismo e aceitaria ajuda de um dentista no processo.

### ABSTRACT

**Objective:** Smoking has been associated with several oral and systemic diseases. Despite their knowledge of the harms associated with smoking, many patients keep on smoking, which may be related to the nicotine dependence. Thus, the aim of this study was to assess nicotine dependence among smoking patients at the Ibirapuera University Dental Clinic.

**Methods:** A cross-sectional study involving 77 adult smoking patients undergoing dental treatment was conducted. A structured questionnaire was applied, where subjects were asked about smoking habits and demographic information. Then the Fagerström Test of Nicotine Dependence was applied to assess nicotine dependence. Exhaled carbon monoxide levels were measured to validate the cigarette consumption reported by the participants.

**Results:** The subjects reported smoking a mean of 13.7 cigarettes per day. Mean smoking exposure time was 26.7 years. Twenty-six subjects (33.7%) exhaled carbon monoxide levels above 21 ppm and thus were classified as heavy smokers. According to the Fagerström Test of Nicotine Dependence, 44 subjects (57.2%) were classified as nicotine-dependent, 64 (83.1%) reported interest to stop smoking in the next 6 months, and 80.5% would accept help from a dentist to quit smoking. A significant correlation was observed between the reported amount of cigarettes consumed per day and the number of points obtained in the Fagerström Test of Nicotine Dependence.

**Conclusion:** The majority of dental patients was considered as nicotine-dependent, but they reported interest on stop smoking and would accept the help from a dentist in order to achieve this goal.

### DESCRITORES

Odontologia; Tabagismo; Nicotina; Epidemiologia.

### KEY-WORDS

Dentistry; Smoking; Nicotine; Epidemiology.

## INTRODUÇÃO

Embora as consequências do uso do tabaco sejam bastante conhecidas, o tabagismo continua sendo responsável por cerca de 5 milhões de mortes por ano no mundo<sup>1</sup>. Caso este número continue crescendo, a tendência é que no ano de 2030 haja mais de oito milhões de mortes decorrentes do uso do tabaco<sup>2,3</sup>.

O fumo tem sido implicado como principal fator de risco para doenças cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinais, além de neoplasias de pâncreas, rins, esôfago e pulmão. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em países de terceiro mundo, as despesas com o tabaco nas famílias de baixa renda, se fazem em detrimento da nutrição infantil<sup>3</sup>. Em 1998 um relatório norte-americano concluiu que a nicotina presente no cigarro e em outros produtos do tabaco é uma droga e causa dependência<sup>4</sup>. Estima-se que 24% dos fumantes, em diversos países, sejam dependentes da nicotina, o que dificulta abandonar o tabagismo<sup>5</sup>.

O tabagismo também tem sido associado à doenças da cavidade bucal, como câncer bucal e abscessos causados por microrganismos anaeróbios. Além disso, o tabagismo é o maior fator de risco na prevalência, extensão e gravidade das doenças periodontais<sup>6,7</sup>. Estima-se que fumantes apresentem risco de desenvolver periodontite entre 2,5 a 6 vezes maior do que não-fumantes<sup>8</sup>. Estudos mostram que este hábito pode ser responsável por mais de 50% dos casos de periodontite encontrados entre adultos nos Estados Unidos<sup>7</sup>. No Brasil, o fumo também tem sido associado com doença periodontal. Um estudo epidemiológico populacional mostrou que indivíduos que fumam mais de 30 cigarros por dia (considerados fumantes pesados) possuem 3,6 vezes mais risco de desenvolver periodontite<sup>9</sup>.

Muitos fumantes têm a intenção de abandonar o tabagismo, mas não conseguem fazê-lo devido à dependência, que é causada, entre outros fatores, pela presença da nicotina no cigarro. A nicotina é uma droga psicoativa, e a compreensão da sua função pode ajudar profissionais de saúde a tratar melhor seus pacientes fumantes<sup>10</sup>. O fumante com abstinência de nicotina tem sensação de irritabilidade, inquietação, ansiedade, insônia, agressividade, além de apresentar cefaléia e sudorese. A sensação é a mesma descrita pelos usuários de anfetamina, heroína, cocaína e crack<sup>4</sup>. A ação estimulante do sistema nervoso central pode também provocar tontura, náuseas e vômitos<sup>11</sup>.

Profissionais de saúde, incluindo cirurgiões-dentistas, podem auxiliar seus pacientes fumantes a abandonar o hábito. Estudos recentes descrevem a eficácia de intervenções anti-tabágicas conduzidas por dentistas<sup>12,13</sup>. Essas intervenções podem ser conduzidas tanto em nível coletivo como individual, como por exemplo, em pacientes de consultórios odontológicos.

É importante avaliar o grau de dependência da nicotina, pois fumantes com diferentes graus de

dependência nicotínica necessitam de diferentes abordagens de terapia anti-tabágica. Fumantes com elevada dependência necessitam, além da abordagem cognitivo-comportamental, de métodos auxiliares para ajudar a abandonar o cigarro, como a terapia de reposição de nicotina (TRN)<sup>14</sup> ou medicamentos como a bupropiona (Zyban®)<sup>15</sup>. Geralmente fumantes com elevada dependência são tratados com maior sucesso em centros anti-tabágicos, que contam com uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros e psicólogos, entre outros.

Um instrumento que pode ser utilizado para estimar o grau de dependência nicotínica é o Questionário de Tolerância de Fagerström. Esse questionário pode substituir outros testes bem mais caros, que consomem mais tempo ou que são invasivos<sup>10,16,17</sup>.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo avaliar o grau de dependência nicotínica em pacientes tabagistas atendidos no Ambulatório Odontológico da Universidade Ibirapuera e conhecer o perfil deste tipo de paciente.

## METODOLOGIA

### Delineamento do estudo e casuística

Foi realizado um estudo transversal com pacientes fumantes atendidos no Ambulatório Odontológico da Universidade Ibirapuera.

Foram recrutados consecutivamente 77 pacientes fumantes. Os critérios de inclusão foram: ser fumante, ter idade superior a 15 anos, estar em tratamento odontológico e concordar em participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: ser ex-fumante ou não fumante, ser portador de deficiência mental e/ou outras condições que impediriam o participante de responder ao questionário.

Após leitura e explicação dos objetivos do estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os indivíduos elegíveis eram incluídos no estudo.

### Avaliação do hábito de tabagismo e da dependência à nicotina

Foi aplicado um questionário estruturado para verificar se o indivíduo era fumante e as características do seu hábito tabágico, tais como: quantidade de maços que fumava por dia, tempo de hábito, se já havia tentado parar de fumar, prática de atividade física, convívio com fumantes, entre outros. Também foram coletados dados sobre a saúde geral e dados demográficos do paciente.

Inicialmente foi realizado um pré-teste deste questionário. Os resultados do pré-teste indicaram a necessidade de alterações no questionário, para facilitar o seu entendimento pelos entrevistados, bem como a inclusão de perguntas e alternativas adicionais.

O questionário final foi aplicado a todos os participantes. Enquanto aguardavam para serem

atendidos na clínica odontológica foram chamados em local isolado dos outros pacientes e iniciaram a entrevista. O tempo entre as entrevistas foi de 10 a 18 minutos, sem incluir a aferição dos níveis de CO expirados pelo monoxímetro, que durou entre 2 e 4 minutos. Em seguida foi aplicado o Questionário de Tolerância de Fagerström<sup>19</sup>, para verificar o grau de dependência nicotínica dos participantes.

O questionário foi aplicado aos participantes, e o número de pontos referente a cada resposta foi somado. O ponto de corte entre fumantes com baixa e elevada dependência nicotínica foi a média de pontos da amostra, conforme realizado em outras populações<sup>10</sup>. Todos os participantes foram entrevistados por um único investigador, que preencheu os itens do questionário. Com relação à calibração intra-examinador, 10% das entrevistas (questionário estruturado e Questionário de Tolerância de Fagerström) foram repetidas aleatoriamente, através de sorteio simples, para verificar a reprodutibilidade dos dois instrumentos.

### Validação do questionário

Para comprovar a quantidade de cigarros fumados/dia, foi realizada a mensuração de monóxido de carbono expirado. Os níveis de CO expirado foram aferidos pelo Micromedidor de CO (Micromedical Ltd, Kent, Reino Unido), aparelho portátil que apresenta uma célula sensora de combustível eletroquímico, que funciona por meio da reação do monóxido de carbono com um eletrólito em um eletrodo e oxigênio do ar ambiente em outro eletrodo. A medição do CO (ppm) permite classificar o indivíduo em não fumante (0-6ppm), e fumante (>6ppm).

Para a medição foi solicitado ao indivíduo que fizesse uma pausa inspiratória de 20 segundos. Após essa pausa, os voluntários eram orientados a exalar completamente no bocal do aparelho<sup>19</sup>. Foram anotados ao lado do valor de CO expirado, o horário da aferição, bem como o horário do último cigarro fumado.

### Análise estatística

Foi realizada estatística descritiva, para verificar a distribuição dos fumantes de acordo com o grau de dependência nicotínica. O ponto de corte entre fumantes com baixa e elevada dependência nicotínica foi a média da amostra<sup>10</sup>.

Também foi descrita a distribuição das variáveis avaliadas pelo questionário estruturado. Em seguida, os valores de monóxido de carbono expirado foram comparados com os dados obtidos por este questionário. Os dependentes nicotínicos foram comparados com os não dependentes em relação às variáveis demográficas e variáveis associadas ao tabagismo por meio do teste *t* de Student para amostras independentes. Verificou-se se havia correlação entre a quantidade de cigarros consumidos por dia e a somatória total de pontos do Questionário de Tolerância de Fagerström por meio do teste de correlação de Pearson.

Os dados coletados foram registrados em um banco de dados elaborado em programa Excel (versão

Office 2003). A análise estatística foi realizada em programa STATISTICA versão 8.0 e programa SPSS para Windows (versão 10.0). Foi utilizado um nível de significância  $\alpha$  de 5% em todos os testes estatísticos.

## RESULTADOS

Foram examinados setenta e sete voluntários que se declaravam fumantes e eram pacientes da Clínica Odontológica da Universidade Ibirapuera.

Na Tabela 1 são mostrados os dados demográficos dos participantes. Dentre os trinta e seis indivíduos que declararam apresentar algum problema de saúde, hipertensão foi o problema mais relatado (14,3%). Dentre os trinta e dois indivíduos que declararam usar algum tipo de medicamento, os medicamentos para controlar a pressão foram os mais utilizados (14,1%).

Os dados relativos ao hábito de fumar são mostrados na Tabela 2. O tempo médio de exposição ao fumo variou entre 02 e 70 anos, sendo que 35 indivíduos (45,5%) relataram fumar há 30 anos ou mais. Vinte e seis participantes apresentaram valores acima de 21ppm, o que caracterizava como fumantes pesados. Houve uma fraca correlação entre a quantidade declarada de cigarros consumidos por dia e níveis de CO expirado ( $r = 0,38$ ;  $p = 0,002$ ). A maior parte dos entrevistados (77,9%) relatou que já havia tentado parar de fumar, e 72,7% já haviam feito pelo menos duas tentativas de abandonar o tabagismo. Os motivos declarados para voltar a fumar foram variados, dentre eles: ansiedade (19,5%), vontade de fumar (26%), amigos ou cônjuge fumante atrapalharam a tentativa (7,8%), e nervosismo (7,8%). Destes que já tentaram parar de fumar, apenas nove (11,7%) responderam que utilizaram algum medicamento ou substituto de nicotina para auxiliar abandonar o tabagismo.

A Tabela 3 mostra a distribuição dos sujeitos de pesquisa de acordo com as crenças e atitudes com relação ao tabagismo.

A média da soma de pontos do questionário de Fagerström foi 4,4. Assim, o ponto de corte para definir dependentes de nicotina foi ter a soma de pontos maior ou igual a 5. Usando esse ponto de corte, 33 participantes (42,8%) foram classificados como não-dependentes, e 44 (57,2%) foram classificados como dependentes de nicotina. As respostas ao Questionário de Tolerância de Fagerström são mostradas na Tabela 4.

Na Tabela 5 podemos visualizar os resultados da comparação entre dependentes e não dependentes com relação às variáveis contínuas: idade, renda familiar, tempo de fumo, quantidade de cigarros consumidos por dia e níveis de CO expirado. Os indivíduos classificados como dependentes apresentaram média de cigarros fumados por dia significativamente maior que não-dependentes ( $p < 0,001$ ).

Foi observado que havia alta e significativa correlação entre a quantidade de cigarros consumidos por dia e a somatória total de pontos do Questionário de Tolerância

de Fagerström ( $r = 0,70$ ;  $p < 0,001$ ). Não foi verificada associação entre dependência nicotínica e sexo, idade,

escolaridade e renda.

**Tabela 1. Distribuição dos sujeitos de pesquisa de acordo com variáveis demográficas e de saúde geral.**

	N	%	Média $\pm$ DP	Min-max
<b>Idade</b>	77	100	$43,2 \pm 15,7$	17-82
<b>Sexo</b>				
Masculino	38	49,4		
Feminino	39	50,6		
<b>Grau de Escolaridade</b>				
Não estudou	06	7,80		
1º grau incompleto	19	24,7		
1º grau completo	15	19,5		
2º grau completo	26	33,8		
Superior	11	14,3		
<b>Renda Familiar (reais)</b>	77	100	$1882,1 \pm 1488,8$	500 - 10000,00
<b>Problema de saúde</b>				
Sim	36	46,8		
Não	41	53,2		
<b>Usa medicamento</b>				
Sim	32	41,6		
Não	44	57,1		
<b>Faz exercício físico</b>				
Sim	27	26,0		
Não	47	61,0		

**Tabela 2. Distribuição dos sujeitos de pesquisa de acordo com o hábito de tabagismo.**

	N	%	Média $\pm$ DP	Min-max
<b>Quantidade cigarros/dia</b>	77	100	$13,7 \pm 7,6$	01-40
<b>Anos de exposição ao fumo</b>	77	100	$26,7 \pm 16,4$	02-70
<b>Monóxido de Carbono exspirado (PPM)</b>	63	81,8	$20,1 \pm 10,1$	02-47
<b>Convive com fumante?</b>				
Sim	34	44,2		
Não	30	39,0		
<b>Já tentou parar de fumar?</b>				
Sim	60	77,9		
Não	17	22,1		

**Tabela 3. Distribuição dos sujeitos de pesquisa de acordo com as crenças e atitudes com relação ao tabagismo.**

	N	%
Acredita que algum problema de saúde bucal que tenha no momento possa ter alguma relação com o hábito de fumar ou ter fumado?		
<b>Sim</b>	45	58,4
<b>Não</b>	32	41,6
Você acredita que sua saúde bucal pode ser beneficiada se parar de fumar?		
<b>Sim</b>	65	84,4
<b>Não</b>	12	15,6
Você estaria interessado em parar de fumar nos próximos 6 meses?		
<b>Sim</b>	64	83,1
<b>Não</b>	13	16,9
Você aceitaria a ajuda de um dentista para parar de fumar?		
<b>Sim</b>	62	80,5
<b>Não</b>	15	19,5

**Tabela 4. Distribuição das respostas ao Questionário de Tolerância de Fagerström**

	N	%
Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?		
a) dentro de 5 minutos (3 pontos)	29	37,7
b) entre 6 e 30 minutos (2 pontos)	25	32,5
c) entre 31 e 60 minutos (1 ponto)	03	03,9
d) após 60 minutos (0 ponto)	20	26,0
Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, bibliotecas, etc.)?		
a) sim (1 ponto)	23	29,9
b) não (0 ponto)	54	70,1
Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?		
a) O primeiro da manhã (1 ponto)		
b) outros (0 ponto)	51	66,2
Quantos cigarros você fuma por dia?	26	33,8
a) 10 ou menos (0 ponto)	30	39,0
b) 11 a 20 cigarros (1 ponto)	32	41,6
c) 21 a 30 cigarros (2 pontos)	13	16,9
d) 31 ou mais (3 pontos)	02	02,6
Você fuma mais freqüentemente pela manhã (ou nas 1as horas do dia) que no resto do dia?		
a) sim (1 ponto)	27	35,1
b) não (0 ponto)	50	64,9
Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?		
a) sim (1 ponto)	41	53,2
b) não (0 ponto)	36	46,8

**Tabela 5. Média, desvio padrão e comparação entre indivíduos com e sem dependência nicotínica.**

	Sem dependência nicotínica (n=33)	Dependência nicotínica (n=44)	p
Idade	$40,5 \pm 14,1$	$45,2 \pm 16,7$	0,19
Renda familiar	$2046,8 \pm 1435,2$	$1750,2 \pm 1535,5$	0,40
Quantidade cigarros/dia	$9,0 \pm 5,3$	$17,3 \pm 7,1$	<0,001*
Anos de exposição ao Fumo	$23,7 \pm 15,8$	$29,0 \pm 16,6$	0,16
Monóxido de Carbono (CO) expirado (ppm)	$18,6 \pm 9,4$	$21,7 \pm 10,6$	0,21

## DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar o grau de dependência nicotínica em pacientes tabagistas atendidos em uma clínica odontológica. Não encontramos correlação entre níveis de monóxido de carbono expirado e a quantidade declarada de cigarros consumidos por dia. Estes resultados podem indicar resultados falso-negativos em relação à quantidade declarada de cigarros consumidos. Ou seja, alguns participantes podem ter declarado fumar menos do que eles realmente fumavam. Esses dados reforçam a necessidade de se utilizar algum método para validar o questionário, conforme apontado por outros autores<sup>24,25</sup>.

No presente estudo, foi utilizado o

monóxímetro para validar as respostas dos fumantes com relação à exposição ao tabagismo. Este método é bastante utilizado na literatura para distinguir fumantes de não fumantes<sup>20,21</sup>. Embora a medição dos níveis séricos de cotinina seja considerada o padrão ouro para avaliar a exposição ao fumo, a concentração de monóxido de carbono expirado também apresenta alta sensibilidade e especificidade, e é recomendada para a maior parte das situações clínicas<sup>22</sup>. Trata-se de um método prático, não invasivo, de baixo custo e fácil interpretação. O monóxido de Carbono apresenta meia vida de 3 a 6 horas<sup>23</sup>, e varia de acordo com o nível de exercício físico e exposição ambiental à fumaça. Em nosso estudo a maioria dos indivíduos declarou que havia fumado há no máximo 2 horas, ou seja, ainda apresentavam altas concentrações de monóxido de carbono.

Apesar das evidências a respeito dos efeitos negativos do cigarro sobre a saúde bucal<sup>9,26</sup>, apenas 58,4% dos entrevistados acreditam que o cigarro interfere diretamente na condição oral. Quando foram questionados se acreditavam que sua saúde bucal melhoraria se abandonassem o tabagismo, 84,4% afirmaram que certamente teriam uma condição oral mais saudável, enquanto que 15,6% não vêm relação entre a cessação do tabagismo e a melhora nas condições orais.

Neste estudo utilizamos o questionário de Fagerström para avaliar o grau de dependência nicotínica. O questionário de Tolerância de Fagerström é um instrumento validado para aferição da dependência nicotínica, e foi desenvolvido pelo próprio autor em 1978, e traduzido e validado no Brasil por Carmo, Pueyo<sup>16,17</sup>. Uma revisão sistemática recente confirmou a confiabilidade deste instrumento para detectar dependência nicotínica em diferentes situações<sup>28</sup>.

Diferentes pontos de corte do questionário de Fagerström foram utilizados na literatura para definir dependência nicotínica. Alguns autores dividem a dependência em 5 níveis: muito baixa (0 a 2 pontos), baixa (3 a 4 pontos), moderada (5 pontos), alta (6 a 7 pontos) e muito alta (8 a 10 pontos)<sup>28</sup>. No presente estudo, utilizamos como ponto de corte a média da amostra<sup>10,16</sup>.

Observamos que 57,2% dos fumantes eram dependentes de nicotina. Grau de escolaridade, nível sócio econômico, sexo, idade de inicio da exposição ao tabagismo e convivência com fumantes são alguns fatores associados a dependência nicotínica na literatura<sup>18,29</sup>. Em nosso estudo, não encontramos associação entre dependência e fatores sócio-demográficos. Foi observada, entretanto, uma correlação significativa entre dependência e quantidade de cigarros consumidos, sendo que dependentes declararam consumir quase o dobro de cigarros por dia, em relação aos não dependentes.

Há na literatura relatos sobre o papel exercido pelo cirurgião-dentista em países desenvolvidos como Estados Unidos, Austrália, Irlanda, Suécia, Reino Unido entre outros, contribuindo muito para cessação e controle do tabagismo<sup>30</sup>. Normalmente profissionais envolvidos em programas de cessação tabágica participam de treinamento e programa de capacitação e apoio, para realizarem suas intervenções em seus pacientes, como: questionarem sobre o hábito de fumar, explicar aos seus pacientes sobre o impacto de fumar sobre a saúde geral e saúde bucal, discutir sobre a terapia de reposição nicotínica, fornecer subsídio como CD-ROM, fitas k7, panfletos educativos, como material de apoio, para auxiliar na cessação do hábito. Além disso, as clínicas odontológicas promovem encontros onde o paciente é motivado a cessar o hábito, seja pelo convívio com outros pacientes, troca de experiência, reconhecimento dos malefícios do fumo, além de receberem repositores de nicotina, apostilas, aconselhamento psicológico no local e posteriormente

via telefone, além do monitoramento da situação entre uma consulta e outra.

Neste estudo observamos que 57,2% dos fumantes eram dependentes de nicotina. Isso significa que estes indivíduos apresentam menos chance de conseguir parar de fumar por si mesmos, ou mesmo com a ajuda de um dentista, devendo ser encaminhados a um centro especializado de terapia anti-tabágica. Sessenta e quatro participantes (83,1%) tinham a intenção de parar de fumar nos próximos 6 meses, e 80,5% aceitariam a ajuda de um dentista para ajudar na cessação do hábito. Esta porcentagem é mais alta do que um estudo encontrado na literatura que relata que menos da metade dos entrevistados que desejavam parar de fumar aceitariam a ajuda de um periodontista neste processo, e que gostariam que o tratamento anti-tabágico fosse feito juntamente com o tratamento periodontal<sup>27</sup>.

Estes dados fornecem subsídios para planejar ações individuais e coletivas de cessação de tabagismo em pacientes odontológicos. Atualmente existem várias publicações que mostram o papel do dentista no auxílio ao paciente tabagista que deseja parar de fumar. No entanto, deve-se lembrar que dependentes nicotínicos necessitam de tratamento mais intensivo, juntamente com uma equipe multidisciplinar.

## CONCLUSÃO

A avaliação do grau de dependência nicotínica mostrou que a maioria dos fumantes atendidos no Ambulatório Odontológico da Universidade Ibirapuera eram dependentes de nicotina. Além disso, a maioria tinha intenção de parar de fumar nos próximos seis meses e aceitaria a ajuda de um dentista para parar de fumar.

## REFERÊNCIAS

1. Freiman A, Bird G, Metelitsa AI, Barankin B, Lauzon GJ. Cutaneous effects of smoking. *J Cutan Med Surg.* 2004; 8(6):415-23.
2. Ismael, SMC. Efetividade da Terapia Cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.
3. World Health Organization. Tobacco Free Initiative: Tobacco Control Economics. Disponível em: URL: <<http://www.who.int/tobacco/economics/en/>> Acesso em: [2011 Nov. 26].
4. Marques ACP, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(4):200-14.
5. Prokhorov AV, Hudmon KS, Stancic N. Adolescent smoking: epidemiology and approaches for achieving cessation. *Paediatr Drugs* 2003;5(1):1-10.
6. Position paper: tobacco use and the periodontal patient. Research, Science and Therapy Committee of the American

- Academy of Periodontology. *J Periodontol.* 1999; 70(11):1419-27.
7. Tomar SL, Asma S. Smoking-attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. *National Health and Nutrition Examination Survey. J Periodontol.* 2000; 71(5):743-51.
8. Burt B; Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Position paper: epidemiology of periodontal diseases. *J Periodontol.* 2005; 76(8):1406-19.
9. Susin C, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Periodontal attachment loss attributable to cigarette smoking in an urban Brazilian population. *J Clin Periodontol.* 2004; 31(11):951-8.
10. Halty LS, Huttner MD, Netto ICO, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida de dependência nicotínica. *J Pneumol* 2002; 28(4):180-6.
11. Furtado RD. Implicações anestésicas do tabagismo. *Rev Bras Anestesiol.* 2002; 52(3):354-67.
12. Dyer TA, Robinson PG. General health promotion in general dental practice – the involvement of the dental team. Part 1: a review of the evidence of effectiveness of brief public health interventions. *Br Dent J.* 2006; 200(12):679-85.
13. Ebbert JO, Carr AB, Patten CA, Morris RA, Schroeder DR. Tobacco use quitline enrollment through dental practices: a pilot study. *J Am Dent Assoc.* 2007; 138(5):595-601.
14. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; (3):CD000146.
15. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; 24;(1):CD000031.
16. 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; 86(9):1119-27.
17. Ebbert JO, Patten CA, Schroeder DR. The Fagerström Test for Nicotine Dependence-Smokeless Tobacco (FTND-ST). *Addict Behav.* 2006; 31(9):1716-21.
18. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 1989; 12(2):159-82.
19. Santos UP, Gannam S, Abe JM, Esteves PB, Freitas Filho M, Wakassa TB, et al. Emprego da determinação de monóxido de carbono no ar exalado para a detecção do consumo de tabaco. *J Pneumol* 2001; 27(5):231-6.
20. 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; 8(5):653-9.
21. Freund M, Campbell E, Paul C, Sakrouge R, McElduff P, Walsh RA, Wiggers J, Knight J, Girgis A. Increasing smoking cessation care provision in hospitals: a meta-analysis of intervention effect. *Nicotine Tob Res.* 2009; 11(6):650-62.
22. Chatkin J, Fritscher L, de Abreu C, Cavalet-Blanco D, Chatkin G, Wagner M, Fritscher C. Exhaled carbon monoxide as a marker for evaluating smoking abstinence in a Brazilian population sample. *Prim Care Respir J.* 2007; 16(1):36-40.
23. Benowitz NL, Henningfield JE. Establishing a nicotine threshold for addiction. The implications for tobacco regulation. *N Engl J Med.* 1994; 331(2):123-5.
24. González YM, De Nardin A, Grossi SG, Machtei EE, Genco RJ, De Nardin E. Serum cotinine levels, smoking, and periodontal attachment loss. *J Dent Res.* 1996; 75(2):796-802.
- 25- Scott DA, Palmer RM, Stapleton JA. Validation of smoking status in clinical research into inflammatory periodontal disease. *J Clin Periodontol.* 2001; 28(8):715-22.
26. Kinane DF, Chestnutt IG. Smoking and periodontal disease. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2000; 11(3):356-65.
27. Martinelli E, Palmer RM, Wilson RF, Newton JT. Smoking behaviour and attitudes to periodontal health and quit smoking in patients with periodontal disease. *J Clin Periodontol.* 2008; 35(11):944-54.
28. Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JA. Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *J Bras Pneumol.* 2009; 35(1):73-82.
29. Castro MGT. Qualidade de vida e tabagismo [Dissertação]. Porto Alegre: PUCRS; 2005.
30. Monaghan N. What is the role of dentists in smoking cessation? *Br Dent J.* 2002; 193(11):611-2.

Recebido/Received: 22/06/2010

Revisado/Reviewed: 27/11/2011

Aprovado/Approved: 13/02/2012

**Correspondência:**

Cláudio Mendes Pannuti  
 Rua Padre Antonio Tomás, 248  
 Cep: 05003-010-  
 São Paulo- SP  
 E-mail: pannuti@usp.br  
 Tel.: 8335-0312.