

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE – FANESE
NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA
FAMÍLIA**

RAQUEL PORTO BATALHA

**CONTROLE DO CÂNCER BUCAL E TABAGISMO:
Participação do Cirurgião-dentista**

Aracaju – SE
2010

RAQUEL PORTO BATALHA

**CONTROLE DO CÂNCER BUCAL E TABAGISMO:
Participação do Cirurgião-dentista**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Núcleo de Pós-
Graduação e Extensão da FANESE,
como requisito para obtenção do
título de Especialista em Gestão em
Saúde Pública e da Família**

Aracaju – SE
2010

RAQUEL PORTO BATALHA

**CONTROLE DO CÂNCER BUCAL E TABAGISMO:
Participação do Cirurgião-dentista**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe - FANESE, como requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública e da Família

Cristina de Jesus Reis de Araújo

Cristina de Jesus Reis de Araújo

Raquel Porto Batalha

Raquel Porto Batalha

Aprovada com média: _____

Aracaju (SE), 26 de Fevereiro de 2010

RESUMO

O tabagismo é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças e agravos não transmissíveis (DANT), que constituem a principal causa de óbitos e enfermidades no Brasil. Considerado grave problema de saúde pública, o tabagismo representa o principal fator de risco para as neoplasias bucais e doenças periodontais. O consumo do tabaco gera dependência física e/ou psicológica, causando descontrole sobre seu uso. Observa-se que o câncer é uma doença ainda prevalente na população, ocorrendo na cavidade bucal principalmente o carcinoma espinocelular, acometendo em sua maioria pacientes do sexo masculino. Apesar da fácil visualização ao exame clínico dos tumores em região de cabeça e pescoço, o diagnóstico geralmente ocorre em fases avançadas da doença, nos quais as chances de cura, melhoria na qualidade de vida e tempo de sobrevida são menores. O objetivo desse estudo é revisar aspectos importantes relacionados ao câncer bucal e ao tabagismo, orientando o cirurgião-dentista a uma maior participação nas atividades preventivo-educativas em saúde pública, estimulando a realização do autoexame para a detecção e diagnóstico precoce do câncer bucal bem como atuando em ações no controle do tabagismo.

Palavras-chave: câncer bucal. tabagismo. prevenção.

ABSTRACT

Smoking is a risk factor for major diseases and noncommunicable diseases (DANT), which are the main cause of death and disease in Brazil. Considered a serious public health problem, smoking is the main factor of risk for oral cancer and periodontal disease. Tobacco use is addictive physically or psychologically, causing uncontrolled on their use. It is observed that cancer is a disease still prevalent in the population, occurring mainly in the oral squamous cell carcinoma, affecting mostly males. Despite the easy viewing clinical examination of the tumors in the head and neck, diagnosis usually occurs in advanced stages of disease, in which the chances of cure, improved quality of life and survival are lower. The aim of this study is to review important aspects related to oral cancer and smoking, advising the dentist to greater participation in preventive and educational activities in public health, stimulating the creation of self-examination for the detection and early diagnosis of oral cancer and acting on actions in tobacco control.

Keywords: oral cancer. smoking. prevention.

LISTA DE TABELA

TABELA 1 - Sobrevida em Relação ao Estadiamento.....	11
---	-----------

LISTA DE SIGLAS

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional de Câncer

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE SIGLAS	
1 INTRODUÇÃO	02
2 ASPECTOS GERAIS SOBRE CÂNCER	04
3 ASPECTOS RELACIONADOS AO CÂNCER BUCAL	05
3.1 Sexo e Idade	05
3.2 Sítios Anatômicos	06
3.3 Raça, Genética e Dados Sociais	07
3.4 Fatores de Risco	07
4 LESÕES CANCERIZÁVEIS	09
5 CÂNCER BUCAL	10
5.1 Diagnóstico do Câncer de boca - Detecção precoce	11
6 TABAGISMO	14
6.1 Controle do Tabagismo	16
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

Importante causa de doença e morte no Brasil, desde 2003 as neoplasias malignas constituem-se na segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2007 no Sistema de Informações sobre Mortalidade. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima-se para 2010 o número de 14.120 novos casos de câncer bucal, representando 2,9% de todas as neoplasias, sendo 10.330 casos em homens (4,4% do total) e 3.790 (1,5%) em mulheres. Em 2007, foram observados 6.064 óbitos causados por esse tipo de câncer, sendo 4.814 homens e 1.250 mulheres.

Apesar da fácil visualização ao exame clínico dos tumores em região de cabeça e pescoço, o diagnóstico geralmente ocorre em fases avançadas da doença, sendo o prognóstico desfavorável em relação aos casos precocemente diagnosticados, nos quais as chances de cura, melhoria na qualidade de vida e tempo de sobrevida são maiores ^{17,18}.

Sendo a odontologia uma especialidade dentre as profissões de saúde responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças da cavidade bucal, o cirurgião-dentista mostra-se como peça de fundamental importância na prevenção de câncer bucal, ao entrar em contato com o paciente muitas vezes antes dos sintomas, atuando na detecção, diagnóstico, tratamento e controle de lesões benignas, lesões cancerizáveis, malignas assintomáticas e sintomáticas e ainda na orientação sistemática das formas de prevenção, guiando seus pacientes sobre auto-exame bucal, fatores de risco e medidas de higiene e preservação da saúde ¹⁵.

Dentre os fatores de risco, destaca-se o fumo, exercendo efeitos deletérios na cavidade bucal, considerado o maior fator de risco não somente ao câncer bucal, assim como para as doenças periodontais. Devido ao fato de que a maioria dos fumantes são estimulados ao abandono do tabagismo motivados por campanhas de educação em saúde, observa-se a necessidade da participação ativa dos profissionais de saúde, especialmente os cirurgiões dentistas, no incentivo à cessação do fumo.

É extremamente relevante o reforço à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal, destacando-se o controle do tabagismo, visto que estes estão entre os mais importantes desafios, científicos e de saúde pública, da nossa época. Para mudar a realidade e controlar o câncer, a informação é essencial.

O objetivo desse estudo é revisar aspectos importantes relacionados ao câncer bucal e ao tabagismo, orientando o cirurgião-dentista a uma maior participação nas atividades preventivo-educativas em saúde pública.

2 ASPECTOS GERAIS SOBRE CÂNCER

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer ¹¹, Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Agressivas e incontroláveis, estas células tendem a se dividir rapidamente, determinando a formação de neoplasias malignas, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo.

As causas de câncer são variadas, podendo ser externas, quando são relativas ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade, ou ainda internas ao organismo, ligadas à sua capacidade de se defender das agressões externas, e são, de modo geral, geneticamente pré-determinadas. Normalmente estão inter-relacionadas e os tumores podem ter início em diferentes tipos de células. Quando se iniciam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas, se em tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas ¹¹.

A maioria dos casos de câncer (80%) está relacionada ao meio ambiente, no qual encontramos um grande número de fatores de risco, denominados cancerígenos ou carcinógenos, que alteram a estrutura genética das células. Ambiente refere-se ao meio em geral (água, terra e ar), ao ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), ao ambiente de consumo (alimentos, medicamentos), ao ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida) ¹¹.

3 ASPECTOS RELACIONADOS AO CÂNCER BUCAL

Os estudos epidemiológicos no Brasil sobre câncer bucal se acentuaram a partir de 1980, na mesma época em que foi incluída nos currículos de odontologia e também quando seu avanço e suas conseqüências preocuparam a saúde pública em geral. Dessa forma, passou-se a correlacionar as incidências do câncer bucal com o sexo, idade, raça, regiões anatômicas comprometidas, fatores predisponentes e principalmente a dar ênfase a uma perspectiva preventiva ¹³.

3.1 Sexo e Idade

As principais causas de mortalidade entre idosos brasileiros são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório ¹⁹.

O câncer é mais freqüente nesses indivíduos devido ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, como também pela maior suscetibilidade das células à transformação maligna induzida pelo envelhecimento, pois o fator tempo predispõe a alterações bioquímicas e metabólicas ^{8,15}.

Uma mudança no padrão de crescimento da população brasileira aponta o aumento da expectativa de vida, e com essa maior longevidade, acumulam-se as doenças prevalentes no idoso, como as doenças crônico-degenerativas, entre elas a diabetes e o câncer. Os costumes e hábitos deletérios são cada vez consumidos mais precocemente pela população, especialmente o álcool e o fumo ^{13,15}. Decorrente dessa exposição durante longos períodos a agentes carcinogênicos, adultos jovens e idosos apresentam maior incidência de câncer bucal

prematuramente, contribuindo para um aumento da morbidade e mortalidade dessa doença.

Tanto o carcinoma espinocelular, que corresponde a 95% das neoplasias da cavidade bucal, quanto às lesões cancerizáveis ocorrem principalmente em indivíduos de meia idade ou idosos, tendo prevalência na faixa etária de 40 a 60 anos. No Brasil, mais de 70% dos casos diagnosticados encontram-se acima dos 50 anos. O câncer bucal classifica-se como o sexto tipo de câncer mais freqüente no sexo masculino e oitavo no sexo feminino, sendo que 70% dos casos da doença ocorrem no sexo masculino ^{12,13,15,21}.

A proporção do número de casos de câncer bucal entre homens e mulheres tem se modificado nas últimas décadas. Com o aumento do hábito de fumar entre as mulheres, tem sido observado um aumento do número de casos da doença entre estas. Apenas no fim da década de 60 esse hábito se difundiu no Brasil, enquanto nos Estados Unidos já se observava desde a década de 50 ¹⁵. Caso não haja redução no consumo do cigarro nos próximos anos, essa relação tenderá a se tornar cada vez mais equivalente, com um número maior de mulheres tabagistas.

3.2 Sítios Anatômicos

A localização mais freqüente do câncer bucal é na língua e no assoalho bucal ^{2,14}. As áreas mais afetadas são a língua e o lábio inferior, e em decrescente proporção, assoalho bucal, gengiva, região retromolar, palato mole, mucosa jugal e palato duro. Na língua, a região mais afetada é a borda lateral, próxima à região posterior. O câncer em lábio inferior já se destacou como localização mais freqüente, porém sofreu uma queda de incidência nos últimos anos, causada pelo controle de exposição solar, revelando a importância da educação em saúde na prevenção da doença ¹⁵.

3.3 Raça, Genética e Dados Sociais

No Brasil, verifica-se a prevalência de câncer bucal em indivíduos da raça branca, no entanto, houve um aumento na ocorrência da doença em negros americanos, de acordo com dados recentes. Com relação ao fator genético, apesar de exercer um importante papel na oncogênese, são raros os casos de cânceres que se desenvolvem exclusivamente devido a fatores hereditários.

Indivíduos com baixo poder aquisitivo e baixo nível de escolaridade geralmente apresentam maior prevalência de neoplasias bucais. Este fato deve-se provavelmente à falta de condições para realização de cuidados dentários e à falta de acesso à informação e educação em saúde, demonstrando seu papel relevante na prevenção das doenças da cavidade bucal ^{2,14,15}.

3.4 Fatores de Risco

O termo risco é usado para definir a chance de uma pessoa sadia, exposta a determinados fatores, ambientais ou hereditários, adquirir uma doença. Os fatores associados ao aumento do risco de se desenvolver uma doença são os fatores de risco, entretanto, os responsáveis pela capacidade de o organismo se proteger contra determinada doença, são fatores de proteção ¹¹.

O mesmo fator pode ser de risco para várias doenças, como por exemplo, o tabagismo, que é fator de risco para diversos cânceres e doenças cardiovasculares e respiratórias, ou ainda, vários fatores de risco podem estar envolvidos na origem de uma mesma doença. A multicausalidade é freqüente na carcinogênese. A associação entre álcool, tabaco e residência na zona rural e o câncer de esôfago, e entre álcool, tabaco, chimarrão, churrasco e o cozimento de alimentos em fogão a lenha e o câncer da cavidade bucal representam esse fato. A

interação entre os fatores de risco e os de proteção pode resultar, ou não, na redução da probabilidade de desenvolvimento da doença. Nestas associações, os fatores de proteção determinados foram, respectivamente, o consumo de frutas cítricas e vegetais ricos em caroteno ¹¹.

Nas doenças crônicas, as primeiras manifestações podem surgir após muitos anos de exposição única (radiações ionizantes, por exemplo) ou contínua (radiação solar ou tabagismo, por exemplo) aos fatores de risco. Por isso, é importante considerar o conceito de período de latência, isto é, o tempo decorrido entre a exposição ao fator de risco e o surgimento da doença ¹¹.

O surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer. Por exemplo, o risco de uma pessoa desenvolver câncer de pulmão é diretamente proporcional ao número de cigarros fumados por dia e ao número de anos que ela vem fumando ⁵.

O sistema imunológico também pode ser fator contribuinte no aparecimento do câncer, visto que pode ocorrer uma diminuição de sua eficácia com o passar dos anos. Também se verifica em pacientes imunodeprimidos maior incidência de neoplasias bucais, como por exemplo, em pacientes aidéticos jovens, no entanto, este fator ainda não foi bem esclarecido ^{2,15}.

O fumo, principalmente o encontrado no cachimbo e no charuto, representa o principal fator de risco para as neoplasias bucais. Destaca-se que, dos pacientes portadores de câncer de boca, 80% são fumantes ¹⁴. As evidências estatísticas demonstram a influência do tabaco e sua associação com o consumo de álcool na incidência de neoplasias bucais. Estudos revelam que, ao fumar um maço de cigarros por dia, durante 10 anos, desenvolve-se um risco 15 vezes maior de apresentar câncer bucal. Associado ao consumo de bebidas alcoólicas, esse índice aumenta 25 vezes ^{2,15,17}.

4 LESÕES CANCERIZÁVEIS

A Organização Mundial de Saúde define as lesões cancerizáveis como “tecidos morfollogicamente alterados na qual é mais provável a ocorrência de câncer do que no tecido clinicamente normal”. Na prevenção do câncer bucal, é de extrema importância a participação do cirurgião-dentista atuando na prevenção e diagnóstico das lesões cancerizáveis, orientando e estimulando a remoção ou eliminação dos fatores de risco que atuam sobre essas lesões ¹³.

Leucoplasia, queilite actínica, eritroplasia e líquen plano são as lesões cancerizáveis mais frequentes, estando diretamente associadas a fatores determinantes de risco, principalmente o consumo de tabaco, álcool e exposição prolongada aos raios ultravioletas. Deve ocorrer a remoção total das lesões sempre que possível, como também dos fatores irritantes associados ^{12,15,21}.

5 CÂNCER BUCAL

A cavidade bucal compreende as regiões anatômicas dos lábios, 2/3 anteriores da língua, mucosa jugal, assoalho bucal, gengivas superiores e inferiores, área retromolar e palato duro ¹¹.

A maior parte dos tumores malignos da cavidade bucal é constituída pelo carcinoma epidermóide ou espinocelular, que se classifica em: bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pouco diferenciado. Outros tipos de tumores podem ocorrer na cavidade oral, embora apresentem menor incidência, como os tumores salivares (das glândulas salivares menores e da sublingual), os sarcomas (os de origem vascular, os musculares e os ósseos) e o melanoma de mucosa ¹².

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID, 10ª revisão, preconizada pela Organização Mundial de Saúde – OMS, as formas de câncer bucal correspondem às numerações de acordo com a sua localização: C-00 (lábio), C-01 (base lingual), C-02 (outras regiões da língua), C-03 (gengiva), C-04 (assoalho da boca), C-05 (palato) e C-06 (outras partes da boca) ¹⁴.

Todas as áreas apresentam drenagem linfática para a região cervical, sendo a primeira estação de drenagem relativa aos linfonodos júbulo-digástricos, júbulo-omo-hioideos, submandibulares e submentonianos (ou seja, níveis I, II e III). Linfonodos da segunda zona de drenagem são os parotídeos, os jugulares e os cervicais posteriores (superiores e inferiores) ¹¹.

O prognóstico de pacientes com câncer de cavidade oral depende da área da cavidade oral comprometida e do estadiamento do sistema TNM (Classificação de Tumores Malignos). As lesões situadas nas porções mais anteriores e as lesões iniciais (I-II) têm um prognóstico melhor em comparação com as lesões avançadas (III - IV) ¹⁷ (Tabela 1).

TABELA 1 - Sobrevida em Relação ao Estadiamento

Sítio primário	Sobrevida em cinco anos Percentual / Estádio			
	I	II	III	IV
Língua oral	35-85	26-77	10-50	0-26
Assoalho da boca	58-75	40-64	21-43	0-15
Rebordo gengival	73	41	17	0-10
Mucosa jugal	77-83	44-65	20-27	0-18
Área retromolar	70	57,8	46,5	0-10
Palato duro	60-80	40-60	20-40	0-30

Fonte: INCA (2010)

Devido ao menor percentual de sobrevida quanto mais tarde o diagnóstico da lesão cancerosa, é de extrema importância o diagnóstico precoce. Com a identificação tardia do câncer, em estágios de estadiamento mais avançados, geralmente ocorre a associação de técnicas terapêuticas mais agressivas, gerando maior morbi-mortalidade ao paciente e reduzindo sua expectativa de vida ^{17,18}. Há a necessidade de o profissional de saúde estar preparado para encontrar anormalidades e alterações na cavidade bucal de seus pacientes, bem como orientá-los a se autoconhecer, realizando periodicamente o autoexame bucal.

5.1 Diagnóstico do Câncer de boca - Detecção precoce

O câncer bucal apresenta o desenvolvimento de curso clínico lento, geralmente decorrendo vários anos até que a lesão se torne sintomática. Sem a presença de dor ou incômodo, o paciente normalmente não procura o profissional de saúde, mesmo havendo percebido alguma alteração na cavidade bucal, adiando várias vezes, a consulta com o clínico. Muitas vezes, o paciente inclusive já se consultou com alguns profissionais, sem sucesso no diagnóstico e conduta clínica.

Portanto, é de extrema importância o exame clínico minucioso de toda a cavidade bucal e orofaringe, mesmo em pacientes assintomáticos, para um correto diagnóstico precoce ¹⁵.

O cirurgião-dentista contemporâneo deve compreender as áreas da prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças da cavidade bucal e do complexo maxilomandibular, permanecendo atento à saúde bucal e geral de seus pacientes, estando capacitado a preservar e incentivar a saúde bucal e somática, como também diagnosticar e correlacionar as patologias locais e gerais. Dessa forma, deve levar em conta as relações sociais, econômicas e éticas, participando coletivamente, esclarecendo e divulgando os aspectos preventivos das doenças ¹³.

Além de se apresentar inicialmente indolor, a tumoração pode aparecer clinicamente no formato de pequena úlcera ou nódulo, placas brancas ou vermelhas na mucosa, que podem ser percebidas pelo paciente acidentalmente. Em lesões avançadas, as características clínicas são as mais diversas, sendo que as mais comuns são as variações de úlceras. Um carcinoma invasivo apresenta suas bordas freqüentemente infiltradas e elevadas e seu leito central observa-se endurecido e infiltrado ^{15,21}.

O autoexame da boca deve ser feito regularmente, diante do espelho, em um local bem iluminado, verificando-se lábios, língua (principalmente as bordas), assoalho bucal, gengivas, mucosa jugal, palato e amígdalas. Deve-se observar se não há anormalidades como mudança de coloração, áreas irritadas sob próteses bucais, feridas que não cicatrizam em uma semana, dentes fraturados ou com mobilidade, caroços ou endurecimento. Mesmo sem encontrar nenhuma alteração, visitas periódicas ao dentista são importantes e devem ser mantidas e estimuladas ⁸.

A palpação das cadeias linfonodais do pescoço deve ser um procedimento rotineiro do exame clínico. Muitas vezes um nódulo cervical aparece no estágio prematuro da doença, e na sua fase metastática, o gânglio se apresenta aumentado de volume, de consistência endurecida à palpação, com superfícies irregulares, indolor e pode estar fixo às estruturas adjacentes. Com o aumento

nodular e a instalação do processo inflamatório, o gânglio pode tornar-se menos consistente e dolorido à palpação ²¹.

6 TABAGISMO

O tabagismo é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças e agravos não transmissíveis (DANT), que constituem a principal causa de óbitos e enfermidades no Brasil. A proporção de mortes por DANT cresceu mais de três vezes no país entre 1930 a 1990, sendo que somente em 2004 as DANT foram responsáveis por aproximadamente 63% da mortalidade relacionadas a causas conhecidas ¹⁶.

Aproximadamente 4720 substâncias químicas estão presentes na fumaça do cigarro, tóxicas e de grande potencial carcinogênico, trazendo consequências danosas ao organismo humano. Dentre as quais as mais importantes são o monóxido de carbono, a nicotina e o alcatrão. O monóxido de carbono tem grande afinidade pela hemoglobina, ligando-se a esta e impedindo o transporte adequado de oxigênio. Dessa forma, diminui a quantidade de oxigênio que chega aos tecidos, causando diminuição da atividade cerebral e doença coronariana e arterosclerose. Substância responsável pela dependência do tabaco, a nicotina é vasoconstritora, age dificultando a circulação sanguínea podendo causar ou agravar a hipertensão arterial, assim como doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e osteoporose. Estão também associadas à nicotina doenças como bronquite crônica, enfisema pulmonar, úlcera gástrica e eventos tais como menopausa precoce, aborto espontâneo, recém-nascidos com baixo peso entre outros. O alcatrão tem na sua participação várias substâncias químicas, causando o surgimento de vários tipos de neoplasia ⁷.

A dependência química causada pela nicotina decorre da necessidade física e/ou psicológica da mesma, ocorrendo descontrole sobre seu uso, fazendo com que, mesmo que o fumante tenha consciência sobre os malefícios à sua saúde causados pelo tabaco e deseje cessar o vício, continue fumando. Hábitos e condicionamentos associados ao ato de fumar muitas vezes se tornam verdadeiros obstáculos para que se consiga largar o cigarro, assim como a síndrome de

abstinência apresentada por algumas pessoas nos primeiros dias após parar de fumar. A “fissura” é um dos sintomas mais comuns apresentados nesses primeiros dias sem o cigarro, porém diminui até desaparecer em cerca de duas semanas. É importante a orientação ao paciente que essa sensação cessa em alguns segundos, sendo necessário desviar a atenção para outro assunto, esquecendo o desejo de fumar ⁷.

Alguns outros sintomas podem se fazer presentes, como a tensão emocional e desconfortos físicos, como sensações de formigamento, tontura, dificuldade de concentração, tosse, dor de cabeça, irritabilidade, agitação, sonolência, distúrbios no estômago e intestino, aumento do apetite e insônia. Contudo, esses são sinais do restabelecimento da saúde do organismo, melhoria da circulação, aumento do aporte de oxigênio no cérebro, retorno da motilidade dos cílios brônquicos entre outros ⁷.

A iniciação ao tabagismo geralmente acontece na infância ou na adolescência, dentro da própria casa, ao acender um cigarro para familiares. Quanto mais precoce esse primeiro contato, maior a possibilidade de desenvolvimento de doenças e transtornos psíquicos na vida adulta ¹. Muitas vezes, começam a fumar sem conhecimento dos riscos oferecidos à saúde pelo cigarro, nem da capacidade de causar dependência da nicotina, ficando presos ao vício, sem sucesso de abandono do mesmo ¹⁰.

De acordo com a idade, os tabagistas apresentam características diferentes, os com idade superior a cinquenta anos possuem maior dependência da nicotina, consomem maior número de cigarros, fumam há mais tempo, têm mais problemas de saúde relacionados ao cigarro e sentem mais dificuldade em parar de fumar. Contudo, o abandono do cigarro em qualquer idade reduz o risco de morte e melhora a condição geral de saúde ¹⁹.

Pesquisa realizada pela Academia Nacional de Ciência dos Estados Unidos observou que o cigarro deixa no ar uma nicotina residual, que dura meses impregnada em paredes, móveis e utensílios. Portanto, fumante passivo não é só

aquele que está do lado de quem fuma, é também aquele que passou por todo local onde alguém tenha fumado um cigarro ⁵.

Cerca de 24,6 milhões de brasileiros de 15 anos ou mais são fumantes, segundo pesquisa realizada no final de 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A pesquisa foi realizada em parceria com o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer (Inca) e demonstrou que 17,2% dos adultos, no país, fumam, sendo a maioria do sexo masculino, com idade entre 45 e 64 anos, baixa escolaridade e moradores do Sul ou de áreas rurais. Os dados encontrados revelam que a maioria dos fumantes conhece os malefícios do cigarro (93%) e mais da metade (52,1%) pretende parar de fumar. Aproximadamente 65% dos fumantes foram estimulados a largar o tabagismo devido a campanhas educativas, como as imagens nos rótulos dos maços. Grande parte dos entrevistados começou a fumar na adolescência e fuma o primeiro cigarro logo ao acordar ⁴.

6.1 Controle do Tabagismo

Definir e implementar estratégias efetivas para a prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) é um dos principais desafios dos países em desenvolvimento. Predominantes nas estatísticas de saúde, esses agravos representam gastos em tratamento ambulatorial, internações hospitalares e reabilitação pelo Sistema Único de Saúde. No Brasil, as doenças cardiovasculares, o câncer, as causas externas e o diabetes representam 55,2% do total de causas de óbito. Decorrente desse fato, o Ministério da Saúde ¹⁰ vem desenvolvendo várias ações programáticas, que têm por objetivo prevenir e controlar as DANT. Entre elas encontra-se o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), que possui como objetivo promover a cessação do tabagismo, motivando fumantes a deixarem de fumar e aumentando o acesso dos mesmos aos métodos eficazes para tratamento da dependência da nicotina ^{6,9}.

Intervenções para o controle do tabagismo têm sido desenvolvidas no Brasil desde 1985. A partir de 1996, a legislação restringiu o consumo do tabaco em ambientes fechados como teatros, escolas, escritórios de governo e nos transportes públicos; quatro anos depois, o governo vetou a divulgação de campanhas publicitárias sobre o cigarro; em 2002, iniciou-se o uso de advertências em embalagens de cigarros e campanhas educativas nos meios de comunicação, constituindo ação de extrema importância no Programa Nacional de Controle do Tabagismo brasileiro ^{6,16}.

Os diversos tipos de profissionais de saúde como médicos, psicólogos, enfermeiros e dentistas parecem ser igualmente eficientes na administração de tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo, atuando em intervenções psicossociais de diferentes intensidades. De acordo com o fato que a grande maioria dos fumantes não consegue abandonar o vício sem nenhum apoio, incluindo ajuda profissional, através de uma abordagem cognitiva-comportamental, aconselhamento em grupo, reposição de nicotina e uso de medicamentos, dá-se a necessidade da participação dos profissionais de saúde, de forma geral, integrarem-se tanto nas campanhas anti-tabagistas como também na abordagem e tratamento do tabagismo ²⁰.

Na rede pública, no Sistema de Saúde Pública (SUS), essa abordagem é realizada demonstrando métodos para o abandono do tabagismo, como também para o tratamento da dependência da nicotina, que causa sintomas de abstinência durante os primeiros dias após a cessação do fumo, aparecendo sensações desagradáveis no paciente. Diante desse fato, ocorre a necessidade do aconselhamento e motivação pelo profissional de saúde, para a conquista do abandono do cigarro ²².

Nos últimos 19 anos, o Brasil reduziu em 47% o número de fumantes, segundo um estudo comparativo feito pelo Instituto Nacional de Câncer ³ a partir de dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). A meta estipulada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) de redução do consumo de tabaco é de

2% ao ano, resultado ultrapassado em dez pontos percentuais pelo Brasil. Em 1989, o país tinha 32,4% de fumantes na população com idade a partir de 15 anos, reduzindo, no ano passado, para 17,2%. A maior queda ocorreu entre os mais jovens, nas faixas etárias de 15 a 24 anos e de 25 a 44, sendo observada uma redução de 53,8% no percentual de fumantes no período. Verifica-se assim a importância da prevenção, visto que não havendo publicidade do cigarro e com o aumento de campanhas informativas, o público jovem não começa a fumar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que o câncer é uma doença ainda prevalente na população, ocorrendo na cavidade bucal principalmente o carcinoma espinocelular, acometendo em sua maioria pacientes do sexo masculino e estando associado a fatores de risco evitáveis como o tabagismo. Agente causador e agravante do câncer bucal e de doenças periodontais, o fumo gera dependência física e/ou psicológica, causando descontrole sobre seu uso. A identificação tardia do câncer gera maior morbimortalidade ao paciente, diminuindo sua expectativa e qualidade de vida. Diante desses fatos, o cirurgião dentista deve atuar junto às equipes multidisciplinares, integrando a equipe de saúde bucal aos programas de controle do tabagismo e outras ações de proteção e prevenção do câncer, incluindo ações individuais e coletivas educativas, para promover a saúde integral dos pacientes e, por conseguinte, uma melhoria na saúde da população.

REFERÊNCIAS

- 1 BORGES, Márcia Terezinha Trotta; SIMOES-BARBOSA, Regina Helena. Cigarro "companheiro": o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 15 fev. 2010.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – n 17**. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Atualidades em Tabagismo. Brasil: total de fumantes cai 47% em 19 anos, indica estudo**. 10/12/2009. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo>>. Acesso em: 17 fev. 2010.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Atualidades em Tabagismo. Juiz de Fora: Ambulatório antitabagismo recebe inscrições para novos grupos**. 06/01/2010. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo>>. Acesso em: 17 fev. 2010.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Atualidades em Tabagismo. Fumaça de cigarro é mais prejudicial do que se sabia**. 09/02/2010. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo>>. Acesso em: 23 fev. 2010.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**. 2004. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo>>. Acesso em: 23 fev. 2010.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev. **Deixando de Fumar sem Mistérios**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/INCA, 2005.
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Revista Rede Câncer**. N 10. Fev/2010. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/revistaredecancer/revista_rede_cancer_10/index.asp> Acesso: em 22 fev. 2010.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças**

e **Agravos não Transmissíveis**. 2004. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/fatores_de_risco.html>. Acesso em: 17 fev. 2010.

10 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Os Argumentos dos Opositores do Controle do Tabagismo: Sugestões de Respostas às Questões mais Frequentes**. Organização Pan-Americana de Saúde. 2003.

11 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **O que é o câncer**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br>>. Acesso em: 17 fev. 2010.

12 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Falando sobre o Câncer de Boca**. Rio de Janeiro, INCA, 2002.

13 CERRI, Artur; SOARES, Haroldo Arid; CERRI, Rodrigo Alarcon. **Conduas Atuais no Tratamento das Lesões Cancerizáveis da Mucosa Bucal. Atualização Clínica em Odontologia**. São Paulo, Vol. 2, Cap. 11, Artes Médicas, 2006.

14 DIAS, Aldo Angelim; RÊGO, Delane Maria; LIMA, Danilo Lopes Ferreira; DALCICO, Roberta. **Políticas Públicas e Epidemiologia do Câncer de Boca. Saúde Bucal Coletiva – Metodologia de Trabalho e Práticas**. São Paulo, Livraria Santos Editora, 2006.

15 DIB, Luciano Lauria. **O papel do cirurgião-dentista no contexto de oncologia. Odontogeriatría – Noções de Interesse Clínico**. São Paulo, Artes Médicas, 2002.

16 IGLESIAS, Roberto; JHA, Prabhat; PINTO, Márcia; COSTA E SILVA, Vera Lúcia da; GODINHO, Joana. **Controle do Tabagismo no Brasil. Documento de Discussão – Saúde, Nutrição e População (HNP)**. 2007.

17 MARQUES, Marisa Alvarez Corazza; DIB, Luciano Lauria. **Tratamento periodontal no paciente oncológico. Atualização Clínica em Odontologia**. São Paulo, Vol. 4, Cap. 32, Artes Médicas, 2006.

18 OLIVEIRA, Joaquim Augusto Piras de; DIB, Luciano Lauria; SOARES, Ana Laura. **Atuação Odontológica em Pacientes Oncológicos. Atualização Clínica em Odontologia**. Vol. 2. Cap. 12. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

19 PEIXOTO, Sérgio Viana; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. **Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas**

comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, set. 2006. Disponível: em <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 15 fev. 2010.

20 PRESMAN, Sabrina; CARNEIRO, Elizabeth; GIGLIOTTI, Analice. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Revista de psiquiatria clínica**. São Paulo, vol.32, nº 5, Set./Out. 2005.

21 PUCCA JÚNIOR, Gilberto Alfredo. Saúde Bucal do Idoso: Aspectos Sociais e Preventivos. **Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo, Editora Atheneu, 2002.

22 TAGAWA, Priscila Torres; QUELUZ, Dagmar de Paula. O tabagismo e o cirurgião-dentista. **Revista Uningá**, Maringá – PR, n. 19, p. 163-174, jan./mar. 2009.