

**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**MARÍLIA SILVA CUNHA**

**AS CONSEQUÊNCIAS DO USO DO TABACO NO PERIODONTO: PROTOCOLO DE ABANDONO DESSE HÁBITO**

THE CONSEQUENCES OF THE USE OF TOBACCO IN THE PERIODONTO: PROTOCOL OF ABANDONMENT OF THAT HABIT

SALVADOR

2019.1

**MARÍLIA SILVA CUNHA**

**AS CONSEQUÊNCIAS DO USO DO TABACO NO PERIODONTO: PROTOCOLO DE ABANDONO DESSE HÁBITO**

THE CONSEQUENCES OF THE USE OF TOBACCO IN THE PERIODONTO: PROTOCOL OF ABANDONMENT OF THAT HABIT

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Profa. Msa. Roberta Catapano Naves.

SALVADOR

2019.1

**DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho os meus pais, Antônio Carlos e Neusa, aos quais eu sou muito grata pelo apoio e carinho dedicados a mim. À minha tia, Maria de Fátima, que foi a minha maior motivação na escolha do tema deste trabalho e no desenvolvimento do mesmo.*

**AGRADECIMENTOS**

À Deus, por seu dom indescritível, sem ele nada é possível.

Aos meus pais, pelo apoio e incentivo no decorrer desta caminhada.

Aos meus irmãos Maysa e Maurício, pela confiança transmitida.

Ao meu sobrinho e afilhado Miguel por ter me dado tanto amor.

A Jovercina por estar sempre presente em minha vida.

A minha orientadora, Prof. Ms Roberta Catapano Naves, pelos ensinamentos passados, pela amizade, compreensão e brilhante orientação.

A minhas amigas, Ava, Leila, Ludmila, Laiz e Bruna, pelo convívio de vários anos, pelas palavras carinhosas de incentivo e contribuição na correção deste trabalho.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, a todos os colegas, pacientes e professores.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

**SUMÁRIO**

[RESUMO](#_Toc9643677)

[ABSTRACT](#_Toc9643678)

[1 INTRODUÇÃO 7](#_Toc9643679)

[2 METODOLOGIA 9](#_Toc9643680)

[3 REVISÃO DA LITERATURA 10](#_Toc9643681)

[3.1 A INFLUÊNCIA DO TABACO NO PERIODONTO 11](#_Toc9643682)

[3.2 TRATAMENTO DA PERIODONTITE EM PACIENTES FUMANTES 12](#_Toc9643683)

[3.3 PAPEL DO CIRURGIÃO DENTISTA NA MUDANÇA DO HÁBITO 13](#_Toc9643684)

[3.4 PROTOCOLO DE ABANDONO DO TABACO 13](#_Toc9643685)

[4 DISCUSSÃO 18](#_Toc9643686)

[5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 21](#_Toc9643687)

[REFERÊNCIAS](#_Toc9643688)

[ANEXO 1 – TESTE DE FAGERSTRÖM](#_Toc9643689)

[ANEXO 2 - NORMAS DA REVISTA DE ODONTOLOGIA DA BAHIANA](#_Toc9643690)

# RESUMO

O consumo do tabaco é um hábito frequente em diversas populações. Considerado um problema de saúde pública, este pode acarretar diversas doenças. O tabagismo está na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa. Mata até a metade de seus usuários, porque os produtos do tabaco são feitos de materiais extremamente tóxicos. Esse hábito não é apenas a principal causa das doenças cardíacas e pulmonares, mas também um fator de risco para periodontite e outras doenças bucais. Tem um impacto significativo no nível do osso marginal podendo provocar perda óssea, consequêntemente, fumantes têm maior perda dentária do que não fumantes e por isso devem ser aconselhados a abandonar o tabaco. Sendo assim, os profissionais de Odontologia, são aptos para tratar os danos causados pelo tabaco aos tecidos de suporte periodontal e aptos a ajudar os pacientes na cessação do seu uso seguindo um protocolo que o auxilia nessa dificil tarefa de combater um vício tão prejudicial a sáude. O objetivo deste presente estudo é relacionar a influêcia do tabaco no periodonto, demonstrar seus danos e relatar um protocolo para os cirurgiões dentistas auxiliarem seus pacientes que fumam e desejam abandonar esse hábito. Nesta revisão de litertura foram utilizados bases de dados eletrônicas como PubMed, Lilacs, Bireme, Scielo e Google Acadêmico, com uma busca específica, foram encontrados mais de 100 artigos onde 41 artigos foram selecionados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tabaco; Doenças periodontais; Periodontite.

# ABSTRACT

Tobacco use is a common habit in many populations. Considered a public health problem, it can lead to several diseases. Smoking is in the tenth review of the International Classification of Diseases (ICD-10), in the group of mental and behavioral disorders resulting from the use of psychoactive substance. It kills up to half of its users, because tobacco products are made from extremely toxic materials. This habit is not only the main cause of heart and lung disease but also a risk factor for periodontitis and other oral diseases. It has a significant impact on the level of the marginal bone that can cause bone loss, consequently, smokers have more tooth loss than nonsmokers and therefore should be advised to quit smoking. Thus, dentistry professionals are able to treat the damage caused by tobacco to the tissues of periodontal support and able to help the patients in the cessation of their use following a protocol that assists in this difficult task of combating an addiction so harmful to health. The aim of this present study is to relate the influence of tobacco in the periodontium, to demonstrate its damages and to report a protocol for dental surgeons to assist their patients who smoke and wish to abandon this habit. In this literature review we used electronic databases such as PubMed, Lilacs, Bireme, Scielo and Google Scholar, with a specific search, we found more than 100 articles where 41 articles were selected.

**KEYWORDS:** Tobacco; Periodontal diseases; Periodontitis.

# 1. INTRODUÇÃO

O tabagismo está na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa1. Considerado um problema de saúde pública, este pode acarretar diversas doenças. Pessoas dependentes do consumo do tabaco dificilmente percebem o quão este é prejudicial à sua saúde. O tabagismo não é apenas a principal causa das doenças cardíacas e pulmonares, mas também um fator de risco para periodontite e outras doenças bucais3. Mata até a metade de seus usuários, porque os produtos de tabaco são feitos de materiais extremamente tóxicos2, e o seu consumo ainda é um hábito frequente em diversas populações.

No Brasil, em um estudo de caso controle foi verificado que os fumantes têm maior perda dentária do que não fumantes4, nos casos de implantes pode ocorrer falhas na osseointegração5, e por isso deveriam ser aconselhados a abandonar o tabaco4. Na última pesquisa nacional de saúde bucal no Brasil6, pôde-se observar a partir da análise da prevalência de cada condição isoladamente, que a prevalência de sangramento gengival e cálculo dentário aumenta com a idade, decrescendo nos idosos. Cerca de um quarto dos adolescentes de 12 anos de idade, um terço dos adolescentes de 15 a 19 anos, aproximadamente a metade dos adultos de 35 a 44 anos de idade e menos de um quinto dos idosos apresentaram sangramento gengival6.

Bahrami et al.7 mostraram que fumar é um fator com impacto significativo no nível do osso marginal e pode ser assumido como um verdadeiro fator de risco para a perda óssea marginal. A diminuição do número de neutrófilos no grupo de fumantes pode ser explicada pelo efeito tóxico do cigarro em celulas neutrofílicas, porque a fumaça contém compostos químicos tóxicos que podem causar a morte desses além de explicar um aumento da colonização bacteriana3.

Desta forma, o fumo pode ser um facilitador de infecções bucais, como periodontite3, calculo dentário, manchamento na superfície do dente e mudança no paladar2. Logo, pelo fato do fumo acelerar a progressão da doença periodontal, este é considerado um fator de risco para periodontite. Como o fumo é um problema de saúde pública e considerado como um fator de risco para algumas doenças assim como a periodontite, a cessação do hábito deve fazer parte do plano de tratamento odontológico.

Acredita-se que a atuação dos cirurgiões dentistas em equipes de saúde multidisciplinares, desenvolvendo atividades de promoção e educação em saúde proporcionará uma elevação dos níveis de saúde da população8. Sendo assim, os profissionais de Odontologia são aptos para ajudar os pacientes na cessação do tabaco e tratar os danos causados pelo mesmo aos tecidos de suporte periodontais utilizando abordagens baseadas em evidências científicas9, motivando-os a parar de fumar em prol da preservação da saúde e da qualidade de vida10. O objetivo deste presente estudo é relacionar a influência do tabaco no periodonto, demonstrar seus danos e relatar um protocolo para o seu abandono.

# 2. METODOLOGIA

  Nesta revisão de literatura foram utilizadas bases de dados eletrônicas como PubMed, Lilacs, Bireme, Scielo e Google Acadêmico. Com uma busca específica, foram encontrados mais de 100 artigos dentre os quais 41 artigos foram selecionados. Somam-se a esses, dados encontrados em livros de referência para a periodontia, como Lindhe11 e Carranza12. As buscas eletrônicas foram feitas com as palavras-chave: tabaco, doenças periodontais e periodontite. Após análise do material bibliográfico do período de 1999 a 2019, o conteúdo necessário foi ultilizado para a escrita da introdução, revisão de literatura e discussão.

# REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com Lindhe et al.13, o agente microbiano da doença periodontal, por si só não é suficiente para causar a patologia; ou seja, o desenvolvimento da doença pode depender de múltiplos e diferentes fatores adicionais, incluindo resposta específica do hospedeiro, exposições a substâncias tóxicas, deficiências nutricionais, estresse emocional e o complexo impacto das influências sociais. A epidemiologia da doença periodontal no Brasil de acordo com o Manual de Saúde Bucal do Brasil de 20106, mostrou que a alteração periodontal mais prevalente em todos os grupos etários (jovens, adultos e idosos) foi o cálculo, sendo o sextante inferior central o mais acometido. Nos sextantes posteriores, observou-se a presença de bolsas periodontais rasas e profundas tanto nos adolescentes quanto em adultos e idosos. Entre os adolescentes, 4,6% dos sextantes superiores esquerdos apresentaram bolsas rasas e profundas, enquanto 16,0% desses sextantes apresentaram essa condição nos adultos. Tais alterações foram identificadas em 18,9% desses sextantes nos idosos.

Embora a prevalência do tabagismo tenha diminuído em algumas partes do mundo, o consumo de tabaco continua a ser um problema persistente e, em alguns casos, crescente, continuando a ser um desafio para os odontólogos nas décadas futuras9. No mundo e no Brasil, o tabagismo vem se concentrando cada vez mais em populações de menor escolaridade e renda. Por serem dependentes da nicotina, muitos chefes de família gastam boa parte da renda familiar na compra de cigarros. A incapacitação causada pelas doenças relacionadas ao tabaco gera perda de produtividade e exclui muitos chefes de família do mercado de trabalho1.

A cada dia, 100.000 jovens começam a fumar e 80% deles vivem em países pobres. O tabagismo é considerado uma doença pediátrica, pois a idade média da iniciação é 15 anos. Essa prática mata 5 milhões de pessoas anualmente no mundo, 200 mil somente no Brasil1. Metade de seus usuários morrem porque os produtos de tabaco são feitos de materiais extremamente tóxicos. O fumo do tabaco contém mais de 7000 substâncias químicas, das quais pelo menos 250 são prejudiciais a saúde e 69 são conhecidas por causar câncer como a leucoplasia, carcinomas de boca e faringe2.

# A INFLUÊNCIA DO TABACO NO PERIODONTO

O aumento de dose e intensidade do consumo do tabaco pode ser um fator de risco para a piora da saúde periodontal3, que afeta a qualidade de vida geral e o bem-estar de um indivíduo14, além de aumentar a temperatura da cavidade oral para 42ºC, causando a desnaturação de proteínas na mucosa3. O tabagismo pode ter um efeito negativo na presença de neutrófilos na cavidade oral e isso pode encorajar o crescimento de bactérias patogênicas oportunistas para causar infecções bucais3. Esse hábito, pode alterar diversos mecanismos e estruturas, tais como: tecido ósseo, conjuntivo e epitelial, microbiota, sistema imunológico, microcirculação e saliva15 e, consequentemente, afetando a profundidade da bolsa periodontal, de forma a ocasionar a perda de inserção e a perda dentária15,4. A fumaça do cigarro também afeta a mucosa da boca, dificulta a cicatrização e diminui a eficiência do sistema imunológico, tornando o fumante mais frágil à bactérias, vírus e fungos, afetando diretamente as papilas gustativas, causando a diminuição do paladar e da sensibilidade16.

Em um estudo transversal com 120 participantes, mostrou que os fumantes tinham maior ocorrência de infecções orais e anormalidades (86,7%) do que os não fumantes (33,3 %), e tiveram uma colonização microbiana mais diversificada do que os não fumantes. Concluindo-se que fumar altera a quantidade de bactérias adquiridas, colonizadas na mucosa oral e favoráveis a patógenos periodontais17.

Há uma correlação entre o número de cigarros fumados e o risco de ter periodontite, sendo observado que indivíduos que fumam 9 ou menos cigarros por dia têm 6 vezes menos chance de desenvolver periodontite do que aqueles que fumam 31 ou mais cigarros por dia4. Os efeitos do fumo do tabaco são estimulantes da atividade e secreção de citocinas e enzimas inflamatórias destrutivas. Estes dois efeitos, desde a exposição ao fumo do tabaco, desequilibram os tecidos periodontais a uma maior tendência para a ruptura do tecido periodontal9.

Bahrami et al.7, em um estudo prospectivo longitudinal de 10 anos constatou que apenas 1% dos não-fumantes apresentaram nível ósseo marginal inicial reduzido l (≥ 4 mm) em oposição a 19% dos fumantes. A frequência de não-fumantes com nível ósseo marginal inicial normal foi de 60% e a frequência de fumantes na mesma categoria foi de 17%. Aproximadamente metade dos fumantes (48%) terminou no grupo nível ósseo marginal inicial reduzido (≥ 4 mm), enquanto apenas 8% dos não-fumantes estavam neste grupo.

# TRATAMENTO DA PERIODONTITE EM PACIENTES FUMANTES

Lindhe et al.18 preconizam que para cada paciente com diagnóstico de periodontite, uma estratégia para tratamento, incluindo a eliminação da infecção oportunista, deve ser elaborada e seguida. O tratamento deve ser iniciado com motivação e instrução de higiene oral seguida de controle e reinstrução. O próximo passo deve ser o debridamento das superfícies onde é feito uma raspagem e alisamento radicular com o objetivo de remover a placa bacteriana e o cálculo dental. Esse tratamento periodontal não cirúrgico pode ser executado usando instrumentos manuais (curetas), raspadores sônicos e ultra-sônicos dentre outros19.

Em um caso clinico de Gambin et al.20 observaram que por meio do processo de instrução e motivação do paciente periodontal foi possível perceber uma redução do uso do tabaco (70 cigarros/dia para 6 cigarros/ dia) e redução da incidência de biofilme oral visível, passando de 52,1% dos sítios com biofilme oral visível inicial para 16,3%.

Gambin et al.20 também concluiram que todos os pacientes que foram submetidos a tratamento não cirúrgico consistindo de motivação e instrução em higiene bucal e debridamento usando instrumentação manual sob anestesia local obtiveram índices de profundidade de sondagem, índice placa e sangramento significativamente reduzidos. Outros estudos concluíram que, com a raspagem e alisamento radicular associado a antibioticoterapia também obtem-se melhora na eficácia da terapia periodontal não cirúrgica21,22,23,24,25.

# PAPEL DO CIRURGIÃO DENTISTA NA MUDANÇA DO HÁBITO

O dentista tem uma oportunidade única e obrigação profissional de ser uma influência positiva na redução do encargo econômico e social causado pelo uso do tabaco na saúde dentária e geral. Utilizando abordagens não invasivas e baseadas em evidências, os profissionais de Odontologia são aptos para ajudar os pacientes a evitar a iniciação do tabaco, incentivar e auxiliar os pacientes na cessação do hábito e tratar os danos causados ​​pelo tabagismo aos tecidos de suporte periodontais9.

O aconselhamento por profissionais da saúde para pessoas que estão tentando abandonar o tabaco deve ser feito sem julgamentos, de forma empática e positiva, motivando os pacientes a parar de fumar em prol da preservação da saúde e da qualidade de vida10.

O tabagismo é um fator de deterioração da saúde periodontal que afeta a qualidade de vida geral e o bem-estar de um indivíduo. Por isso, é aconselhável que profissionais da area de saúde eduquem seus pacientes em termos de perigos potenciais de tabagismo para a saúde geral e oral. Além disso, a implementação de programas de cessação do tabagismo e prevenção pode ajudar a melhorar a saúde bucal e geral de um indivíduo14. Os cirurgiões dentistas devem atuar em equipes multidisciplinares e intersetoriais, desenvolvendo atividades de promoção e educação em saúde que contemplem simultaneamente a saúde integral de indivíduos e coletividades, proporcionando uma elevação dos níveis de saúde da população8.

# PROTOCOLO DE ABANDONO DO TABACO

Buscando auxiliar os pacientes fumantes a abandonar este hábito deletério, criou-se um protocolo de abandono do cigarro, visando minimizar os danos à saúde ocasionados pelo mesmo. Seguindo a Abordagem básica (PAAPA): perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar, o programa conhecido como “5 A’s”, que consiste em: perguntar, informar, avaliar, auxiliar, organizar e as propostas do Ministério da Saúde no programa Tabagismo. Criando-se assim um protocolo melhor e mais sucinto constituído em 13 passos.

1. Pergunte a quanto tempo o paciente fuma, quantas vezes por dia, se já tentou parar de fumar, caso tenha tentado porque não deu certo10,1.
2. Faça o teste de Fagerström para medir o grau de dependência à nicotina. Presente no (ANEXO 1)26.

- Todo paciente deve ter aferido o seu grau de dependência à nicotina, já que é essa dependência que dificulta o processo de abstinência, pois causa sintomas desconfortáveis nas pessoas que tentam parar de fumar, e aumenta as chances de as pessoas voltarem a fumar26.

1. Conscientizar o paciente sobre os riscos do tabaco para que ele deseje parar de fumar1.

- Fale sobre os riscos do cigarro à sua saúde e à de sua família. A

exposição passiva ao fumo torna os membros do seu agregado familiar mais susceptíveis a muitas doenças2.

- No âmbito odontológico, o cigarro traz diversos danos à saúde bucal, como a doença periodontal e câncer bucal3.

- Alteram a cor dos dentes e das resinas compostas com alterações cromáticas significantes27. O repolimento reduz a pigmentação superficial, mas este procedimento pode não retornar a cor da linha de base devido aos cigarros com elevado teor de alcatrão28. Ou seja, a pigmentação na superficie dentária pode ser permante.

1. Discorra sobre o custo do tabaco, pois o seu uso acarreta danos não apenas a sua saúde, mas também às finanças2.

- Estima-se que 5-15% do rendimento disponível de um fumante seja gasto com tabaco, o que poderia ser um enorme ônus econômico para ele e sua família2.

- No Brasil, um maço de cigarro custa de R$ 5,00 a R$12,00, pacientes que fumam 1 maço por dia chegam a gastar R$ 150,00 a R$ 360,00 por mês.

1. Comente sobre as consequências no âmbito social causadas pelo fumo do tabaco2.

- Afeta negativamente a interação social e os relacionamentos. Na maioria das culturas, as pessoas enxergam fumantes como pessoas distanciáveis2.

- O fumo apresenta grande susceptibilidade para a ocorrência de mau hálito, tornando o fumante uma pessoa indesejável no meio social2.

1. Aconselhe-o a buscar ajuda29.

- O atendimento psicológico contribui positivamente para este público alvo27.

- Estimule-o a participar de grupos antitabagismo nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família, uma vez que se mostra como fator de sucesso, como política de educação em saúde, significativa na prevenção do tabagismo30.

1. Fale sobre os métodos de parada10.

- O método de parada poderá ser de forma abrupta ou gradual. A forma gradual poderá ser por adiamento do primeiro cigarro da manhã ou redução da quantidade de cigarros fumados a cada dia. A forma abrupta é radical, cessando o uso do tabaco de uma vez10.

- Adiamento:

1º dia - Primeiro cigarro às 9 h;

2º dia - Primeiro cigarro às 11 h;

3º dia - Primeiro cigarro às 13 h;

4º dia - Primeiro cigarro às 15 h;

5º dia - Primeiro cigarro às 17 h;

6º dia - Primeiro cigarro às 19 h;

7º dia - Nenhum cigarro.

- Redução de cigarros fumados:

1º dia - 25 cigarros

2º dia - 20 cigarros

3º dia - 15 cigarros

4º dia - 10 cigarros

5º dia - 5 cigarros

6º dia – 0

1. Dê dicas para resistir ao desejo de fumar31.

- Ao sentir ansiedade, irritação, perda de concentração e cansaço: Respirar profundamente, mudar os afazeres do momento, pensar em situações prazerosas, evitar tomar café e ingerir bebidas alcoólicas31.

- Respirar fundo e contar até 6 e depois soltar o ar lentamente até esvaziar totalmente os pulmões31.

- Relaxamento muscular e mental: alongamentos, ouvir músicas que goste e que acalma31.

1. Oriente-o sobre os métodos farmacológicos10.

- A terapia de reposição da nicotina é uma opção disponível e pode ser prescrita por cirurgiões dentistas. Verificou-se que a utilização de medicamentos é ainda um dos métodos mais eficazes para a cessação do tabagismo30.

- Antidepressivo Bupropiona também pode ser utilizada para uma maior taxa de sucesso1.

1. Aconselhe-o a criar hábitos saudáveis31.

- É importante para reduzir a ansiedade

- Caminhar em um parque ou orla, correr, dançar, praticar algo que goste de fazer como por exemplo, jardinagem.

- Repensar na rotina para distração e evitar situações de stress.

1. Marque consultas de retorno e parabenize-o sempre para que se sinta motivado10.

- Motive-o.

- Fale sobre os benefícios e resultados alcançados10.

1. Recompense sempre seu esforço31.

- Guardar o dinheiro que gastaria com o cigarro

- A cada semana compre um presente com ele

- A recaída não é um fracasso. Dê a si mesmo quantas chances forem necessárias.

1. Oriente-o sobre o Disque Saúde 13632.

- Serviço de atendimento à população do Ministério da Saúde que fornece informações sobre várias doenças e orientações de como ter uma vida mais saudável.

- O usuário pode buscar orientações sobre como parar de fumar, encaminhamento para tratamento e legislação referente ao tabagismo e ao controle do tabaco.

Diante do exposto, é notório que existem diversas maneiras de abandono do uso do tabaco, porém, a principal é a colaboração do paciente, a motivação e conscientização deste, pois, na ausência destes fatores, quaisquer protocolos serão ineficazes.

# 4. DISCUSSÃO

O fumo é um problema de saúde pública mundial, pois se a atual tendência de consumo do tabaco se mantiver, em 2020, serão 10 milhões de mortes por ano e 70% delas acontecerão em países em desenvolvimento1. Por isso é importante a presença do Cirurgião Dentista nas equipes multidisciplinares para auxiliar os pacientes na cessaçao do hábito de fumar e a criação de novos protocolos para abandono do uso do tabaco. Já que esse vício causa danos em orgão vitais, assim como na cavidade oral e no periodonto.

Embora haja uma nova classificação periodontal publicada em 201833. Esta revisão de literatura foi feita baseada na classificação periodontal de 199934. Pois ainda não existe na literatura artigos sobre o tema abordado envolvendo a nova classificação periodontal. Convém chamar a atenção que a nova classificação, leva em consideração a quantidade de cigarros fumados por dia, sendo este um fator modificador da classificação da doença periodontal, mostrando a importância da sua influência na periodontite34.

Chaffre et al.9., Gambin et al.20 e Valente35, relataram que existem efeitos benéficos na cessação do tabaco nos tecidos periodontais, na progressão da doença periodontal e nos resultados da terapia periodontal, por meio do processo de instrução e motivação do paciente periodontal. Após terapia periodontal de suporte inicial, que consiste em raspagem e alisamento coronário e radicular, os parâmetros clínicos periodontais apresentam uma melhora considerável. Porém, nenhum tratamento e motivação é eficiente se não houver a colaboração do paciente. Além da melhora clínica, há relatos de um melhoramento no bem-estar, qualidade de vida, alimentação e saúde oral do paciente, acompanhado por uma crescente mudança nos hábitos. Alguns autores24,25,36 preconizam que a utilização de antibiótico como a Azitromicina em combinação com raspagem e alisamento coronário e radicular melhora a eficácia da terapia periodontal não cirúrgica na redução dos parâmetros clínicos, como na profundidade de sondagem e ganhos na perda de inserção clínica. Já outros autores21,22,23 afirmam que benefícios mais marcantes foram evidenciados nos indivíduos que ingeriram Metronidazol e Amoxicilina associada a raspagem e alisamento coronária e radicular. Logo, para que um tratamento periodontal em fumantes seja mais efetivo é importante que se faça em associação ao uso de antibióticos, já que nos fumantes existe uma deficiência do sistema imunológico causado pelas substâncias tóxicas do cigarro.

O Instituto Nacional do Cancêr (INCA) junto ao Ministério de Saúde e a Coordenação e Prevenção de Vigilância (CONPREV) desenvolveram um consenso sobre abordagem e tratamento do fumante onde há uma abordagem básica (PAAPA) que consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o paciente, na qual são discutidas em 5 passos37. Contudo Nunes et al.10, modificaram essa abordagem acrescentando mais 3 passos, além dos que já foram citados acima que consistem em: Ação, que fala dos métodos de parada; Medida de apoio para evitar a recaída; Recaída. A Organização Mundial de Saúde2 desenvolveu um guia um pouco mais diferente, direcionado aos pacientes com doenças bucais para deixarem de usar o tabaco, o qual é dividido em apenas 3 partes; I preparando o paciente para sair, que consiste em conscientizar o paciente sobre os malefícios e riscos do tabaco, recompensas ao parar de fumar, abordagem sobre os seus benefícios à saúde, sociais e econômicos; como melhorar sua confiança em deixar de fumar; II Planejamento e tentativas de abandono ao tabaco; III Recursos locais de apoio à cessação do tabaco. Carranza et al.38, também montaram um protocolo baseado em um programa conhecido como os ‘’5 A’s’’ sendo definido em português como: Pergunte; informe; avalie; auxilie e organize, que seria uma consulta de acompanhamento ou encaminhamento para um profissional qualificado. Ou simplesmente, pergunte, informe e encaminhe o paciente. Sendo então, criado um novo protocolo com 13 passos, já citados anteriormente, onde os passos são abordados de forma mais sucinta e completa se tornando mais prático para o cotidiano dos odontologos.

Para uma maior eficiência do abandono do habito também é importante a participação do paciente em grupos terapêuticos associados a utilização de adesivos de nicotina e antidepressivo Bupropriona. Paiva et al.30 relataram que em um grupo de tabagistas, dos indivíduos que fizeram uso de adesivos, 76% pararam de fumar. Dos que participaram apenas do grupo terapêutico, somente 16,7% pararam de fumar. Pawlina et al39 acharam dados diferentes em seu estudo e todos os participantes foram tratados da mesma maneira com terapia de substituição de nicotina, Bupropiona e TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental). Dentre os que completaram seis meses de tratamento, a taxa de sucesso do tratamento foi de 57,04%. Oliveira et al.40, concluíram que a associação da Terapia Cognitivo-Comportamental com o suporte farmacológico para enfrentar o período da abstinência aumenta a eficácia das intervenções. Da mesma forma, Baiotto et al.41 concluíram que a maioria dos tabagistas utiliza terapia medicamentosa em algum momento para tentar parar de fumar, mas poucos buscam apoio dos profissionais de saúde antes do programa. Com o PNCT (Programa Nacional de Controle do Tabagismo) muitos pacientes conseguem obter êxito na cessação do tabagismo e a maioria adere aos encontros de grupo, o que certamente está relacionado com o resultado positivo encontrado.

Diante da exposição desses protocolos e da discussão feita, foi elaborado outro protocolo o qual abrange o que há de melhor e mais eficaz na literatura, facilitando a abordagem do Cirurgião Dentista ao tratamento e aconselhamento do paciente fumante, visto que é de extrema importância a promoção de saúde pelas equipes multidisciplinares.

# 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela observação dos aspectos analisados, conclui-se que o tabagismo é prejudicial não só à saúde sistêmica como à saúde bucal, podendo ser um fator de risco para periodontite e outras doenças bucais e um acelerador da perda dentária. Sendo assim, o cirurgião dentista deve fazer parte de equipes multidisciplinares a fim de ajudar na cessação deste hábito, seguindo o protocolo, relatado anteriomente, que o auxilia nessa dificil tarefa de combater um vício tão prejudicial a sáude.

# REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Cancêr (INCA). Tabagismo: um grave problema de saúde pública. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). A guide for oral disease patients to quit tobacco use. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. Saleh GM, Najim SS, Hindal AS. Comparative study of oral bacterial composition and neutrophil count between smokers and non-smokers. World J Exp Biosci. 2016; 4(1): 20-4.
4. Barros LM, Gouvêa MG, Reis ISM, Bueris JC, Pereira LL, Silva RBV. Ocorrência de doença periodontal, cárie e perda dentária em tabagistas pacientes de uma clínica-escola de odontologia no sul do estado de Minas Gerais: estudo caso-controle. RFO UPF. 2016; 21(3): 414-19.
5. Miranda TAC, Oliveira PC, Egas LS, Ponzoni D, Naves RC. A influência do fumo na reabilitação com implantes osseointegrados: revisão de literatura. Rev. Odontol. Univ. Cid. 2018; abr/jun 30(2):169-76.
6. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais: Brasília: Editora MS; 2012.
7. Bahrami G, Vaeth M, Kirkevang LL, Wenzel A, Isidor F. The impact of smoking on marginal boné loss in a10-year prospective longitudinal study. Community Dent Oral Epidemiol. 2017, 45: 59-65.
8. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2004;9(1):131-8.
9. Chaffee BW, Couch ET, Ryder MI. The tobacco-using periodontal patient: role of the dental practitioner in tobacco cessation and periodontal disease management. Periodontol 2000. 2016; 71: 52-64.
10. Nunes SOV, Castro MRP. Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento [livro online]. Londrina: EDUEL; 2011. [acesso em 24 set 2018]. Disponível emhttp://books.scielo.org.
11. Lindhe J, Lang NP, Karring T. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2016. 1304p.
12. Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. Periodontia Clínica. 12.ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2016. 880p.
13. Papapanou PN, Lindhe J. Epidemiologia das doenças periodontais. In:Lindhe J, Lang NP, Karring T. Tratado de periodontia clínica e implatodontia oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. 123- 70.
14. Khan S, Khalid T, Awan KH. Chronic periodontitis and smoking: Prevalence and dose-response relationship. Saudi Med J. 2016; 37(8): 889-94.
15. Bernardes VS, Ferres MO, Lopes Júnior W. O tabagismo e as doenças periodontais. FOL. 2013; 23(1):37-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.15600/2238-1236/fol.v23n1p37-45>.
16. OdontoPrev. Os males do cigarro para sua saúde bucal [acesso em 11 junho 2019]. Disponível em: <https://www.odontoprevonline.com.br/bem-estar/os-males-do-cigarro-para-sua-saude-bucal>.
17. Ogba OM, Ewa JJ, Olorode OA, Mbah M. Effect of Tobacco Smoking on Oral Microbial Flora and the Relationship with Oral Health in Calabar, Nigeria. IJBLS. 2017; 6(1 e 2):1-5.
18. Salvi GE, Lindhe J, Lang NP. Plano de tratamento de pacientes com doenças periodontais. In: Lindhe J, Lang NP, Karring T. Tratado de periodontia clínica e implatodontia oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 629-47.
19. Claffey N, Polyzois I. Terapia não cirúrgica. In: Lindhe J, Lang NP, Karring T. Tratado de periodontia clínica e implatodontia oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 737- 49.
20. Gambin DJ, Benetti J, Lando IM, Ribas ME. Métodos de motivação em tratamento periodontal: caso clínico. Braz J Periodontol. 2017; 27(2): 75-9.
21. Almeida RM, Braga NMA, Souza GCLL; Soares CMD, Alves MA, Macedo VCM, et al. Uso de antimicrobianos sistêmicos e locais no tratamento da Periodontite Agressiva. Oral Sciences. 2014; 6(1):4-9.
22. Amorim AG, Gurgel BCDV. Uso de antibióticos sistêmicos adjuntos à Raspagem e alisamento radicular no tratamento Da periodontite crônica e periodontite agressiva: uma revisão integrativa da literatura. Braz J Periodontol. 2016; 26(01):39-48.
23. Biscarde AO, Andrade LPD, Bittencout S, Ribeiro EDP. Diretrizes para a utilização adjunta da antibioticoterapia sistêmica no tratamento das doenças periodontais. Innov Implant J. 2010; 5(2): 51-9.
24. Mascarenhas P, Gapski R, Al-Shammari K, Hill R, Soehren S, Fenno JC, Giannobile WV, Wang HL. Clinical Response of Azithromycin as an Adjunct to Non-Surgical Periodontal Therapy in Smokers. J Periodontol. 2005; 76(3): 426- 36.
25. Carvalho LL, Oliveira BL, Barbosa JM, Souza JAC, Brandão DA, Marães GS. Raspagem e alisamento radicular de pacientes com periodontite agressiva associada ao uso de Azitromicina. In: Anais do 3. Congresso Internacional de Pesquisa, Ensino e Extensão: ciência para a redução das desigualdades; 2018 out. Anápolis, Brasil. Goiás: Centro Universitário UniEvangelica; 2018. p. 2786-9.
26. Ministério da saúde [homepage na internet]. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Teste de Fargeström [acesso em 12 maio 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/teste-fargestrom>.
27. Costa LA. Avaliação cromática de restaurações em resina composta realizadas com diferentes sistemas adesivos e expostas à fumaça do cigarro [dissertação]. Salvador (BA): UFBA; 2008.
28. Mathias P, Costa L, Saraiva LO, Rossi TA, Cavalcanti AN, Nogueira-Filho GR. Morphologic Texture Characterization Allied to Cigarette Smoke Increase Pigmentation in Composite Resin Restorations. Journal compilation. 2010; 22(4): 252-9.
29. Preshaw PM, Chambrone L, Novak KF. Tabagismo e Doença Periodontal. In: Newman MG, Takel HH, Klokkevold PR, Carranza FA. Periodontia Clinica. Rio de Janeiro: Elsevier. 2016. 158-65.
30. Paiva MRAB, Souza WA, Goyatá SLT, Júnior LMS, Podestá MHMC, Ferreira EB. Grupo de apoio ao tabagista na estratégia de saúde da família: fatores de sucesso. Revista da Universidade Vale do Rio Verde [serial online]. 2017 [11 out 2018]; 15(2):436-48.
31. Brasil. Ministério da Saúde [homepage na internet] Instituto Nacional do Câncer. Governo da Bahia. Parar de fumar, uma decisão importante [Programa Nacional de Controle ao Tabagismo - PNCT]. INCA.
32. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) [homepage na internet]. Disque Saúde [acesso em 12 maio 2019]. Disponível em:http://portal.anvisa.gov.br/disque-saude-136.
33. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH et al. Periodontitis: Consensus report of work group 2 ofthe 2017 World Workshop on the Classiﬁcation of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018 89(Suppl 1):S173–82.
34. Armitage GC. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. Ann Periodontol. 1999;4(1):1-6.
35. Valente JJM. Os efeitos da cessação tabágica no tratamento periodontal não-cirúrgico da periodontite crónica. [dissertação]. Porto: Faculdade Ciências da Saúde; 2018.
36. Martini JB, Oliveira BL, Carvalho LL, Souza JAC, Brandão DA, Marães GS. Parâmetros clínicos e radiográficos periodontais de pacientes com periodontite agressiva antes e após tratamento de raspagem e alisamento radicular associado ao uso de Azitromicina. In: Anais do 3. Congresso Internacional de, Pesquisa, Ensino e Extensão: ciência para a redução das desigualdades; 2018 out. Anápolis, Brasil. Goiás: Centro Universitário UniEvangelica; 2018. p. 2786-9.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Abordagem e Tratamento do Fumante: consenso. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2001..
38. Preshaw PM, Chambrone L, Novak KF. Tabagismo e Doença Periodontal. In: Newman MG, Takel HH, Klokkevold PR, Carranza FA. Periodontia Clinica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 158-65.
39. Pawlina MMC, Rondina RDC, Espinosa MM, Botelho C. Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. J Bras Pneumol. 2015;41(5):433-39.
40. Oliveira GMMD, Mendes M, Dutra OP, Achutt Ai, Fernandes M, Azevedo, V et al. 2019: Recomendações para a Redução do Consumo de Tabaco nos Países de Língua Portuguesa - Posicionamento da Federação das Sociedades de Cardiologia de Língua Portuguesa. Arq. Bras. Cardiol. 2019; 112(4):477-86.
41. Baiotto CS, Lorenz C, Klein DLM, Colet CF. Avaliação da efetividade do programa nacional de controle do tabagismo no centro municipal de saúde de Pejuçara (RS). Revista Biomotriz. 2016;10(2).35-50.

**ANEXO 1 – TESTE DE FAGERSTRÖM**

**Teste de Fagerström**

Responda às perguntas abaixo, some o número no final de cada resposta e veja o resultado no fim da página.

**1.  Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?**

* Dentro de 5 minutos  (3)
* 6-30 minutos   (2)
* 31-60 minutos   (1)
* Depois de 60 minutos   (0)

**2.** **Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)?**

* Sim    (1)
* Não   (0)

**3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?**

* O primeiro da manhã    (1)
* Outros    (0)

**4.  Quantos cigarros você fuma por dia?**

* Menos de 10   (0)
* De 11 a 20   (1)
* De  21 a 30   (2)
* Mais de 31  (3)

**5.  Você fuma mais frequentemente pela manhã?**

* Sim    (1)
* Não   (0)

**6.  Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?**

* Sim   (1)
* Não  (0)

**Resultado:**

- Avaliação do resultado

Dependência (soma dos pontos):

* 0-2: muito baixa
* 3-4: baixa
* 5: média
* 6-7: elevada
* 8-10: muito elevada

**ANEXO 2 - DIRETRIZES PARA AUTORES**

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.

2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.

3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).

4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.

5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.

6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto

1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.

1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de “et al.”.

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. Caries Res 1992;26:188-93. Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. J Clin Periodontol [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x Livro: Paiva JG, Antoniazzi JH. Endodontia: bases para a prática clínica. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. Principles of neural science. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91. Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Boocks; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em http://www.list.com/dentistry. Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: \*,†, ‡, §, ||,,\*\*,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL.