

MANIFESTAÇÕES BUCAIS ORIUNDAS DO HÁBITO DO TABAGISMO

ORAL MANIFESTATIONS ARISING FROM THE HABIT OF SMOKING

Sérgio Spezzia¹

¹Cirurgião Dentista. Mestre em Ciências pela Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo

RESUMO

Introdução: A prática de fumar cigarros e demais produtos com tabaco em sua composição, coexistindo a nicotina, como droga ou princípio ativo, denomina-se tabagismo. A dependência química promovida pelo consumo dos cigarros, advém da ação da nicotina, que é uma droga psicoativa. **Objetivo:** O objetivo do presente artigo foi averiguar como o tabagismo pode ser capaz de afiligr a saúde bucal dos indivíduos consumidores da droga. **Resultado:** Uma abordagem preventiva, buscando evitar a dependência pelo tabagismo pode mostrar-se efetiva. Patologias sistêmicas podem ocorrer advindo do hábito de fumar. O tabagismo repercute promovendo manifestações sistêmicas e bucais desfavoráveis. Em âmbito odontológico pode-se conviver com maior acúmulo de biofilme dentário; câncer bucal; halitose; decréscimo na resposta imunológica e inflamatória; imunossupressão; doenças periodontais; maior profundidade em bolsas periodontais; recessão gengival; perda de inserção periodontal; perdas dentárias; reabsorção do rebordo alveolar; perda óssea alveolar aumentada; hipossalivação; restaurações dentárias e próteses dentárias pigmentadas e manchamento em língua, dentes e na mucosa em decorrência. O hábito de fumar deve ser abandonado, visando promover orientações, todo profissional de saúde deve alertar acerca dos malefícios que podem ser provocados pela droga para a saúde sistêmica. O cirurgião dentista deve enfatizar danos que podem ser gerados à saúde bucal. **Conclusão:** A cessação do vício pelos cigarros auxilia na melhora da qualidade de vida dos indivíduos e promove melhora no seus estados de saúde sistêmica e bucal. A nível odontológico pode-se evitar a instalação de doenças em boca que podem levar a execução de tratamentos odontológicos mais complexos, impedindo ou evitando-se o hábito de fumar cigarros.

Palavras-Chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Tabagismo. Nicotina. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Introduction: The practice of smoking cigarettes and other products with tobacco in their composition, with nicotine coexisting as a drug or active ingredient, is called smoking. The chemical dependence promoted by the consumption of cigarettes comes from the action of nicotine, which is a psychoactive drug. **Objective:** The aim of this article was to investigate how smoking may be able to affect the oral health of individuals who use the drug. **Results:** A preventive approach, seeking to avoid addiction to smoking can prove to be effective. Systemic pathologies can occur due to smoking. Smoking has repercussions by promoting unfavorable systemic and oral manifestations. In the dental field, one can live with a greater accumulation of dental biofilm; oral cancer; halitosis; decrease in the immune and inflammatory response; immunosuppression; periodontal diseases; greater depth in periodontal pockets; gingival recession; loss of periodontal insertion; tooth loss; reabsorption of the alveolar ridge; increased alveolar bone loss; hyposalivation; dental restorations and pigmented dental prostheses and staining on the tongue, teeth and mucosa as a result. The habit of smoking must be abandoned, in order to promote guidance, every health professional must warn about the harm that can be caused by the drug for systemic health. The dental surgeon must emphasize damage that can be caused to oral health. **Conclusion:** The cessation of addiction to cigarettes helps to improve the quality of life of individuals and promotes improvement in their systemic and oral health status. At the dental level, it is possible to avoid the onset of diseases in the mouth that can lead to more complex dental treatments, preventing or avoiding the habit of smoking cigarettes.

Keywords: Substance-Related Disorders. Tobacco Use Disorder. Nicotine. Oral Health.

Contato: sergio.spezzia@unifesp.br

ENVIADO: 12/02/2024
ACEITO: 26/03/2024
REVISADO: 15/04/2024

INTRODUÇÃO

A prática de fumar cigarros e demais produtos com tabaco em sua composição, coexistindo a nicotina, como droga, denomina-se tabagismo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o tabagismo como sendo uma doença¹, presente na 10ª CID - Classificação Internacional de Doenças, em que o tabagismo figura como: "uma desordem mental e de comportamento em razão da síndrome da dependência à nicotina". Na Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão – CID-10, o tabagismo acha-se configurado no grupo de transtornos mentais e de comportamentos voltados ao emprego de substâncias psicoativas. No mais, na CID-10 o tabaco enquadra-se na categoria de problemas relacionados com o estilo de vida^{1,2-5}. No Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais – DSM - 5, classifica-se esse hábito como transtorno do uso do tabaco, inserindo-o como transtorno por uso de substâncias psicoativas^{6,7}.

Na atualidade o hábito do tabagismo constitui um problema de Saúde Pública, que é capaz de gerar impacto em todo o globo, uma vez que em decorrência desse mau hábito desenvolvem-se inúmeros problemas de saúde^{8,9}.

Compõem a fumaça expelida pelos cigarros em torno de 4.700 substâncias de proveniência prejudicial à saúde. A quantia de substâncias pode ser acrescida, caso leve-se em conta componentes constituintes da folha do tabaco, bem como os aditivos industriais. Todos esses componentes misturados e que incluem a presença de metais pesados, ácidos e solventes orgânicos, entre outros, produzem fumaça que quando inalada pode ocasionar problemas de saúde. Nesse contexto, convive-se no cigarro com a presença da nicotina, alcatrão, o plutônio, o monóxido de carbono, nitrosaminas, cádmio, arsênio, o cianeto de hidrogênio e os policíclicos¹⁰.

De acordo com a OMS, droga consta de substância, que uma vez em contato no organismo promove modificações no que tange ao funcionamento do sistema nervoso central¹¹. As

drogas compõem-se por substâncias químicas que atuam no organismo, desencadeando modificações nas funções. Substância psicoativa ou substância psicotrópica figura como substância que age no sistema nervoso central, modificando a função cerebral, a consciência, bem como o comportamento. Essas drogas podem ser consideradas como drogas que causam modificações nas sensações e no estado emocional¹²⁻¹⁴. Pode-se dividi-las em drogas depressoras, perturbadoras e estimulantes. Relacionado a classificação legal dessas drogas, pode-se dividi-las em drogas lícitas e ilícitas. As ilícitas possuem consumo proibido por lei, enquanto as lícitas, dentre as quais encontra-se o tabaco ou o hábito de fumar cigarros, constitui droga de consumo permitido legalmente^{13,15}.

A dependência química promovida pelo consumo dos cigarros advém da ação da nicotina, que é uma droga psicoativa. Ela age estimulando a presença da dopamina, neurotransmissor que correlaciona-se com a sensação prazerosa, uma vez inexistindo nicotina, o cérebro detém menor quantidade de dopamina, visando compensação maior quantidade de noradrenalina é produzida, o que promove nos dependentes irritação e nervosismo ao passo em que os mesmos esboçam qualquer reação, almejando cessar a prática de fumar^{10,16}.

A nicotina está presente e constitui o principal empecilho relacionado com a prática do tabagismo, uma vez que a mesma acarreta muitos problemas, incluindo alguns em âmbito odontológico, como: adesão aos dentes e capacidade de adentrar na cavidade bucal nos tecidos moles^{16,17}.

O tabagismo pode influir e causar inconvenientes nos tecidos da cavidade bucal. Existem implicações odontológicas relacionadas e muitas manifestações bucais desfavoráveis provém dessa prática^{18,19}.

O objetivo do presente artigo foi averiguar como o tabagismo pode ser capaz de afligir a saúde bucal dos indivíduos consumidores da droga.

RESULTADOS

Patologias sistêmicas podem ocorrer advindo do hábito de fumar, destacando-se a presença das doenças respiratórias, cardíacas e inúmeros tipos de câncer. A OMS tipifica o tabagismo como um dos maiores problemas presentes¹⁰. Uma abordagem preventiva, buscando evitar a dependência pelo tabagismo pode mostrar-se efetiva²⁰⁻²³.

O tabagismo ou a fumaça expelida pelo hábito repercute promovendo manifestações sistêmicas e bucais desfavoráveis. Em âmbito odontológico pode-se conviver com maior acúmulo de biofilme dentário; câncer bucal; halitose; decréscimo na resposta imunológica e inflamatória; imunossupressão; doenças periodontais (gingivite e periodontite); maior profundidade em bolsas periodontais; recessão gengival; perda de inserção periodontal; perdas dentárias; reabsorção do rebordo alveolar; perda óssea alveolar aumentada; hipossalivação; restaurações dentárias e próteses dentárias pigmentadas e manchamento em língua, dentes e na mucosa em decorrência^{10,24-30}. Manchas escurecidas presentes em boca por ação do tabaco são designadas por melanose do fumante^{31,32}. O tabaco repercute nas células da mucosa afligindo as mesmas, promovendo prejuízos nos processos de defesa e cicatrização próprios do organismo, o que pode facilitar a ação de bactérias, vírus e fungos, tornando o organismo um meio propício para que microrganismos patogênicos possam desenvolver-se³³. No contexto geral, agentes poluentes provenientes do fumo afligem a dentina ocasionando amarelamento dos elementos dentais contatantes. Ocorre ação irritativa oriunda de processos inflamatórios que incidem sobre a gengiva e os alvéolos dentários, o que pode predispor ao surgimento de processos infecciosos e perdas dentárias³⁴.

O aparecimento das doenças periodontais, bem como sua possível exacerbação na hipótese da doença já encontrar-se instalada, podem advir da ação do tabagismo³³⁻⁴⁵. Além disso, ao realizar-se procedimentos odontológicos com execução de intervenção periodontal o fumo pode agir desfavoravelmente, uma vez que pode ser capaz de modificar a resposta imune no local em tratamento. O tabagismo pode acarretar no acometimento pela periodontite crônica⁴⁶⁻⁵⁰.

O câncer bucal possui etiologia multifatorial e advém de fatores de risco extrínsecos, com

destaque para o tabagismo e intrínsecos. Esse tipo de câncer acomete comumente o soalho bucal, a porção anterior da língua e o lábio inferior^{51,52}. A evidenciação do câncer oral deve ocorrer quando da realização de exame físico pelo cirurgião dentista durante as condutas odontológicas^{52,53}. O cirurgião dentista tem papel vital no que tange a abordagem precoce e preventiva de diagnóstico do câncer oral⁵⁴.

Existem repercussões desfavoráveis a nível pulpar e periodontal em decorrência do hábito de fumar cigarros. Sabe-se que produtos do tabaco ocasionam modificações vasculares que causam prejuízo a irrigação que ocorre normalmente a nível dos tecidos periodontais e pulpares. A polpa é afligida advindo de injúria provocada e ocorre processo inflamatório, que pode acarretar degeneração da polpa. O tabagismo também pode causar decréscimo das respostas do organismo frente a uma infecção, o que pode predispor possivelmente que tecidos periodontal e pulpar venham a apresentar degeneração⁵⁵⁻⁶⁰.

O hábito de fumar deve ser abandonado e visando promover auxílio e orientações a esse público de tabagistas todo profissional de saúde, incluindo o cirurgião dentista deve alertar esses pacientes acerca dos malefícios que podem ser provocados pela droga para a saúde sistêmica. No caso do cirurgião dentista, deve-se enfatizar mais especificamente danos que podem ser gerados à saúde bucal^{34,45,61}.

No âmbito do tratamento periodontal a ser preconizado deve-se abordar preventivamente o público de fumantes, alertando que a única forma efetiva para impedimento da ocorrência das doenças periodontais seria a cessação do hábito do tabagismo, levando em conta que fumar cigarros acarreta problemas que influem na ocorrência e na gravidade das doenças periodontais. Outro inconveniente apresentado pelo fumo seria o de o mesmo prejudicar o desempenho a ser obtido com as intervenções periodontais para tratamento^{45,61}.

Convém frisar que o consumo de cigarros em âmbito odontológico, além de ocasionar o acometimento por neoplasias, como câncer oral também gera problemas advindo do tratamento oncológico empreendido. De forma geral e em decorrência da presença de cânceres, pode-se optar por proceder a tratamentos com o recurso da utilização da radioterapia e da quimioterapia, quando o câncer for oral, na hipótese de uso da radioterapia, emprega-se a radioterapia de

cabeça e pescoço. Os efeitos adversos ou colaterais são resultado do tratamento quimioterápico e radioterápico efetuados, onde geralmente dentre outros inconvenientes, convive-se com a mucosite oral⁶²⁻⁶⁷.

DISCUSSÃO

Doenças periodontais em evolução advindo de ação desfavorável do biofilme dentário podem levar a sangramento, reabsorção óssea, mobilidade dental e perdas dentárias. Indivíduos tabagistas normalmente possuem maior quantidade de biofilme dentário agregado, o que leva a piora no quadro periodontal. Comumente a severidade manifestada pelas doenças periodontais mostra-se pior em pacientes que consomem cigarros^{33,68}.

Estudos verificaram que o hábito de fumar cigarros constitui fator de risco que correlaciona-se com o início e a progressão das doenças periodontais. Fumantes comparados a indivíduos que não consomem tabaco podem possuir doenças periodontais com quadros piores, tendo predisposição a apresentar periodontite^{69,70}.

Estudos realizados constataram que fumantes devem optar por não praticarem mais o vício, tendo em vista que o desfecho obtido com a terapia periodontal nesses indivíduos é inconveniente quando comparado a pacientes que não consomem cigarros^{46,70,71}.

Estudos realizados constataram que o consumo do fumo pode agir piorando o quadro das doenças periodontais, devido modificações ocorridas em decorrência da prática do mau hábito na resposta imune do hospedeiro frente à ação de patógenos^{70,72}.

Outros estudos averiguaram que o tabagismo agrava possivelmente o quadro das doenças periodontais, apresentando manifestações de perdas dentárias, perda óssea alveolar, bolsas periodontais com maior profundidade e maior perda de inserção periodontal⁴⁶.

Em conformidade com estudo realizado por Coretti et al., (2017)⁷³, onde efetuou-se análise comparativa entre tabagistas e não tabagistas, averiguou-se haver maior número de perdas dentárias e pior estado de saúde periodontal em fumantes.

Alguns outros estudos puderam constatar que em não fumantes onde realizou-se tratamento não cirúrgico concomitantemente a opção ou não por antibioticoterapia houve melhor desfecho quanto a profundidade de sondagem e ao

nível de inserção clínica, quando comparado ao mesmo perfil obtido nos fumantes^{74,75}.

A nível de abordagem endodôntica alguns estudos puderam constatar a realização de mais intervenções endodônticas em pacientes usuários do tabaco do que em não usuários, possivelmente devido a atuação do cigarro nas modificações apresentadas a nível periodontal e pulpar, assim como nas modificações endoperiodontais^{27,29,30,56,60,76,77}.

Estudo preconizado por Dietrich et al., (2015)⁷⁸, efetuou análise de radiografias dentárias obtidas num intervalo de tempo de 30 anos e pode averiguar que dos 18.893 elementos dentais avaliados, 998 havia sido tratado endodonticamente, o que tinha sido demonstrado estar correlacionado com a prática do tabagismo pelos pacientes.

Convém ressaltar que no que tange a instalação do câncer bucal deve haver abordagem conjunta dos médicos e dos cirurgiões dentistas que contatam seus pacientes, uma vez que o papel desempenhado por eles é fundamentalmente importante na identificação preventiva de possível neoplasia bucal, deve-se suspeitar em boca de evidências correlacionadas ao câncer oral, que podem envolver o surgimento de manchas esbranquiçadas ou que tiverem aspecto avermelhado comumente presentes na porção interna do lábio e da cavidade bucal, além disso deve-se levar em conta a possível averiguação de ferimentos em boca em que não procede cicatrização^{79,80}.

Todo profissional de saúde contatante dos indivíduos fumantes, incluindo o cirurgião dentista deve primar por fornecer orientações aos mesmos acerca de como proceder para abandonar o vício de fumar que é danoso tanto para a saúde sistêmica como para a saúde bucal^{34,45,61,81}.

O tabagismo pode ocorrer via consumo do tabaco de várias maneiras, via uso de cigarros, charutos, cigarrilha, fumo de rolo ou corda, cigarro de palha e via uso de cigarros eletrônicos. Muitos usuários acham que o emprego dos cigarros eletrônicos pode minimizar os efeitos danosos do fumo, entretanto estudos demonstram que pelo contrário com essa prática pode haver efeitos ainda mais prejudiciais à saúde. Esses dados devem ser repassados aos pacientes por intermédio de orientações que possam ajudá-los a abandonar o mau hábito^{81,82}.

Em todo o globo o tabagismo acarreta inúmeras mortes evidenciando um problema de

Saúde Pública capaz de gerar impacto. Políticas públicas são necessárias para enfrentamento, buscando combate e cessação do vício. Todo o ênfase deve ser preventivo e deve-se optar por economizar recursos públicos que são gastos para tratamento na assistência à saúde pública tanto em âmbito sistêmico como odontológico. Palestras orientativas podem impedir que se adote o vício do tabagismo^{10,20-23,83}.

O público dos adolescentes constitui população de risco, uma vez que nessa faixa etária convive-se com inúmeras transformações físicas e que existe curiosidade e predisposição a experimentação do tabagismo, muitas vezes o mau hábito é levado ao contato dos adolescentes por intermédio de um amigo, colega de sala de aula ou de um familiar ou namorado, namorada⁸⁴⁻⁸⁶.

No contexto geral, o hábito de fumar cigarros mostra-se nocivo a saúde oral, uma vez que age como principal fator responsável pela instalação das doenças periodontais em boca. Sob o enfoque periodontal convive-se com modificações nas respostas imunológicas dos pacientes, com aumento de perda de inserção periodontal e com bolsas periodontais com maior profundidade à sondagem. O tabagismo pode repercutir desfavoravelmente nos procedimentos empregados na reabilitação oral podendo causar falha ou insucesso no tratamento odontológico realizado⁸⁷.

CONCLUSÃO:

A cessação do vício pelos cigarros auxilia na melhora da qualidade de vida dos indivíduos e promove melhora no seus estados de saúde sistêmica e bucal. A nível odontológico pode-se evitar a instalação de doenças em boca que podem levar a execução de tratamentos odontológicos mais complexos, impedindo ou evitando-se o hábito de fumar cigarros. O tabagismo pode repercutir desfavoravelmente, prejudicando o desfecho da reabilitação oral realizada.

REFERÊNCIAS:

1. Cury SI. Associação Brasileira de Qualidade de Vida. Tabagismo: sua história, ocorrência, incidência em doenças e tratamento, 2008. Disponível em: www.abqv.org/br/artigos.php?id=31 Acessado em 24 de abril de 2009.

2. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research. Geneva:

WHO, 1993.

3. Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 - 1997.

4. Organização Mundial de Saúde - OMS. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª ed. São Paulo: Edusp, 1997.

5. World Health Organization. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision. 2nd ed. Geneva: WHO, 2004.

6. American Psychiatric Association. DSM - 5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

7. Araujo AC, Lotufo Neto F. A Nova classificação americana para os transtornos mentais – DSM - 5. Rev Bras Ter Comp Cogn, 2014; 16(1):67-82.

8. Spink MJP, Lisboa MS, Ribeiro FRG. A construção do tabagismo como problema de Saúde Pública: uma confluência entre interesses políticos e processos de legitimação científica. Interface, 2009; 13(29):353-65.

9. World Health Organization. Who Report on the Tobacco Epidemic, 2011. Spanish. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/execute_summary/en/ Acessado em 08 de maio de 2018.

10. Silvano FN. Tabagismo: da produção ao adocimento, do lucro ao gasto público. [Trabalho de Conclusão]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

11. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2. – 11a. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017. 146 p. – SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Disponível em: https://www.supera.org.br/@/material/mtd/pdf/SUP/SUP_Mod2.pdf Acessado em 04 de março de 2020.

12. Carlini EA. "Drogas Psicotrópicas". In: Noto AR, Nappo S, Galduróz JCF, Mattei R, Carlini EA. III Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Meninos e Meninas em Situação de Rua de Cinco Capitais Brasileiras – 1993. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia – Escola Paulista de Medicina, 1994. pp. 93- 7.
13. Carlini EA, Nappo SA, Galduroz JCF, Noto AR. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. *Rev IMESC*, 2001; 3:9-35.
14. Vetulani J. Drug addiction. Part I. Psychoactive substances in the past and presence. *Polish J Pharmacol*, 2001; 53(3):201–14.
15. Senad. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas. Ministério da Educação. – 6a. ed., atual. – Brasília: Ministério da Justiça, 2014.
16. Henningfield JE, Keenan RM. Nicotine delivery kinetics and abuse liability. *J Consult Clin Psychol*, 1993; 61:743-50.
17. Arora N, Mishra A, Chugh S. Microbial role in periodontitis: Have we reached the top? Some unsung bacteria other than red complex. *J Indian Soc Periodontol*, 2014; 18(3):9-13.
18. American Academy of Periodontology. Tobacco use and the periodontal patient. *J Periodontol*, 1996; (1):51-6.
19. da Silva SA. Malefícios Causados pelo Tabaco na Cavidade Oral. [Trabalho de Conclusão]. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Campos Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.
20. Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Organização Mundial da Saúde (OMS). *Prevención y Control del Consumo de Tabaco*. Washington: OMS, OPAS; 1998.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS) . Instituto Nacional do Câncer (Inca). Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer. Modelo Lógico e Avaliação. 2ª Edição . Rio de Janeiro: Inca; 2005.
22. Inca. Instituto Nacional de Câncer, 2007. Tabagismo: um grave problema de saúde pública. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf. Acessado em 15 de julho de 2019.
23. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. *Who report on the global tobacco epidemic, 2008: The Mpower package*. Geneva: OMS, 2008.
24. Haas R, Haimbock W, Mailath G, Watzek G. The relationship of smoking on peri-implant tissue: A retrospective study. *J Prosthet Dent*, 1996; 76(6):592-6.
25. Sverzut AT, Stabile GAV, Moraes M, Mazzonetto R, Moreira RWF. The influence of tobacco on early dental implant failure. *J Oral Maxillofac Surg*, 2008; 66:1004-9.
26. Lee J, Taneja V, Vassalo R. Cigarette smoking and inflammation: cellular and molecular mechanisms. *J Dent Res*, 2012; 91(2):142-9.
27. Kulkarni C, Kinane DF. Host response in aggressive periodontitis. *Periodontology* 2000, 2014; 65(1):79-91.
28. Male EA root to success: a guide to implant osseointegration. *Dent Nurs*, 2015;11(1):16-9.
29. Chen G, Zhou M, Chen L, Meng Z-J, Xiong X-Z, Liu HJ, Zhang JC. Cigarette Smoke Disturbs the Survival of CD8+ Tc/Tregs Partially through Muscarinic Receptors-Dependent Mechanisms in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *PLoS ONE*, 2016; 11(1):e0147232.
30. Pawlina MM, Rondina RC, Espinosa M, Botelho C. Abandonment of nicotine dependence treatment: A cohort study. *Sao Paulo Med J AHEAD*, 2016; 134(1):47-55.
31. Chandra P, Govindraj P. Prevalence of oral mucosal lesions among tobacco users. *Oral Health Prev Dent*, 2012; 10(2):149-53.
32. Gondak RO, da Silva-Jorge R, Jorge J, Lopes MA, Vargas PA. Oral pigmented lesions: clinicopathologic features and review of the li-

terature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2012; 17(6): e919–e924.

33. Leal LMSJO. Efeitos Nocivos do Fumo do Tabaco Sobre o Aparelho Bucal [Dissertação de mestrado]. Covilhã: Faculdade de Medicina, Universidade da Beira Interior; 2011.

34. Spezzia S. Perdas dentárias causadas pelo climatério e pelo fumo. *Rev Med Minas Gerais*, 2017; 26:e-1837.

35. Preber H, Kant T. Effect of tobacco-smoking on periodontal 1. tissue of 15-year-old schoolchildren. *J Periodontal Res*, 1973; 8(5):278-83.

36. Preber H, Bergström J. Cigarette smoking in patients referred for periodontal treatment. *Scand J Dent Res*, 1986; 94(2):102-8.

37. Bergstrom J, Preber H. Tobacco use as a risk factor. *J Periodontol*, 1994; 65(5 Suppl):545-50.

38. Petersen PE. Tobacco and oral health – the role of the world health organization. *Oral Health Prev Dent*, 2003; 1(4):309-15.

39. Sallum AW, Neto JBC, Sallum EJ. Tabagismo e a doença periodontal. *Rev Periodontia*, 2007; 17(2):45-53.

40. Dinelli W, Esperança TCD, Pereira NRS, Silva PG, Garcia PPNS. Análise do índice de placa gengival e higiene bucal de pacientes em relação ao tabagismo. *RGO*, 2009; 56(4):46-52.

41. Underner M, Maes I, Urban T, Meurice JC. Effects of smoking on periodontal disease *Rev Mal Respir*, 2009; 26(10):1057-73.

42. Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, Honeine R, Jaoude PA, Irani J. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *Int J Epidemiol*, 2010; 39(3):834-57.

43. Baumer A, El Sayed N, Kim TS, Reitmeir P, Eickholz P, Pretzl B. Patient-related risk factors for tooth loss in aggressive periodontitis after active periodontal therapy. *J Clin Periodon-*

tol, 2011; 38(4):347-54.

44. Hayman L, Steffen MJ, Stevens J, Badger E, Tempore P, Fuller B, et al. Smoking and periodontal disease: discrimination of antibody responses to pathogenic and commensal oral bacteria. *Clin Exp Immunol*, 2011; 164(1):118-26.

45. Meulman T, Giorgetti AP, Gimenes J, Casarin RC, Peruzzo DC, Nociti Jr. FH. One stage, full-mouth, ultrasonic debridement in the treatment of severe chronic periodontitis in smokers: a preliminary, blind and randomized clinical trial. *J Int Acad Periodontol*, 2013; 15(3):83-90.

46. Douglass C. Uso de produtos de tabaco prejudica a saúde periodontal. *Prev News*, 2006; 15(2):1-3.

47. Polk DE, Wang X, Feingold E, Shaffer JR, Weeks DE, Weyant RJ, et al. Effects of Smoking and Genotype on the PSR Index of Periodontal Disease in Adults Aged 18–49. *Int J Environ Res Public Health*, 2012; 9(1):2839-50.

48. Mesa F, Souki N, Galindo Moreno P, Velasco Torres M, O'valle F, Bravo M. Tobacco consumption induces alveolar crest height loss independently of mandibular bone mass and bone density. *Clin Oral Implants Res*, 2014; 25(9): 103 - 40 .

49. Edman K, Ohm K, Nordström B, Holmlund A, Hellberg D. Trends over 30 years in the prevalence and severity of alveolar bone loss and the influence of smoking and socio economic factors - based on epidemiological surveys in Sweden 1983- 2013. *Int J Dent Hyg*, 2015; 13 (4): 283- 91 .

50. Haytural O, Yaman D, Ural EC, Kantarci A, Demirel K. Impact of periodontitis on chemokines in smokers. *Clin Oral Inv*, 2015; 19(5):979-6.

51. Oliveira LR, Ribeiro-Silva A, Zucoloto S. Perfil da Incidência e da Sobrevida de Pacientes com Carcinoma Epidermóide Oral em uma População Brasileira. *J Bras Patol Med Lab*, 2006; 42(5):385-92.

52. Vieira AC, Aguiar ZST, Souza FV. Tabagismo e sua relação com o câncer bucal: uma revisão de literatura. *Rev Bionorte*, 2015; 4(2):9-18.
53. Santos IV, Alves TDB, Falcão MML, Freitas VS. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. *Odontol Clín-Cient*, 2011; 10(3):207-10.
54. Biazzevic MGH, Castellanos RA, Antunes JLF, Michel-Crosato E. Tendências de Mortalidade por Câncer de Boca e Orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. *Cad Saúde Pública*, 2006; 22(10):2105-14.
55. da Franca MSM, Gomes RCB, Lins RAUL, dos Santos PAV, Francisco JL. Influência do fumo sobre a condição periodontal. *Stomatos*, 2010; 16(31):23-36.
56. Ribeiro ILA, Veloso HHP. Influência do tabagismo nas alterações pulpares. *Rev Odontol Bras Central*, 2012; 21(58):570-5.
57. Mai X, Wactawski JW, Hovey KM, Monte MJ, Chen C, Tezal M, et al. Associations between smoking and tooth loss according to the reason for tooth loss: the Buffalo OsteoPerio Study. *J Am Dent Assoc*, 2013; 144(3):252-65.
58. Santiago CA, Ramos D, Silva RN, Ito JT, Uzeloto JS, Cipulo-Ramos EM. Influência do tempo de tabagismo nos sinais vitais. *Colloquium Vitae*, 2014; 6(2):79-85.
59. Aydogdu A, Lutfioglu M, Sakalloglu EE. Effects of smoking on periodontal health and oral hygiene habits. *Spatula DD-Peer Reviewed J Compl Med Drug Disc*, 2015; 5(2):89- 95 .
60. Chaffee BW, Couch ET, Ryder MI . The tobacco using periodontal patient: role of the dental practitioner in tobacco cessation and periodontal disease management. *Periodontology* 2000, 2016; 71(1):52-64.
61. Camargo GA, Abreu MGL, dos Santos R, Crespo MA, Wenderosky LF. Aspectos clínicos, microbiológicos e tratamento periodontal em pacientes fumantes portadores de doença periodontal crônica: revisão de literatura. *Rev Bras Odontol*, 2016; 73(4):325-30.
62. Dib LL, Curi MM, Buffarah BH. Complicações orais na Oncologia: parte A - atuação odontológica em pacientes portadores de câncer. In: Salvajoli JV. *Radioterapia em Oncologia*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
63. Sonis ST. Oral mucositis in cancer therapy. *J Support Oncol*, 2004; Suppl 3(2):3-8.
64. Mendonça EF, Carneiro LS, Silva JB, Silva CM, Palmeira GBLS. Complicações Bucais da Quimioterapia e Radioterapia no Tratamento do Câncer. *Rev ABO Nac*, 2005; 13(3):151-7.
65. Volpato LER, Silva TC, Oliveira TM, Sakai VT, Machado MAAM. Mucosite bucal rádio e quimioinduzida. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 2007; 4(73):562-8.
66. Walsh LJ. Clinical assesment and management on the oral environment in the oncology patient. *Aust Dent J*, 2010; (55):66-77.
67. Spezzia S. Mucosite oral. *J Oral Inv*, 2015; 4(1):14-8.
68. Pintado CH. A influência do tabaco na patologia periodontal. [Monografia]. Porto: Faculdade de Medicina Dentária – Universidade do Porto, 2010.
69. Cesar Neto JB, Rosa EF, Pannuti CM, Romito GA. Smoking and periodontal tissues: a review. *Braz Oral Res*, 2012; 26(Spec Iss 1):25-31.
70. Faddy MJ, Cullinan MP, Palmer JE, Westerman B, Seymour GJ. Ante-dependence modeling in a longitudinal study of periodontal disease: the effect of age, gender, and smoking status. *J. Periodontol*, 2000; 71(3):454-9.
71. Kubota M, Tanno-Nakanishi M, Yamada S, Okuda K, Ishihara K. Effect of smoking on subgingival microflora of patients with periodontitis in Japan. *BMC Oral Health*, 2011; 11(1):1-6.
72. Bernardes VS, Ferres MO, Lopes Júnior W. O tabagismo e as doenças periodontais. *FOL Fac Odontol Lins/Unimep*, 2013; 23(1):37-45.
73. Coretti L, Cuomo M, Florio E, Palumbo D, Keller S, Pero R, et al. Subgingival dysbiosis

in smoker and non-smoker patients with chronic periodontitis. *Molec Med Rep*, 2017; 15(4):2007-14.

74. Soder B, Nedlich U, Jin LJ. Longitudinal effect of non-surgical treatment and systemic metronidazole for 1 week in smokers and non-smokers with refractory periodontitis: a 5-year study. *J Periodontol*, 1999; 70(7):761-71.

75. Preshaw PM, Hefti AF, Bradshaw MH. Adjunctive subantimicrobial dose doxycycline in smokers and non-smokers with chronic periodontitis. *J Clin Periodontol*, 2005; 32(6):610-6.

76. Cho IW, Shin HS, Park JC. Studies on patient's perception and awareness of health insurance coverage for smoking cessation treatment in dentistry. *J Dent Rehab Appl Science*, 2015; 31(3):195-202.

77. Bukmir RP, Marija JG, Sonja PR. Influence of tobacco smoking on dental periapical condition in a sample of Croatian adults. *Wiener klinische Wochenschrift*, 2015; 128(7-8):260-5.

78. Dietrich T, Walter C, Oluwagbemigun K, Bergmann M, Pischon T, Pischon M, et al. Smoking, Smoking Cessation, and Risk of Tooth Loss The EPIC-Postdam Study. *J Dent Res*, 2015; 94(10):1369-75.

79. Leite R, Marinho A, Costa B, Laranjeira M, Araújo K, Cavalcanti A. A influência da associação de tabaco e álcool no câncer bucal: revisão de literatura. *J Bras Patol Med Lab*, 2021; 57: e2142021.

80. Macedo GA, Abrantes SF, Pereira CM. Câncer Bucal: Diagnóstico e Atuação do Cirurgião Dentista (Odontologia). *Repositório Institucional*, v. 2, n. 2, 2024.

81. Andrade MG, Siqueira NB, Melo DFC. Abordagem Multidisciplinar na Condução de um Grupo Antitabagismo. *Anais da IV Semana De Educação e Ciências da FAEC*, 2019. Disponível em: https://www.uece.br/eventos/secfaec/anais/trabalhos_completos/507-60715-10092019-224448.pdf Acessado em 12 de abril de 2024.

82. Capelario EFS, Silva FRA, Cunha GM, Caetano BRF, Oliveira FMD, Pedroza AP et al. Relação entre o desenvolvimento do câncer bucal e os gases e misturas químicas contidas nos cigarros eletrônicos: uma revisão de literatura. *Pes Soc Desenv*, 2022, 11: e42111132872.

83. Pereira RA., Keila Dias A, Markus WS. Tabagismo, Problema de Saúde Pública: conhecimento do profissional enfermeiro. *Rev Extensão*, 2019, 3(1): 93-102.

84. Cardoso LRD, Malbergier A. A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. *Estud Psicol*, 2014; 31(1):65-73.

85. Freitas CG, Santos RS, Carreiro DL, Coutinho LTM, Martins AMEBL, Coutinho WLM. Fatores associados à percepção de hábitos saudáveis entre adolescentes. *Adolesc Saúde*. 2014; 11(4):23-35.

86. Spezzia S. Alterações Periodontais na Adolescência. *Braz J Periodontol*, 2018; 24(1):43-47.

87. Daud SLM. A Influência do Tabagismo no Insucesso dos Tratamentos Odontológicos. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2003.