



Carlos Manuel Lopes Simões



**Avaliação do Contributo dos Médicos Dentistas na
Cessação Tabágica e seu impacto nos procedimentos
médico-dentários em clínicas de Braga (Freguesia de
S. Lázaro)**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto

2018

Carlos Manuel Lopes Simões

**Avaliação do Contributo dos Médicos Dentistas na
Cessação Tabágica e seu impacto nos procedimentos
médico-dentários em clínicas de Braga (Freguesia de S.
Lázaro)**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto

2018

Carlos Manuel Lopes Simões

**Avaliação do Contributo dos Médicos Dentistas na
Cessação Tabágica e seu impacto nos procedimentos
médico-dentários em clínicas de Braga (Freguesia de S.
Lázaro)**

Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária.

Resumo

Com o estudo em questão pretende-se avaliar que tipo de abordagem é realizada pelos Médicos Dentistas na freguesia de S. Lázaro – Braga e se estes manifestam preparação adequada após a conclusão do percurso académico para auxiliarem os seus pacientes em relação à cessação tabágica.

Foi efetuado um estudo transversal, descritivo e quantitativo, para o qual se utilizou um questionário com 22 questões de resposta fechada, resposta fechada e aberta. Da recolha dos mesmos resultou uma amostra de 19 questionários válidos.

Da análise dos resultados, verifica-se que o Médico Dentista não realiza consulta de cessação tabágica (78,95%), identificando a falta de tempo (10,53%) e a falta de competências (36,84%) como as principais razões para o facto. A maioria dos intervenientes refere que faz aconselhamento, um aconselhamento genérico está presente em 42,11% dos inquiridos, 5,26% enviam para consulta de cessação tabágica, e nenhum dos inquiridos refere aplicar um programa de cessação tabágica. A grande maioria não referenciou mais do que 5 utentes para consultas com esta finalidade. De salientar, que a maior parte (73,68%) dos inquiridos referem não possuir formação académica adequada para prestarem ajuda aos seus pacientes fumadores.

Como principais conclusões deste estudo, destaca-se o interesse em participar em ações de formação por parte dos inquiridos, de forma a complementarem a sua formação académica e desenvolverem competências clínicas para darem resposta mais eficaz na abordagem do processo de desabitação tabágica.

Palavras-chave: Hábito Tabágico, Cavidade Oral, Cessação Tabágica

Abstract

This study aims to assess the type of approach performed by dentists in the parish of S. Lázaro – Braga, and whether they show adequate preparation after concluding their academic degree to assist their patients in terms of smoking cessation.

A cross-sectional, descriptive and quantitative study was carried out, using a questionnaire with 22 questions of closed response, closed and open response. The data collection allowed obtaining a sample of 19 valid questionnaires.

The analysis of the results reveals that the dentist does not perform smoking cessation consultation (78.95%), identifying lack of time (10.53%) and lack of competencies (36.84%) as the main reasons for this. The majority of respondents reported that they provide counselling, general counselling is present in 42,11% of respondents, 5.26% channel for smoking cessation consultation, and no one applies a smoking cessation program. The majority of respondents refer until 5 patients for consultations with this purpose. To note that the majority (73.68%) of the respondents state that they do not have adequate academic training to help their smoker patients.

The main conclusion of this study is the interest in participating in training actions by the respondents, in order to complement their academic training and develop clinical skills to respond more effectively in the approach to smoking cessation process.

Keywords: Smoking Habit, Oral Cavity, Cessation Smoking

Dedicatória

Aos meus pais, pelos princípios de vida que me inculcaram. Pelo exemplo que me deram ao trabalharem também eles na área da saúde.

Aos meus filhos, pelo tempo de convívio que lhes retirei.

Aos meus colegas de viagem, Eduarda e Gabriel, Lígia, Vladimir e Virgínia.

A todos os meus amigos pelos convívios aos quais estive ausente.

A todos aqueles que dentro e fora da universidade de uma forma ou outra contribuíram para a conclusão desta etapa.

Agradecimentos

À minha orientadora Alexandra Arcanjo, pela paciência, orientação e manifesta disponibilidade demonstradas.

Aos meus professores da UFP, pelos ensinamentos, pela partilha de experiências.

Aos meus binómios, pelo companheirismo, amizade e incentivos constantes.

À minha família – esposa pelo companheirismo e incentivos, aos meus filhos pela ajuda prestada, pelas leituras e opiniões manifestadas.

Índice de Abreviaturas

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

TFI – *Tobacco Free Initiative*

Índice de Imagens

Figura 1 - Leucoplasia. Imagem retirada de: http://www.forumsaude24.com/leucoplasia/	26
Figura 2 – Eritroplasia na região anterior da mucosa jugal. Imagem retirada de: http://screening.iarc.fr/atlasoral_detail.php?flag=0&lang=1&Id=A3000010&cat=A3	27
Figura 3 - Queratose do Fumador (Albert & Ward, 2012).....	28
Figura 4 - Líquen plano reticular. Imagem retirada de: http://screening.iarc.fr/atlasoral_detail.php?flag=0&lang=1&Id=A4000037&cat=A4	29
Figura 5 - Cancro Oral (Neville, B.W. e Day, 2002)	30
Figura 6 - Estomatite Nicotínica (Neville, B.W. e Day, 2002)	31
Figura 7 - Candidíase Hiperplástica (Neville, B.W. e Day, 2002)	32
Figura 8 – Glossite Romboide Mediana. Imagem retirada de: http://screening.iarc.fr/atlasoral_detail.php?flag=0&lang=1&Id=F2000004&cat=F3	33
Figura 9 – Língua Pilosa (Albert & Ward, 2012).....	34

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Caracterização da amostra quanto à instituição do ensino pré-graduado frequentado	35
Gráfico 2 - Caracterização da amostra quanto aos anos que exerce medicina dentária	35
Gráfico 3 - Caracterização da amostra quanto à realização de consultas de cessação tabágica	36
Gráfico 4 - Caracterização da amostra quanto às razões da não realização de consultas de cessação tabágica	36
Gráfico 5 - Caracterização da amostra quanto à realização de aconselhamento para cessação tabágica por parte do profissional.....	37
Gráfico 6 - Caracterização da amostra quanto ao facto de qual aconselhamento faz para a cessação tabágica	37
Gráfico 7 - Caracterização da amostra quanto ao número de pacientes que já referenciou	38
Gráfico 8 - Caracterização da amostra quanto ao facto se obteve algum feedback por parte dos utentes referenciados	38
Gráfico 9 - Caracterização da amostra quanto ao tempo despendido para abordar o paciente acerca da cessação tabágica.....	39
Gráfico 10 - Caracterização da amostra face à receção do paciente ao aconselhamento	39
Gráfico 11 - Caracterização da amostra quanto ao facto se sente que teve formação pré ou pós-graduada suficiente para ajudar os seus pacientes fumadores a deixarem de fumar.....	40
Gráfico 12 - Caracterização da amostra quanto ao conhecimento de programas de cessação tabágica	40
Gráfico 13 - Caracterização da amostra quanto aos tipos de programas existentes conhecidos	41
Gráfico 14 - Caracterização da amostra quanto à referenciação dos pacientes para ambiente hospitalar ou unidades de saúde familiar	41
Gráfico 15 - Caracterização da amostra quanto ao tipo de serviços para onde os pacientes são encaminhados	42
Gráfico 16 - Caracterização da amostra quanto ao conhecimento sobre o funcionamento das consultas de cessação tabágica realizada nos hospitais na área geográfica onde exerce.....	42
Gráfico 17 - Caracterização da amostra quanto a promover a motivação do paciente quando este refere dúvidas ou não quer deixar de fumar	43
Gráfico 18 - Caracterização da amostra quanto ao facto se as consultas de cessação tabágica trazem resultados	43
Gráfico 19 - Caracterização da amostra quanto ao facto se estaria interessado em participar em formações em cessação tabágica promovidas pelas organizações de saúde dentária	44
Gráfico 20 - Caracterização da amostra quanto à forma de se articular com as equipas médicas	44

Índice de tabelas

Tabela 1 - Anos de prática clínica e grau de preparação.....45

Tabela 2 - Local de formação e grau de preparação45

ÍNDICE

Resumo	i
Abstract.....	i
Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	iv
Índice de Abreviaturas	v
Índice de Imagens	vi
Índice de Gráficos	vii
I. Introdução	1
1. Hábito Tabágico	3
2. Tabagismo – Do Mundo até Portugal	3
3. Lesões na Mucosa Oral Resultantes do Fumo do Tabaco	4
i. Leucoplasia	4
ii. Eritroplasia.....	4
iii. Queratose do Fumador	5
iv. Líquen Plano	5
v. Cancro Oral.....	5
vi. Estomatite Nicotínica	5
vii. Candidíase Hiperplásica	6
viii. Glossite Romboide Mediana	6
ix. Língua Pilosa	6
II. Materiais e Métodos	7
1. Tipo de Estudo	7
2. Amostra	7
i. Seleção espacial e temporal para a realização do estudo	7
ii. Dimensão da amostra	7
3. Recolha de Dados	7
ii. Abordagem escolhida na recolha de dados.....	7
4. Tratamento Estatístico de Dados	8
5. Considerações Éticas	8
III. Resultados.....	8
1. Caracterização da Amostra	8
i. Instituição frequentada	8
ii. Tempo de prática clínica	9
iii. Consultas de cessação tabágica.....	9

iv. Número de pacientes referenciados	9
v. Relação estabelecida entre Médico Dentista e equipas hospitalares	10
vi. Tempo despendido com o paciente acerca da cessação tabágica	10
vii. Formação em cessação tabágica	10
viii. Locais de referenciação	10
ix. Elucidação face ao funcionamento da consulta de cessação tabágica nos hospitais de referência da área.....	11
x. Incentivo à desabituação tabágica	11
xi. Reconhecimento da eficácia da consulta.....	11
xii. Interesse na aquisição de conhecimentos.....	11
xiii. Meios de contacto realizados.....	11
xiv. Opinião sobre o tipo de comunicação	12
xv. Influência dos contactos estabelecidos na postura face à realização de consultas de cessação tabágica.....	12
xvi. Anos de prática clínica/Grau de preparação	12
xvii. Locais de Formação/Grau de preparação	13
IV. Discussão de Resultados	13
IV. Conclusão	16
V. Bibliografia.....	17
VI. Anexos.....	19
Questionário.....	20
Declaração de Autorização	25
Imagens	26
Leucoplasia.....	26
Eritroplasia.....	27
Queratose do Fumador	28
Líquen Plano	29
Cancro Oral.....	30
Estomatite Nicotínica	31
Candidíase Hiperplásica.....	32
Glossite Romboide Mediana	33
Língua Pilosa.....	34
Gráficos	35
Lista de Identificação do Médico Dentista	46

I. Introdução

A cada ano que passa, o tabagismo tem vindo a ser considerado umas das principais causas de doença e morte evitáveis por todo o mundo (Laniado-Laborín, 2010), contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial (WHO, 2013). Para além disso, é considerado um forte fator de risco para o desenvolvimento do cancro oral, de lesões da mucosa oral e de doenças periodontais (Johnson & Guthmiller, 2007).

Em Portugal, a sua incidência tem aumentado cada vez mais. Tem-se verificado que a maior parte dos fumadores portugueses (90%) começou antes dos 25 anos e que tem, também, havido um aumento de tabaco nos jovens escolarizados (Direção-Geral de Saúde, 2013; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2017).

Depreende-se a necessidade de maiores e melhores apostas na área preventiva e na educação para a saúde, onde devem incluir-se as consultas de cessação tabágica. Estas são indicadas para todos os fumadores, independentemente da sua idade, estado de doença ou anos de hábito tabágico (Rebelo, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e outras organizações com responsabilidades na área da saúde colocam o Médico Dentista numa situação privilegiada nesta temática, pois, na sua ação de avaliação dos pacientes, este deteta achados orais e avalia o grau de dependência do tabaco, bem como a apetência para o abandono do hábito tabágico. O seu campo de ação por excelência é a cavidade oral e se é nesta que tem maior manifestação a patologia associada ao consumo tabágico, depreende-se ser este profissional de saúde o mais bem posicionado para o aconselhamento e indicação farmacológica ao fumador, visando a cessação tabágica (Albert & Ward, 2012).

Enquanto profissional na área da saúde – Enfermeiro – também me deparei com utentes acometidos por patologias várias, muitas vezes associadas ao consumo de tabaco. Com os conhecimentos e habilidades técnicas que adquiri, a minha intervenção cingia-se a atuar no aliviar de sintomatologia – Cinesiterapia Respiratória – para uma melhor adequação do esforço físico à performance respiratória. Nunca deixei de estimular estas pessoas para abandonarem o hábito tabágico. Como futuro Médico Dentista, penso que poderei atuar de forma mais abrangente e direcionada, contribuindo para uma maior eficácia na evicção tabágica e abandono do consumo tabágico.

Com este estudo, pretendeu-se avaliar que tipo de abordagem é realizada pelos Médicos Dentistas na freguesia de S. Lázaro – Braga. Para a recolha de dados, foi utilizado um

questionário, através do qual se procurou indagar como estes profissionais se sentem face ao conteúdo académico facultado, quais as competências que sentem necessidade de desenvolvimento, averiguar o que, realmente, pensam da eficácia ou não das ações que empreendem, de que modo estabelecem contacto ou encaminham os utentes interessados na cessação tabágica, inquirir sobre para quem referenciam os utentes, que tempo despendem na abordagem desta temática, que conhecimentos concretos possuem face a programas específicos de cessação tabágica e perceber até que ponto estariam interessados em frequentar ações de formação sobre este tema.

Deste modo, foi realizado um estudo transversal, descritivo e quantitativo. Foi aplicado um questionário com 22 questões de resposta fechada, fechada e aberta (em Anexo 1), parcialmente adaptado de uma Dissertação desenvolvida por André Príncipe dos Santos Oliveira da Silva, a quem foi solicitada autorização para o efeito (Anexo 2). Este questionário foi aplicado porta-a-porta (clínicas/consultórios dentários), após seleção aleatória de um universo de cerca de 15 clínicas existentes na freguesia em questão, procurando alcançar cerca de 35 Médicos Dentistas. Em anexo ao questionário foi entregue, para assinatura, um consentimento informado. A numeração dos mesmos foi efetuada por forma a não ser possível a identificação dos autores, garantindo o anonimato dos dados recolhidos e a serem tratados. Ambas as folhas possuíam uma numeração romana comum, sendo que somente o consentimento informado tinha a identificação do médico, e estes documentos foram guardados em locais separados. Juntamente com o questionário e o consentimento informado, foi fornecido aos Médicos Dentistas um panfleto com um resumo das vantagens da cessação tabágica e como indicar e ajudar o seu paciente.

A avaliação do contributo do Médico Dentista na cessação tabágica foi baseada nos dados recolhidos face às respostas obtidas, pelo número de utentes referenciados, pelo seguimento efetuado em cada caso, pelas indicações fornecidas face ao número de casos de sucesso na cessação tabágica, na deteção/diagnóstico de achados na cavidade oral e na opinião pessoal de cada Médico Dentista face à formação curricular.

Com este estudo pretende-se avaliar que tipo de abordagem é realizada pelos Médicos Dentistas na freguesia de S. Lázaro – Braga e se estes manifestam preparação adequada após a conclusão do percurso académico para auxiliar os seus pacientes em relação à cessação tabágica.

1. Hábito Tabágico

O tabagismo tem um grande impacto ao nível da saúde pública, levando à diminuição da qualidade e duração de vida, com a agravante de constituir um fator de risco para o fumador, assim como para os que se encontram expostos ao fumo passivo (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2017).

O hábito tabágico é, atualmente, responsável pela morte de 5 milhões de pessoas por ano em todo o mundo (Brose *et alii.*, 2011). Coloca em causa a saúde no seu todo, pois determina dependência, doenças evitáveis, incapacidade e morte. Contribui, também, como risco acrescido para o desenvolvimento de cancro na cavidade oral, doenças periodontais e outras afeções orais, retirando eficácia a todo o tipo de terapias orais (Beaglehole & Benzian, 2005).

Deve salientar-se que a dependência do tabaco é uma doença remitente e recidivante crónica, pelo que é importante incentivar em cada oportunidade repetidas tentativas para parar de fumar (Hays, Ebbert, & Sood, 2009).

2. Tabagismo – Do Mundo até Portugal

Prevê-se que existam 1,1 biliões de fumadores a nível mundial e 80% dos mesmos em países subdesenvolvidos e em vias de desenvolvimento. Uma em cada 10 mortes na vida adulta estão associadas ao consumo de tabaco. Até ao ano de 2025, prevê-se que o número de fumadores possa atingir 1,6 biliões de pessoas (Wilson et al., 2012).

Na Europa, segundo dados da OMS, o consumo de tabaco é responsável por 1,2 milhões de mortes anuais, podendo chegar aos 2 milhões (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2017).

Em **Portugal**, o problema do consumo tabágico é uma realidade que assenta em características peculiares que interessa destacar, tais como:

- Envolve de 20 a 26% da população, com uma maior prevalência no sexo masculino, numa relação de três homens e meio para uma mulher (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2017).
- Estima-se que ocorra uma em cada 10 mortes na população adulta e uma em cada quatro mortes na população compreendida entre os 45 e os 59 anos de idade (WHO, 2013).
- Grande parte da população fumadora iniciou o consumo tabágico antes dos 25 anos de idade; os dados mais recentes apontam para um aumento do consumo de tabaco entre os jovens escolarizados (Direção-Geral de Saúde, 2013).

- Pelo menos metade da população fumadora nunca realizou qualquer tentativa para parar de fumar (Direção-Geral de Saúde, 2013).

Face aos dados recolhidos e expostos, a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) portuguesa demonstra preocupação face ao impacto decorrente do tabaco na saúde oral. Como prova disso, esta entidade tem vindo a realizar, de forma assídua, campanhas antitabágicas, associando-se às ações comemorativas do “Dia Mundial sem Tabaco”, através da realização de palestras cuja temática envolve a prevenção e diagnóstico do cancro oral. Fornece, ainda, informação adicional aos seus profissionais, pela campanha “*Tobacco Free Initiative (TFI)*” e um vídeo promocional da OMS (Beaglehole & Benzian, 2006).

3. Lesões na Mucosa Oral Resultantes do Fumo do Tabaco

A presença de agentes cancerígenos, toxinas e irritantes concorre para um efeito de secagem dos tecidos da cavidade oral. Estes ficam expostos a um aumento da temperatura oral, ocorrendo, também, alteração do pH, levando a uma resposta imunológica alterada e a ruturas na mucosa, com maior exposição vírica e infeções fúngicas (Albert & Ward, 2012).

São múltiplas as lesões associadas ao fumo do tabaco. As que serão abordadas resumidamente neste trabalho são: a leucoplasia, a eritroplasia, a queratose do fumador, o líquen plano, o cancro oral, a estomatite nicotínica, a candidíase hiperplástica, a glossite romboide mediana e a língua pilosa.

i. Leucoplasia

Geralmente, a leucoplasia refere-se a uma lesão branca, não destacável e não podendo ser caracterizada clínica ou patologicamente a nenhuma outra patologia na mucosa oral, estando associada a um maior risco de cancro oral. Como fatores etiológicos para o seu aparecimento, apontam-se o fumar, mastigar tabaco e excesso de álcool. O exame histológico permite constatar o aumento de queratina, com ou sem células anormais, não constituindo porém diagnóstico. Face a uma lesão pequena ou com células anormais presentes é, muitas vezes, recomendada a remoção cirúrgica. Por outro lado, na sua ausência, recomenda-se o acompanhamento periódico com intervalos de três em três meses (Anexos, Figura 1) (Villa & Woo, 2017).

ii. Eritroplasia

A Eritroplasia é definida como uma mancha/placa vermelha, não caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra condição. De etiologia desconhecida, pensa-se estar

associada ao carcinoma das células escamosas invasivo da boca. Menos frequente que a leucoplasia, ao exame histológico a eritroplasia apresenta, no entanto, maior tendência a displasia grave e a desenvolver malignidade invasiva. Na cavidade oral é encontrada mais frequentemente no pavimento da boca, língua e palato mole (Anexos, Figura 2) (Warnakulasuriya, Johnson, & Van Der Waal, 2007).

iii. Queratose do Fumador

Trata-se de uma pigmentação por melanina, estimulada pelo hábito de fumar, na cavidade oral. Ocorre, principalmente, na gengiva vestibular anterior, podendo, porém, afetar qualquer superfície na mucosa oral. As aminas policíclicas – nicotina e benzopirenos – estimulam os melanócitos a produzir melanina, originando uma resposta da mucosa oral de proteção contra estas substâncias nocivas (Anexos, Figura 3) (Albert & Ward, 2012).

iv. Líquen Plano

O líquen plano é uma lesão da mucosa oral que se pode apresentar sob seis formas clínicas: a reticular, a papular, a bolhosa, a erosiva, a atrófica e “em placa”. As três últimas apresentam maior potencial de transformação maligna. Encontram-se frequentemente na mucosa jugal, na língua e nas gengivas, adotando um padrão simétrico. Para o diagnóstico, conjugam-se os dados clínicos e os histopatológicos. Na terapêutica, recorre-se ao uso de corticosteroides, procurando modular a resposta inflamatória e imunológica. A prescrição de antifúngicos potencializa os resultados clínicos (Anexos, Figura 4) ((Warnakulasuriya et al., 2007).

v. Cancro Oral

Esta lesão tem várias denominações – carcinoma epidermoide oral, carcinoma escamocelular e carcinoma espinocelular. Inicialmente assintomático ou apresentando ligeira irritação na mucosa oral, o diagnóstico precoce e o tratamento desta patologia são importantes pois contribuem para a minimização das sequelas. As alterações que ocorrem na mucosa oral podem ser percecionadas, quer pelo paciente, quer pelo Médico Dentista e a sua deteção precoce permite melhor efetividade dos recursos terapêuticos e no tempo de sobrevida do paciente (Anexos, Figura 5) (Sadri & Mahjub, 2007).

vi. Estomatite Nicotínica

A estomatite nicotínica manifesta-se por alterações eritematosas da mucosa do palato, com conseqüente queratinização, ocorrendo principalmente em homens com mais de 45 anos de

idade. Trata-se de uma lesão completamente reversível, não sendo necessário qualquer tratamento, pois em duas semanas após a cessação do hábito tabágico a regressão é completa. É imperioso o incentivo do paciente para parar de fumar, pois previnem-se desta forma doenças de alto risco na cavidade oral, associadas ao consumo do tabaco (Anexos, Figura 6) (Warnakulasuriya et al., 2007).

vii. Candidíase Hiperplásica

A candidíase hiperplásica consiste numa infeção provocada por *Candida albicans*, microrganismo fúngico que provoca falências nos mecanismos de defesa do organismo. Outros microrganismos da mesma espécie, tais como *Candida krusei*, *Candida parapsilosis*, *Candida guilliermondi* e *Candida tropicalis* podem ser encontrados intraoralmente; todavia, raramente expressam doença. O seu tratamento passa pela utilização de antifúngicos tópicos sob várias apresentações (Anexos, Figura 7)(Galletta, Campos, Hirota, & Migliari, 2010).

viii. Glossite Romboide Mediana

A glossite romboide mediana trata-se de uma lesão avermelhada que pode apresentar uma forma lisa, nodular ou fissurada. É, por norma, assintomática, de aspeto eritematoso e desprovida de papilas. Associada à infeção por *Candida*, acomete em pacientes mais idosos. Nos fumadores, atinge o palato e o seu tratamento consiste na utilização de antifúngicos, que potenciam a redução da inflamação e do eritema (Anexos, Figura 8)(Galletta et al., 2010).

ix. Língua Pilosa

Esta lesão provoca o crescimento excessivo das papilas filiformes da região dorsal da língua. Afeta fumadores de longa data, sendo comum estes referirem náusea e halitose, resultantes da acumulação de placa bacteriana e resíduos do tabaco na superfície pilosa. Surge, por norma, na linha média anterior às papilas circunvaladas, atingindo, também, os bordos laterais e anteriores. No tratamento, deve atuar-se na eliminação do fator causal e através da motivação do paciente para uma boa higiene oral, na qual se inclui uma boa escovagem ou raspagem periódica com um raspador de língua (Anexos, Figura 9) (Kriem, Peretz, & Blum, 2017).

II. Materiais e Métodos

1. Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo observacional transversal descritivo. Para tal, foi construído um inquérito por questionário de forma a saber qual o papel que o Médico Dentista representa na cessação tabágica.

2. Amostra

i. Seleção espacial e temporal para a realização do estudo

O presente trabalho de investigação teve como localização-alvo a Freguesia de S. Lázaro – Braga, tendo sido os questionários entregues num total de 15 clínicas, durante os meses de novembro de 2017 a janeiro de 2018. A seleção da amostra foi condicionada pelo número de Médicos Dentistas que trabalhavam nas clínicas escolhidas e que responderam ao questionário.

ii. Dimensão da amostra

A população-alvo é constituída por um total de 35 Médicos Dentistas. A amostra, subgrupo da população-alvo, foi constituída pelos 19 Médicos Dentistas que aceitaram participar no ensaio.

3. Recolha de Dados

i. Instrumentos de recolha de dados

Para a obtenção de dados utilizou-se um questionário com 22 questões de resposta fechada, fechada e aberta (Anexos, Questionário).

ii. Abordagem escolhida na recolha de dados

Para a realização deste estudo, optou-se por abordar presencialmente várias clínicas de forma a recolher dados. Após breve explicação do assunto a tratar, foram entregues alguns questionários nas clínicas que aceitaram participar na investigação e de acordo com o número de Médicos Dentistas presentes nas mesmas. Apesar da disponibilidade

manifestada, alguns questionários não foram preenchidos por opção dos próprios Médicos.

4. Tratamento Estatístico de Dados

O tratamento dos dados obtidos foi realizado com recurso ao programa Excel, do Microsoft Office. Desta forma, recorreu-se ao programa IBM SPSS Statistics 21.0 para Windows 10, visto ser um estudo de carácter quantitativo. Realizou-se uma análise estatística descritiva, com variáveis nominais e ordinais, em que foram utilizadas frequências absolutas e relativas, expressas em percentagens, sendo que todas as questões com mais do que uma opção foram agrupadas em gráficos. Face às questões de resposta aberta, foi realizada uma análise comparativa face ao conteúdo exposto nas mesmas.

5. Considerações Éticas

A acompanhar o questionário utilizado no estudo foi entregue um consentimento informado. De maneira a garantir o anonimato e segurança dos dados obtidos a todos os participantes neste estudo, a numeração dos mesmos foi efetuada por forma a não ser possível a identificação dos autores. Os dois documentos possuíam uma numeração romana comum, mas apenas o segundo apresentava a identificação do interveniente, tendo estes documentos sido guardados em locais distintos.

III. Resultados

1. Caracterização da Amostra

i. Instituição frequentada

No que toca à instituição frequentada no ensino pré-graduado dos Médicos Dentistas inquiridos, a maioria formou-se na Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa (FCS – UFP), representando 36,84%; 26,32% dos médicos inquiridos formaram-se no Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte (IUCS Norte); 21,05% dos médicos inquiridos formaram-se na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP); 10,53% formaram-se na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL) e, por fim, não houve resposta por parte de 5,26% dos inquiridos (Anexos, Gráfico 1).

ii. Tempo de prática clínica

Questionados face ao número de anos de prática clínica, a maioria dos inquiridos situou-se no intervalo de 0 a 5 anos e de 5 a 10 anos, a ambas correspondendo a mesma percentagem de resposta (36,84%). De seguida correspondendo a 10,53% dos respondentes, situaram-se os Médicos Dentistas a exercerem entre 10 a 15 anos e entre 20 a 25 anos. Apenas um dos inquiridos referiu ter mais de 25 anos de prática clínica, a que corresponde 5,26%. Todos os Médicos inquiridos responderam à questão (Anexos, Gráfico 2).

iii. Consultas de cessação tabágica

Relativamente à realização de consultas de cessação tabágica, a maioria dos participantes (78,95%) respondeu que não realizava a consulta de cessação tabágica nos seus consultórios e apenas 21,05% dos respondentes admitiram realizar este tipo de consultas (Anexos, Gráfico 3). Destes últimos, a maior parte dos inquiridos (63,16%) afirmou que eram os próprios a realizar o aconselhamento (Anexos, Gráfico 5). Tendo ainda a mesma base percentual, 42,11% dos participantes realizam um aconselhamento genérico e 5,26% encaminham os pacientes para uma consulta de cessação tabágica. Uma elevada percentagem dos inquiridos (57,89%) optou por não responder a esta questão (Anexos, Gráfico 6).

Desta forma, os Médicos Dentistas foram questionados sobre as razões que justificavam a não realização das consultas de cessação tabágica. Analisando as respostas obtidas, pode concluir-se que “resistência prevista” é o principal motivo para a não realização das consultas (47,37%), seguido por “falta de competências”, com 36,84% e, por fim, 15,79% optaram por não responder a esta questão (Anexos, Gráfico 4).

iv. Número de pacientes referenciados

Nos números que traduzem a referenciação por parte do Médico Dentista, salienta-se que até 5 ou menos utentes referenciados foi a opção que obteve maior visibilidade, com 31,58% das respostas. Entre a 5 a 10 utentes, obteve-se 5,26% e, por fim, 63,16% dos respondentes optaram por não responder à questão (Anexos, Gráfico 7).

v. Relação estabelecida entre Médico Dentista e equipas hospitalares

Na articulação Médico Dentista e equipa de referenciação, salienta-se a total ausência de retorno na comunicação após o contacto estabelecido pelo primeiro (0%). A grande maioria dos inquiridos (57,89%) optou por não responder à questão (Anexos, Gráfico 8).

vi. Tempo despendido com o paciente acerca da cessação tabágica

Nas respostas obtidas, a maior parte dos Médicos Dentistas (52,63%) inquiridos afirma que apenas utiliza até 5 minutos na abordagem do tema; 21,05% utilizam entre 5 a 10 minutos; 52,63% dos inquiridos optaram por não responder à questão (Anexos, Gráfico 9). De salientar que, relativamente a esta abordagem, é opinião do Médico Dentista que, em 5% dos casos, o utente demonstra uma reação positiva, sendo a mesma negativa em 26,32% dos casos. A grande maioria dos inquiridos (57,89%) optou por não responder a esta questão (Anexos, Gráfico 10).

vii. Formação em cessação tabágica

No que concerne ao facto de os inquiridos sentirem se tiveram formação pré ou pós-graduada suficiente para ajudarem os seus pacientes fumadores, os resultados demonstraram que 73,68% entendem que “Não” e apenas 21,05% entendem estar preparados (Anexos, Gráfico 11).

No seguimento da pergunta anterior, foi questionado aos Médicos Dentistas se tinham conhecimento de algum tipo de programa de cessação tabágica. Os resultados demonstraram que 63,16% têm conhecimento e 31,58% desconhecem a existência desse tipo de programas (Anexos, Gráfico 12).

Por fim, aos que responderam “Sim”, entendeu-se pertinente perguntar que tipo de programas conheciam: 42,11% conhecem programas de intervenção breve, 21,05% têm conhecimento de programas de intervenção de apoio intensivo e 10,53% responderam que conheciam outros. 31,58% dos inquiridos optaram por não responder a esta questão (Anexos, Gráfico 13).

viii. Locais de referenciação

Relativamente à questão de saber se os Médicos Dentistas direcionam, habitualmente, os seus pacientes para ambiente hospitalar ou unidades de saúde familiar para consultas de cessação tabágica, 53,33% responderam que “Sim” e 46,67% afirmaram que “Não” (Anexos, Gráfico 14).

A opinião dos Médicos Dentistas em relação ao tipo de serviços para onde encaminham os pacientes é de certa forma dividida, nomeadamente entre os serviços de pneumologia, cardiovascular e de otorrinolaringologia, que obtiveram 5,26% de respostas cada. Já os centros de saúde ou unidades de saúde familiar foram selecionados por 26,32% dos Médicos Dentistas. No entanto, a grande maioria dos inquiridos (57,89%) não respondeu a esta questão (Anexos, Gráfico 15).

ix. Elucidação face ao funcionamento da consulta de cessação tabágica nos hospitais de referência da área

O conhecimento sobre o funcionamento das consultas de cessação tabágica realizadas nos hospitais foi uma pergunta com uma percentagem de respostas equilibrada, sendo que 53,33% dos Médicos Dentistas responderam que “Não” e 46,67% responderam que “Sim”. Uma pequena percentagem (5,26%) de inquiridos absteve-se de responder a esta questão (Anexos, Gráfico 16).

x. Incentivo à desabituação tabágica

Na questão “Se o paciente está com dúvidas ou não quer parar de fumar, promove a sua motivação para deixar de fumar?”, 94,74% dos Médicos Dentistas responderam que “Sim”, e 5,26% dos inquiridos optaram por não responder (Anexos, Gráfico 17).

xi. Reconhecimento da eficácia da consulta

Dos inquiridos, a grande maioria (52,63%) reconhece resultados práticos à consulta de cessação tabágica. 31,58% não reconhecem esta evidência e 15,79% têm dúvidas quanto à sua eficácia (Anexos, Gráfico 18).

xii. Interesse na aquisição de conhecimentos

A grande maioria dos inquiridos (94,74%) demonstrou interesse em frequentar ações de formação alusivas ao tema e apenas 5,26% não demonstraram esse interesse (Anexos, Gráfico 19).¹

xiii. Meios de contacto realizados

Na articulação dos Médicos Dentistas com as equipas médicas assume especial evidência o uso da carta clínica, com 63,16% das respostas; 5,26 % comunicam via telefone e

¹ *ver Anexo - Lista de Identificação do Médico Dentista

15,79% dos médicos fá-lo através de “Outros meios”. 15,79% dos inquiridos optaram por não responder (Anexos, Gráfico 20).

xiv. Opinião sobre o tipo de comunicação

Na tentativa de auscultar os inquiridos quanto à adequação da comunicação estabelecida entre os mesmos e as restantes entidades envolvidas nas consultas de desabitação tabágica, sobressai o sentimento de desadequação desta comunicação. São apontadas novas ideias facilitadoras do processo relacional entre as partes, que referem, por exemplo, “a criação de um canal de comunicação, uma plataforma de encaminhamento” (VII*).

Valoriza-se que “a comunicação por escrito é a ideal” (III²) e que deveria existir “mais *feedback* da consulta” (I*). É apontado como importante a “Criação de uma plataforma *online* para facilitar a comunicação entre os profissionais” (XIII*). Do mesmo modo, refere-se que “poderia haver programas de acompanhamento e incentivo mais permanentes” (XIX*).

xv. Influência dos contactos estabelecidos na postura face à realização de consultas de cessação tabágica

A auscultação dos inquiridos quanto ao contributo para a modificação da postura para a consulta de desabitação tabágica face às ligações estabelecidas com as equipas de referenciação revelou respostas que referem ganhos pessoais esclarecedores para os reencaminhados: “[...] este fica ciente das desvantagens e ou comprometimento da sua saúde oral” (XVII*). É, também, expresso que a não modificação face à consulta se deve a que “o *feedback* hospitalar foi negativo” (VII*), sendo, igualmente, referida “[...] a falta de informação relativa às consultas” (I*).

xvi. Anos de prática clínica/Grau de preparação

Dos quatro inquiridos que sentem ter formação pré ou pós-graduada suficiente para ajudar os seus pacientes fumadores a deixarem de fumar, dois trabalham há cerca de 0-5 anos, um trabalha há 5-10 anos e um entre 20 e 25 anos. Dos sete inquiridos que trabalham há cerca de 0-5 anos, dois (28,6%) consideram que tiveram formação suficiente para ajudar os seus pacientes fumadores a deixarem de fumar e cinco (71,4%) considera que não. Os

² Ver Anexo - Lista de Identificação do Médico Dentista

sete inquiridos que trabalham há 5-10 anos, um (14,3%) refere ter formação e seis (85,7%) dizem não ter. Dos dois inquiridos que trabalham há 10-15 anos nenhum diz ter formação suficiente e dos dois inquiridos que trabalham há 20-25 anos, um (50%) diz ter formação e um (50%) diz não ter (Anexos, Tabela 1).

xvii. Locais de Formação/Grau de preparação

Apenas quatro dos inquiridos sente que teve formação pré ou pós-graduada suficiente para ajudar os seus pacientes fumadores a deixarem de fumar. Destes quatro, três obtiveram formação na FCS-UFP e um FMDUP. Dos dois inquiridos que fizeram a sua formação na FMDUL nenhum considera que teve formação suficiente para ajudar os seus pacientes fumadores a deixarem de fumar. Os quatro inquiridos que se formaram na FMDUP, um (25%) refere ter formação e três (75%) dizem não ter. Dos cinco inquiridos formados pela IUCS Norte nenhum diz ter formação suficiente e dos sete inquiridos formados pela FCS-UFP, três (42,9%) dizem ter formação e quatro (57,1%) dizem não ter (Anexos, Tabela 2).

IV. Discussão de Resultados

A prática clínica da maioria dos inquiridos varia entre 0 e 10 anos e são, maioritariamente, licenciados pela Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa (FCS – UFP) (36,84%) e no Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte (IUCS Norte) (26,32%). Comparando com dados relativos ao ano de 2014 da OMD portuguesa, esta distribuição não é coincidente com os mesmos (ISCS Egas Moniz (20,2%), FMDUP (19,1%) e 18,8% ISCS Norte).

No âmbito das consultas de cessação tabágica, a maioria dos Médicos Dentistas inquiridos (78,95%) não realizam estas consultas, apontando como principais razões a “resistência prevista do doente” e a “falta de competências” (47,37% e 36,84%, respetivamente). Apesar de na literatura se apresentarem como os motivos mais expressivos, “a falta de confiança” e a “ausência de mecanismos de reembolso” (4% e 8%, respetivamente), neste estudo os mesmos não merecem especial enfoque.

O tempo de prática clínica, não parece diferenciar o grau de preparação para a realização de consultas de cessação tabágica, pois há clínicos que manifestam formação suficiente em todos os intervalos em estudo. Da mesma forma, há clínicos em todos os intervalos estudados que expressam formação insuficiente.

Avaliação do Contributo dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica e seu impacto nos procedimentos médico-dentários em clínicas de Braga (Freguesia de S. Lázaro)

A Ação dos Médicos Dentistas face à temática da cessação tabágica parece cingir-se mais a um mero aconselhamento (63,16%), que é muito limitado no tempo (a grande maioria – 73,68% - despende menos de 10 min). Apesar deste cenário, a quase totalidade dos respondentes aponta que faz aconselhamento, o que está em linha com os resultados obtidos numa amostra em larga escala de um estudo de 2012, realizado pela OMD a uma amostra de 1.800 Médicos Dentistas, dos quais 80% promoviam este aconselhamento. De seguida, pretendeu-se saber o tipo de aconselhamento realizado, tendo-se verificado que a grande maioria faz um aconselhamento genérico (42,11%) e uns meros 5,26% reencaminham para uma consulta de cessação tabágica.

O facto de a grande maioria dos inquiridos apenas fazer um aconselhamento genérico, pode ser responsável pela baixa referenciação de utentes para consultas de cessação tabágica, situando-se estes valores abaixo de 5 encaminhamentos (31,58%), assim como o reduzido tempo utilizado, poderá contribuir para o mesmo – 52,63% dos inquiridos, não utilizam mais de 5 minutos. De realçar que 63,16% dos inquiridos optou por não responder a esta questão, o que poderá levar-nos a pensar que a prática da referenciação, não faz parte das suas práticas clínicas. A contribuir para a baixa referenciação poderá estar a ausência de feedback de seguimento clínico expresso (0%), bem como a fraca receção por parte dos utentes face ao aconselhamento efetuado (apenas 26,32% valoriza a intervenção).

De salientar que a grande maioria dos inquiridos (73,68%) refere, de forma inequívoca, não ter tido uma formação pré ou pós-graduada suficiente ou adequada para abordar a temática da cessação tabágica com os seus pacientes. Uma percentagem muito mais reduzida de respondentes (21,05%) referiu ter obtido um nível satisfatório nessa área, explicando esta percentagem, porventura, a falta de competências a que faz alusão grande parte dos Médicos Dentistas da amostra.

A maioria dos inquiridos refere ter conhecimento sobre programas de cessação tabágica (63,16%), fazendo especial alusão aos de intervenção breve (42,11%). Foi referido por parte de 10,53% dos inquiridos o conhecimento de outros programas, no entanto não especificaram qual ou quais, isto poderá querer dizer o não estarem devidamente elucidados e familiarizados com o conteúdo dos mesmos programas.

42,11% dos inquiridos afirma que encaminha os pacientes para unidades de saúde familiar ou para ambiente hospitalar. Apurou-se de seguida quais, em específico, os serviços para

onde o reencaminhamento era feito. A maioria (26,32%) enviam para a unidade de saúde familiar/ centro de saúde e o restante para os serviços otorrinolaringologia, cardiovascular, pneumologia com 5,26% cada. Apesar da comunicação por escrito – Carta – ser o meio de articulação mais utilizado (63,16%), é sugerido, para melhorar a comunicação interprofissional, a criação de uma plataforma *online*, que iria permitir maior fluidez na comunicação e seguimento conjunto do processo de desabitação do utente. No mesmo seguimento, questionou-se sobre o conhecimento do funcionamento da consulta de cessação tabágica realizada pelos hospitais de referência para a área geográfica, ao que a maioria referiu desconhecer (63,16%), o que vai em linha com os dados obtidos para a baixa referenciação já mencionada.

É importante salientar que 94,74% promove a desabitação tabágica, estando associada essencialmente às vantagens que daí advirão para o utente e para a sua responsabilização no seu estado de saúde geral. Isto vem em linha de conta com o reconhecimento por parte do Médico Dentista da eficácia das consultas de cessação tabágica, em que a maioria reconhece a obtenção de resultados na mesma desabitação (52,63%). No entanto, é de destacar que 31,58% não reconhecem esta mesma eficácia às consultas, o que poderá ser explicado pelo pouco tempo que despendem nas mesmas (52,63% não utiliza mais de 5 minutos), tempo este manifestamente reduzido para o estabelecer de compromissos por parte do utente e para uma abordagem de todo o conteúdo que envolve a consulta de cessação tabágica.

Reconhecendo a importância da problemática, a quase totalidade dos inquiridos (94,74%), está interessado em participar em ações de formação em cessação tabágica, o que poderá indiciar a falta de conhecimentos nesta temática, a necessidade de complementar a sua formação na área para poderem contribuir de uma forma mais eficaz no processo da desabitação tabágica.

Em face dos resultados a que este estudo permitiu chegar, pode concluir-se que o contributo dos Médicos Dentistas na cessação tabágica é limitado, pese embora o interesse manifestado no assunto. Esta situação leva a que a referenciação para a consulta de cessação tabágica nos hospitais de referência não seja uma prática comum, facto também justificado, segundo os participantes, pelo não retorno da informação clínica.

A reduzida dimensão da amostra não permite generalizações no universo da medicina dentária, embora alguns aspetos focados possam ser transversais à prática clínica do

Médico Dentista. O facto de muitos dos participantes no estudo não terem respondido à totalidade do questionário colocou ainda mais limitações às conclusões a retirar. Será de repensar na modalidade da abordagem utilizada – contacto porta a porta – como a mais eficaz ou se será mais aconselhável num estudo futuro a utilização de um questionário *online*.

IV. Conclusão

Dos 35 questionários entregues, apenas foram utilizados 19 (uma vez que oito foram preenchidos, mas sem o devido consentimento informado e, por outro lado, oito não chegaram a ser respondidos). Mesmo assim, sabendo que a amostra populacional selecionada era, já, reduzida, realizou-se a análise crítica dos resultados. Com os resultados obtidos, é possível inferir que a maior parte dos Médicos Dentistas refere não possuir o nível de conhecimentos necessários para a realização de consulta de cessação tabágica. Não é alheio a esta conclusão o facto de uma grande parte dos inquiridos apenas dispor de menos de cinco minutos para a abordagem do tema. É impossível obter ou criar compromissos provenientes de uma empatia que se reconhece como necessária nestes casos de dependência nicotínica. Reconhecendo e valorizando a temática em causa, a consulta de cessação tabágica, faz prova disso o interesse em participar em ações de formação demonstrado pela maior parte dos inquiridos. Estes demonstram estar cientes das limitações académicas próprias e da necessidade de desenvolverem competências clínicas para darem resposta mais eficaz na abordagem, desenvolvimento e conclusão do processo de desabitação tabágica. Talvez estas limitações justifiquem o facto de ao longo de alguns questionários, existirem algumas questões não respondidas.

V. Bibliografia

- Albert, D., & Ward, A. (2012). Tobacco Cessation in the Dental Office. *Dental Clinics of North America*, 56(4), 747–770.
- Beaglehole, R. H., & H.M., B. (2006). *Tobacco or Oral Health: An advocacy guide for oral health professionals*. (R. H. Beaglehole & B. H.M., Eds.), 41-53.
- Brose LS, West R, McDermott MS, et al. (2011). What makes for an effective stop-smoking service? *Thorax*, 66, 924–926.
- Direção-Geral de Saúde. (2013). Portugal - Prevenção e Controlo do Tabagismo em números - 2013. *Programa Nacional Para a Prevenção E Controlo Do Tabagismo*.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2017). Tabagismo. Retrieved May 9, 2017, from <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/tabagismo/>
- Galletta, V. C., Campos, M. S., Hirota, S. K., & Migliari, D. A. (2010). Hyperplastic candidosis on the palate developed as a “kissing” lesion from median rhomboid glossitis. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 76(1), 137. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1808869415313677>
- Hays, J. T., Ebbert, J. O., & Sood, A. (2009). Treating tobacco dependence in light of the 2008 US Department of Health and Human Services clinical practice guideline. *Mayo Clinic Proceedings*, 84(8), 730–736.
- Johnson, G. K., & Guthmiller, J. M. (2007). The impact of cigarette smoking on periodontal disease and treatment. *Periodontology 2000*, 44(1), 178–194.
- Kriem, S., Peretz, A., & Blum, A. (2017). Lingua villosa nigra. *Israel Medical Association Journal*, 19(2), 131.
- Laniado-Laborín, R. (2010). Smoking Cessation Intervention: An Evidence-Based Approach. *Postgraduate Medicine*, 122(2), 74–82.
- Neville, B.W. e Day, T. A. (2002). Oral Cancer and Precancerous Lesions, 52(4), 195–215.
- Rebelo, L. (2004). Consulta de cessação tabágica-uma proposta para a Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*, 87–98.
- Sadri, G., & Mahjub, H. (2007). Tobacco smoking and oral cancer: a meta-analysis. *Journal of Research in Health Sciences*, 7(1), 18–23.
- Villa, A., & Woo, S. Bin. (2017). Leukoplakia—A Diagnostic and Management Algorithm. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 75(4), 723–734.
- Warnakulasuriya, S., Johnson, N. W., & Van Der Waal, I. (2007). Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 36(10), 575–580.
- WHO. (2013). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*, 5, 106.
- Wilson, L. M., Avila Tang, E., Chander, G., Hutton, H. E., Odelola, O. A., Elf, J. L., ... Apelberg, B. J. (2012). Impact of Tobacco Control Interventions on Smoking Initiation, Cessation, and Prevalence: A Systematic Review. *Journal of Environmental and Public Health*, 2012, 961724. Retrieved from

Avaliação do Contributo dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica e seu impacto nos procedimentos médico-dentários em clínicas de Braga (Freguesia de S. Lázaro)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3376479/>

VI. Anexos

Questionário

Avaliação do contributo dos Médicos Dentistas na cessação tabágica e seu impacto nos procedimentos médico-dentários em clínicas de Braga (Freguesia de S. Lázaro)

Este questionário foi desenvolvido no âmbito da Dissertação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, pelo aluno Carlos Manuel Lopes Simões, com o objetivo de avaliar se o Médico Dentista no seu consultório realiza consultas de cessação tabágica aos seus pacientes.

As respostas prestadas neste questionário serão unicamente usadas para o estudo efetuado, salvaguardando a identidade do prestador.

Questionário

Questionário n° _____

1. Instituição que frequentou no ensino pré-graduado

- FMUC
- FMDUL
- FMDUP
- ISCS Egas Moniz
- ISCS Norte
- FCS-UIP
- DCS-UCP

2. Há quantos anos exerce medicina dentária?

- 0-5
- 5-10
- 10-15
- 20-25
- > 25

3. Na clínica médico-dentária em que trabalha realiza consultas de cessação tabágica aos seus pacientes?

- Sim
- Não

4. O aconselhamento, caso exista, é realizado por si?

- Sim
- Não

5. Qual/quais as razões para não realizar consultas de cessação tabágica aos seus pacientes?

- Falta de tempo
- Falta de mecanismos de reembolso
- Falta de confiança
- Falta de competências
- Dúvidas sobre a eficácia das ações
- Difícil acesso ao material de informação ao doente

Avaliação do Contributo dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica e seu impacto nos procedimentos médico-dentários em clínicas de Braga (Freguesia de S.Lázaro)

Resistência prevista do doente

Outras razões

5.1 Se sim, qual?

Aplica um programa de cessação tabágica

Encaminha para uma consulta de cessação tabágica

Apenas faz um aconselhamento genérico

Outros _____

5.2 Quantos já referenciou?

<5

5-10

10-20

> 20

5.3 Dos utentes referenciados conseguiu algum *feedback* de seguimento clínico?

Sim

Não

5.4 Quanto tempo costuma despende para abordar o paciente acerca da cessação tabágica?

0 min

<5 min

5-10 min

> 10 min

5.5 A receção do paciente face a este aconselhamento foi:

Positiva

Negativa

6. Sente que teve formação pré ou pós-graduada suficiente para ajudar os seus pacientes fumadores a deixarem de fumar?

Sim

Não

7. Já ouviu falar de algum programa de cessação tabágica?

Sim

Não

7.1 Se sim, refira qual/quais conhece

Intervenção breve

Intervenção de apoio intensivo

Outro _____

8. Costuma referenciar os seus pacientes para ambiente hospitalar ou unidades de saúde familiar?

Sim

Não

8.1 Se sim, refira qual/quais os serviços para onde encaminha

Pneumologia

Cardiovascular

Unidade de saúde familiar/centro de saúde

Otorrinolaringologia

Psicologia

8.2 Conhece o funcionamento da consulta de cessação tabágica que é realizada pelos hospitais de referência para a área geográfica onde exerce?

Sim

Não

9. Se o paciente está com dúvidas ou não quer parar de fumar, promove a sua motivação para deixar de fumar?

Sim

Não

10. Considera que as consultas de cessação tabágica trazem resultados?

Sim

Não

Talvez

11. Se as organizações de saúde dentárias organizassem formações em cessação tabágica, estaria interessado em participar?

Sim

Não

12. Como se articula com as equipas médicas dessas unidades?

Carta

Telefone

Outros meios _____

13. Sente que a comunicação poderia ser mais adequada?

Especifique _____

14. As ligações que estabeleceu contribuíram para modificar a sua postura face às consultas de cessação tabágica?

Especifique _____

Declaração de Autorização

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, André Príncipe, Médico Dentista, portador do n.º d e OMD 9177 declaro autorizar ao aluno finalista de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa (UFP), Carlos Manuel Lopes Simões, o uso do inquérito, todo ou em parte, que utilizei para conclusão da minha Tese de Mestrado que desenvolvi na UFP e que decorreu no ano de 2013.

Sem mais de momento me subscrevo dato e assino

André Príncipe dos Santos Oliveira da Silva

Imagens

Leucoplasia



Figura 1- Leucoplasia. Imagem retirada de: <http://www.forumsaude24.com/leucoplasia/>

Eritroplasia



Figura 2 – Eritroplasia na região anterior da mucosa jugal. Imagem retirada de: http://screening.iarc.fr/atlasoral_detail.php?flag=0&lang=1&Id=A3000010&cat=A3

Queratose do Fumador



Figura 3 - Queratose do Fumador (Albert & Ward, 2012)

Líquen Plano



Figura 4 - Líquen plano reticular. Imagem retirada de:
http://screening.iarc.fr/atlasoral_detail.php?flag=0&lang=1&Id=A4000037&cat=A4

Cancro Oral



Figura 5 - Cancro Oral (Neville, B.W. e Day, 2002)

Estomatite Nicotínica



Figura 6 - Estomatite Nicotínica (Neville, B.W. e Day, 2002)

Candidíase Hiperplásica



Figura 7 - Candidíase Hiperplástica (Neville, B.W. e Day, 2002)

Glossite Romboide Mediana



Figura 8 – Glossite Romboide Mediana. Imagem retirada de:
http://screening.iarc.fr/atlasoral_detail.php?flag=0&lang=1&Id=F2000004&cat=F3

Língua Pilosa

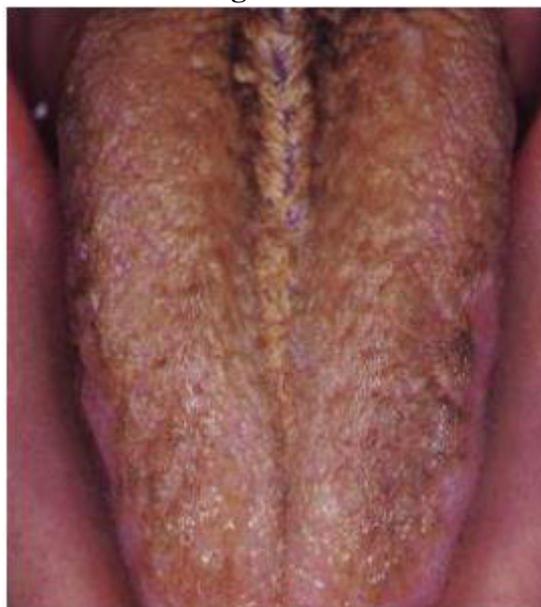


Figura 9 – Língua Pilosa (Albert & Ward, 2012)

Gráficos

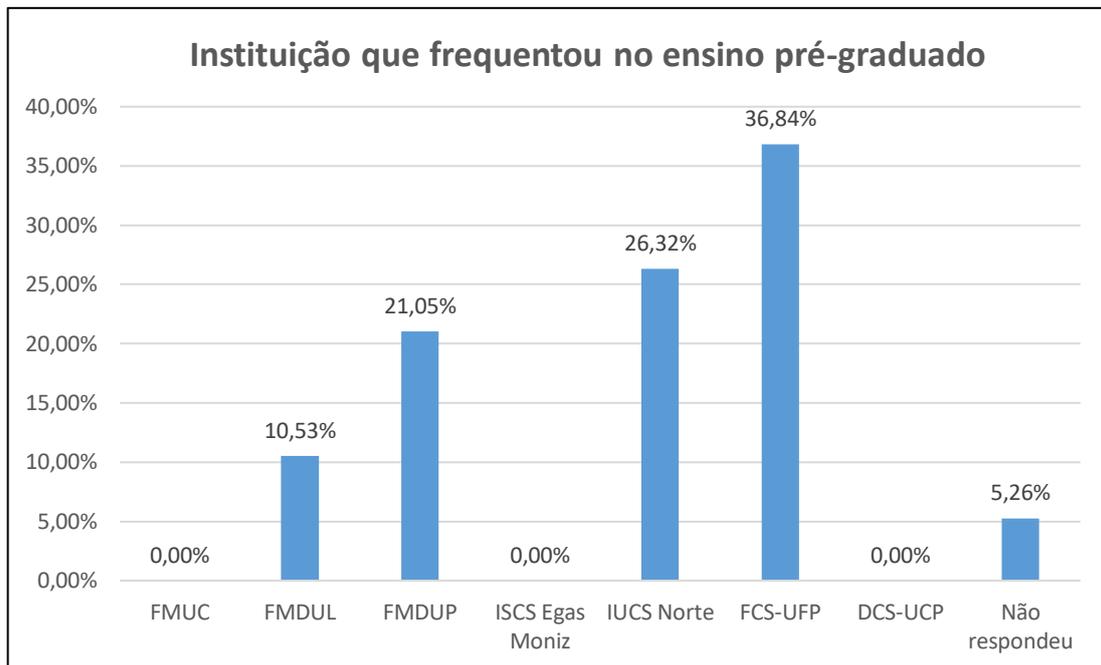


Gráfico 1 - Caracterização da amostra quanto à instituição do ensino pré-graduado frequentado

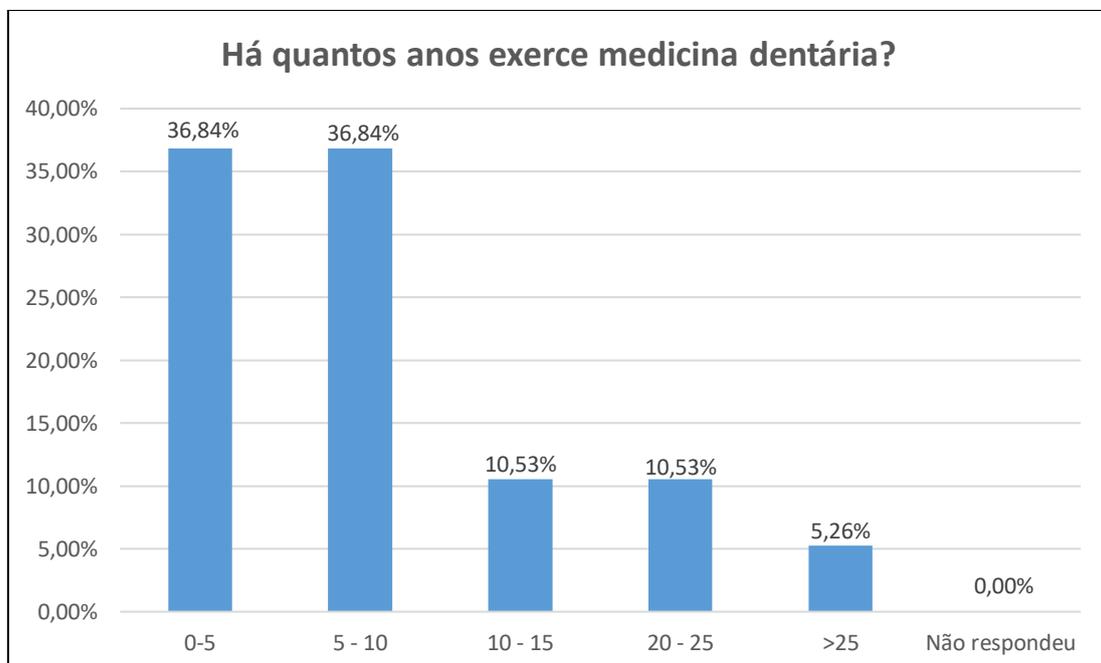


Gráfico 2 - Caracterização da amostra quanto aos anos que exerce medicina dentária

Avaliação do Contributo dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica e seu impacto nos procedimentos médico-dentários em clínicas de Braga (Freguesia de S. Lázaro)

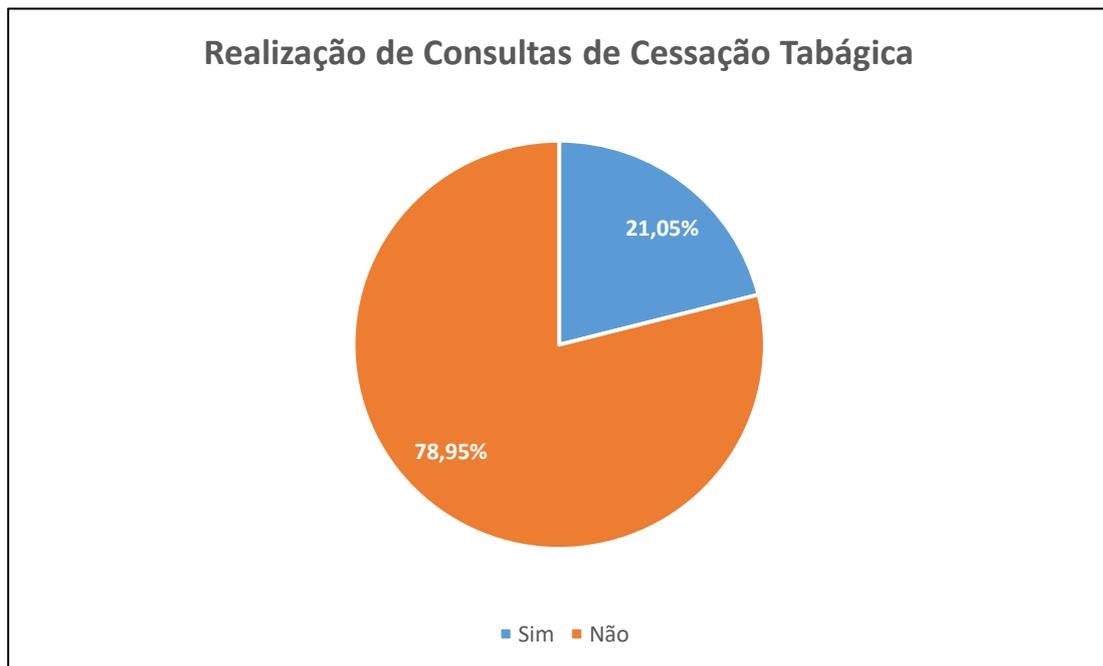


Gráfico 3 - Caracterização da amostra quanto à realização de consultas de cessação tabágica

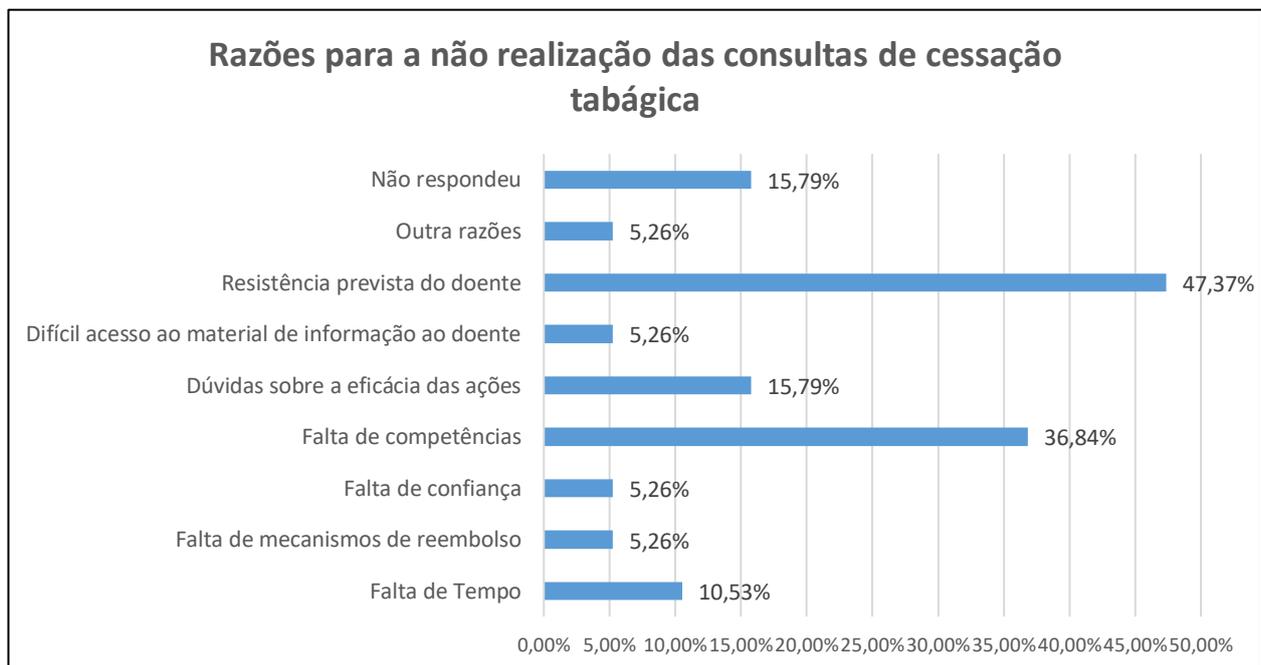


Gráfico 4 - Caracterização da amostra quanto às razões da não realização de consultas de cessação tabágica

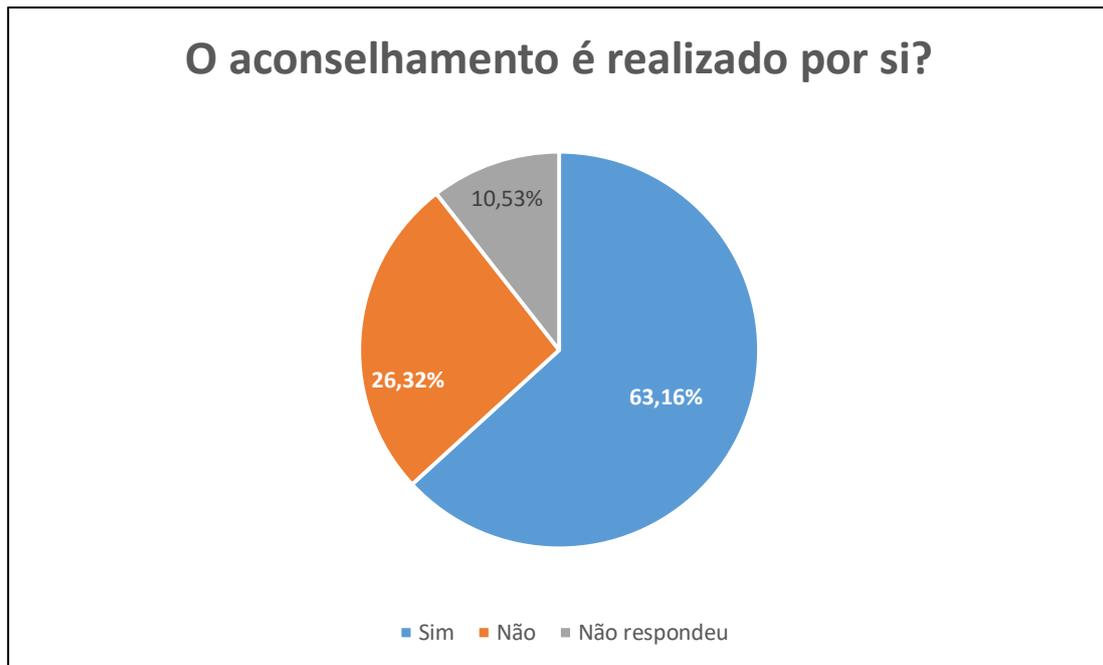


Gráfico 5 - Caracterização da amostra quanto à realização de aconselhamento para cessação tabágica por parte do profissional

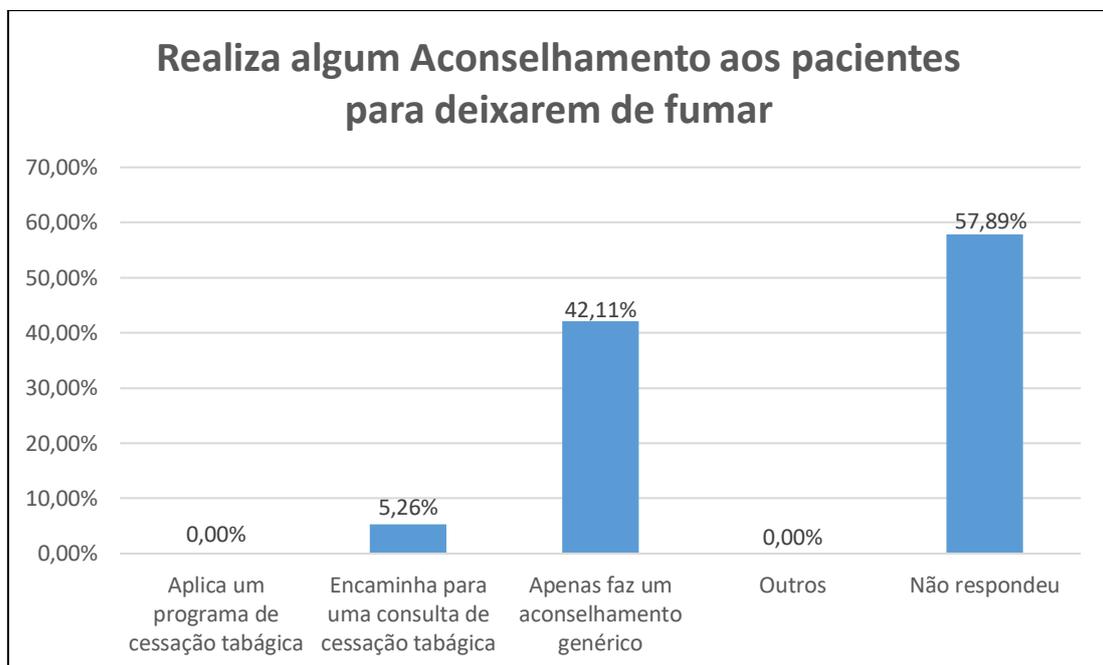


Gráfico 6 - Caracterização da amostra quanto ao facto de qual aconselhamento faz para a cessação tabágica

Avaliação do Contributo dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica e seu impacto nos procedimentos médico-dentários em clínicas de Braga (Freguesia de S. Lázaro)

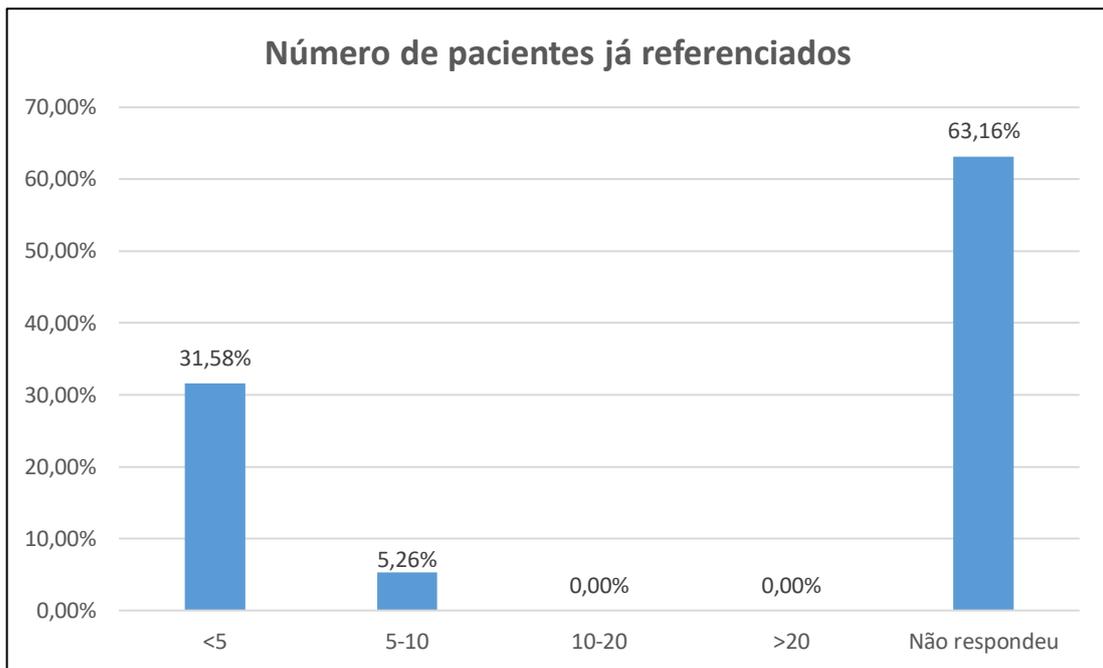


Gráfico 7 - Caracterização da amostra quanto ao número de pacientes que já referenciou

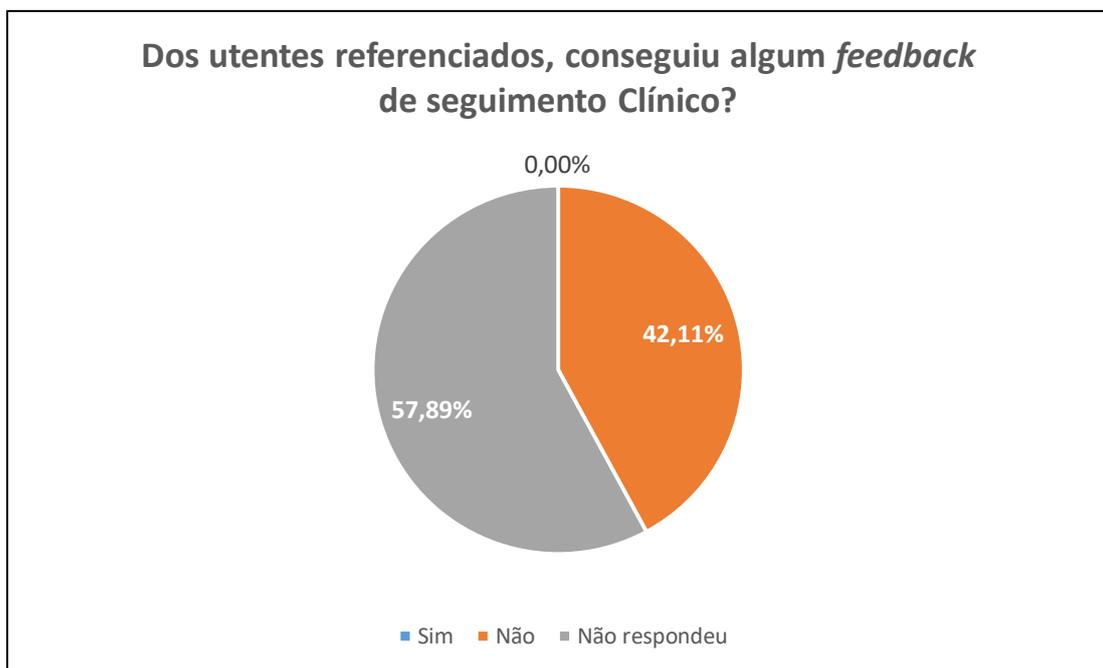


Gráfico 8 - Caracterização da amostra quanto ao facto se obteve algum feedback por parte dos utentes referenciados

Avaliação do Contributo dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica e seu impacto nos procedimentos médico-dentários em clínicas de Braga (Freguesia de S. Lázaro)

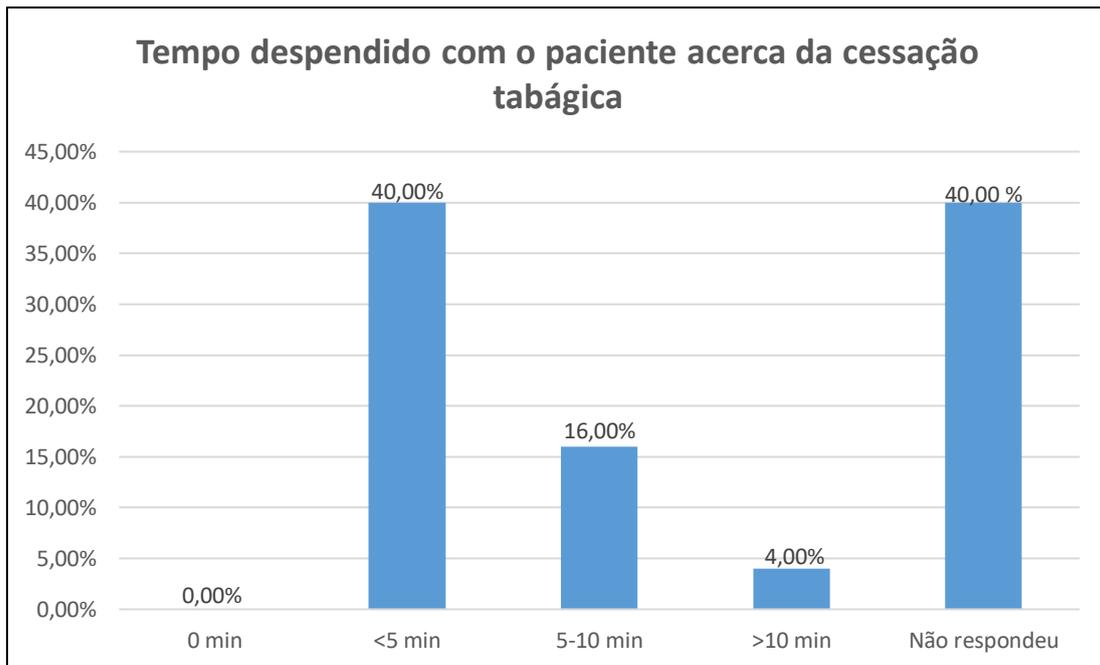


Gráfico 9 - Caracterização da amostra quanto ao tempo despendido para abordar o paciente acerca da cessação tabágica

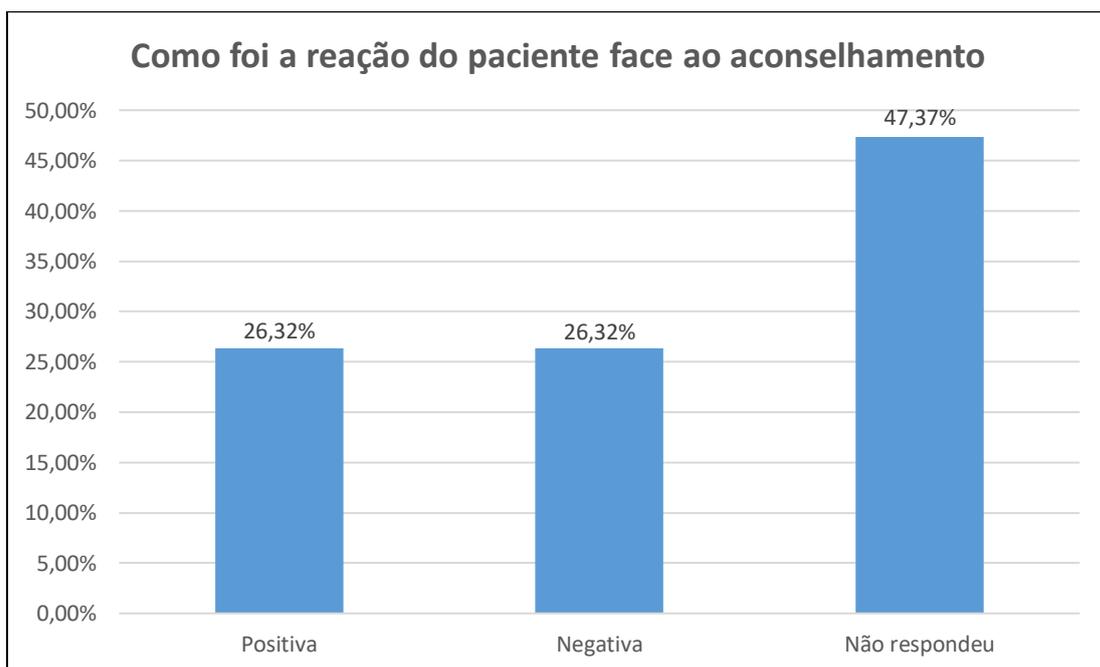


Gráfico 10 - Caracterização da amostra face à reação do paciente ao aconselhamento

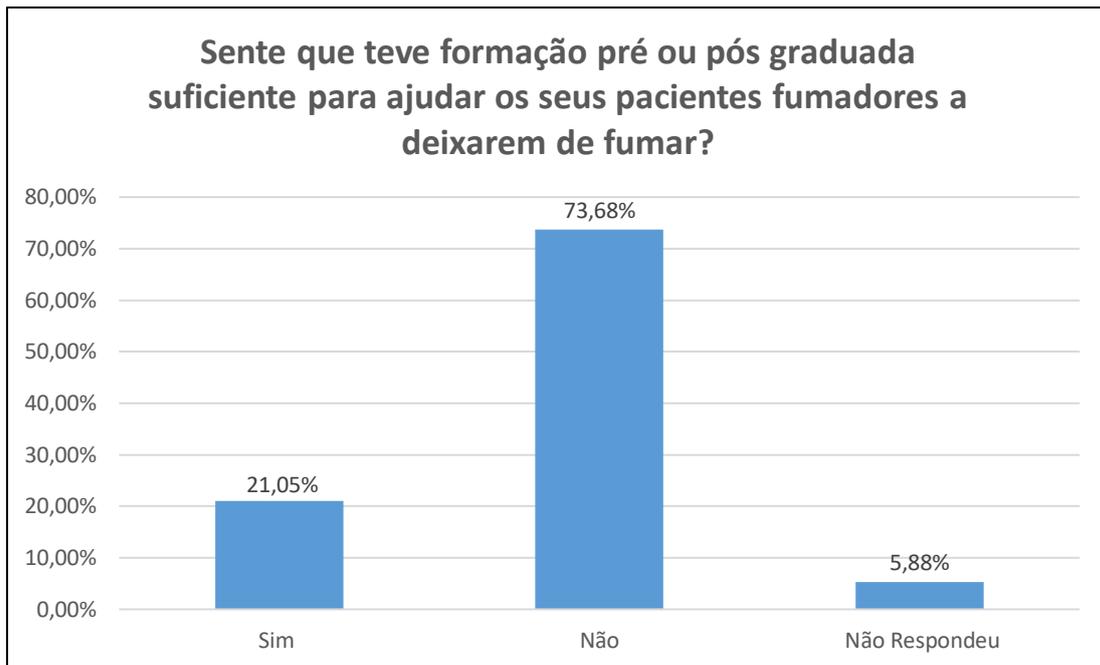


Gráfico 11 - Caracterização da amostra quanto ao facto se sente que teve formação pré ou pós-graduada suficiente para ajudar os seus pacientes fumadores a deixarem de fumar

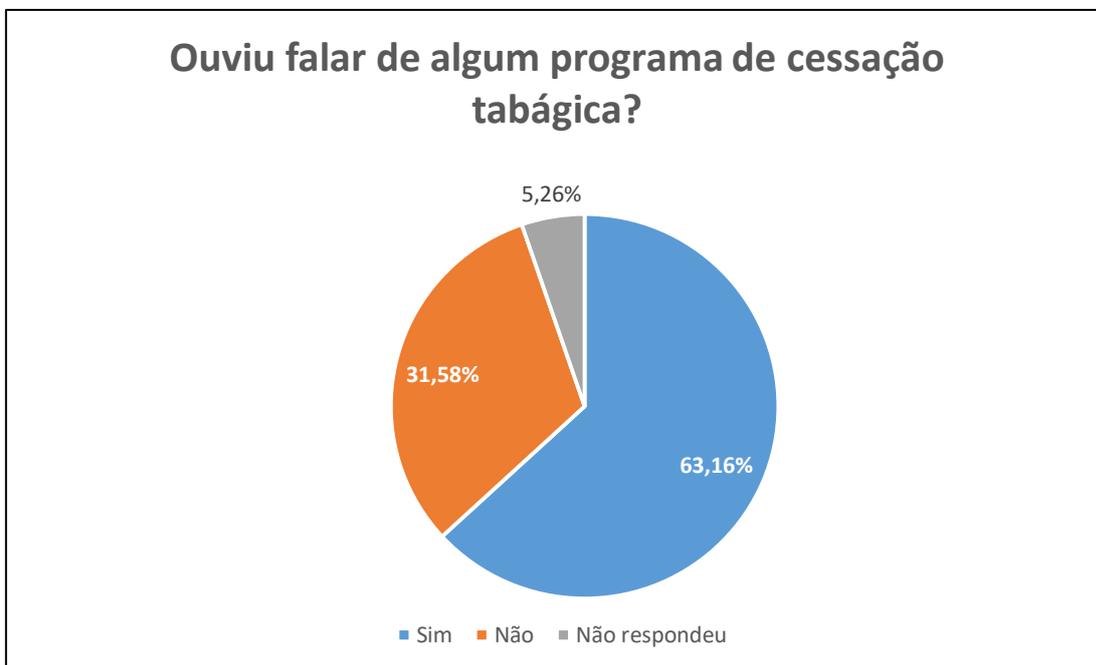


Gráfico 12 - Caracterização da amostra quanto ao conhecimento de programas de cessação tabágica

Avaliação do Contributo dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica e seu impacto nos procedimentos médico-dentários em clínicas de Braga (Freguesia de S. Lázaro)

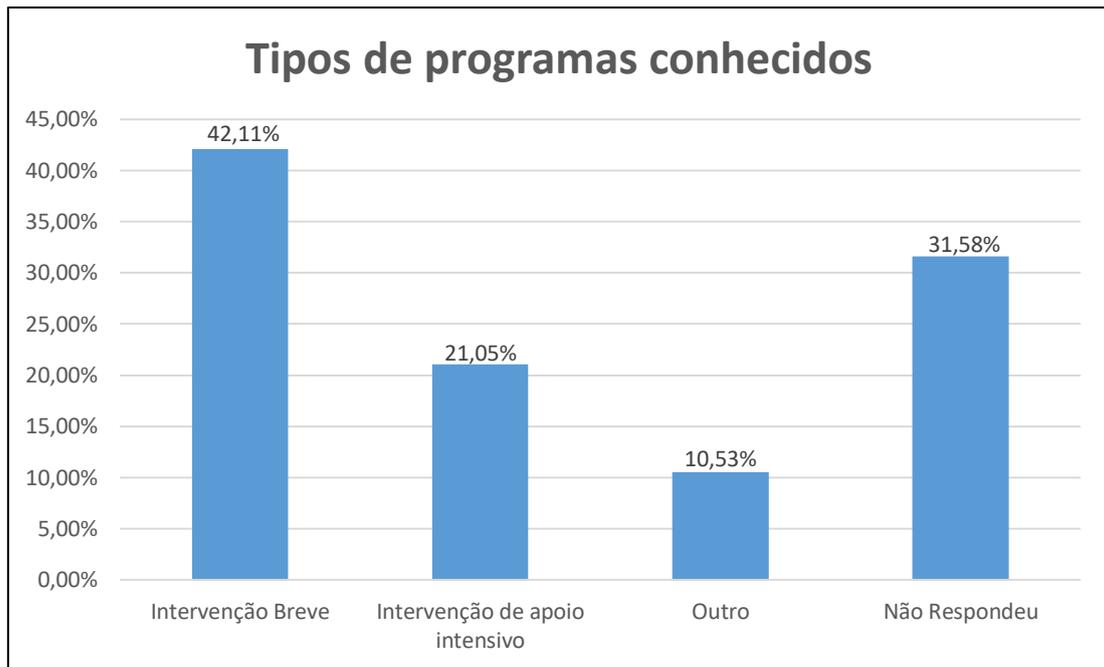


Gráfico 13 - Caracterização da amostra quanto aos tipos de programas existentes conhecidos

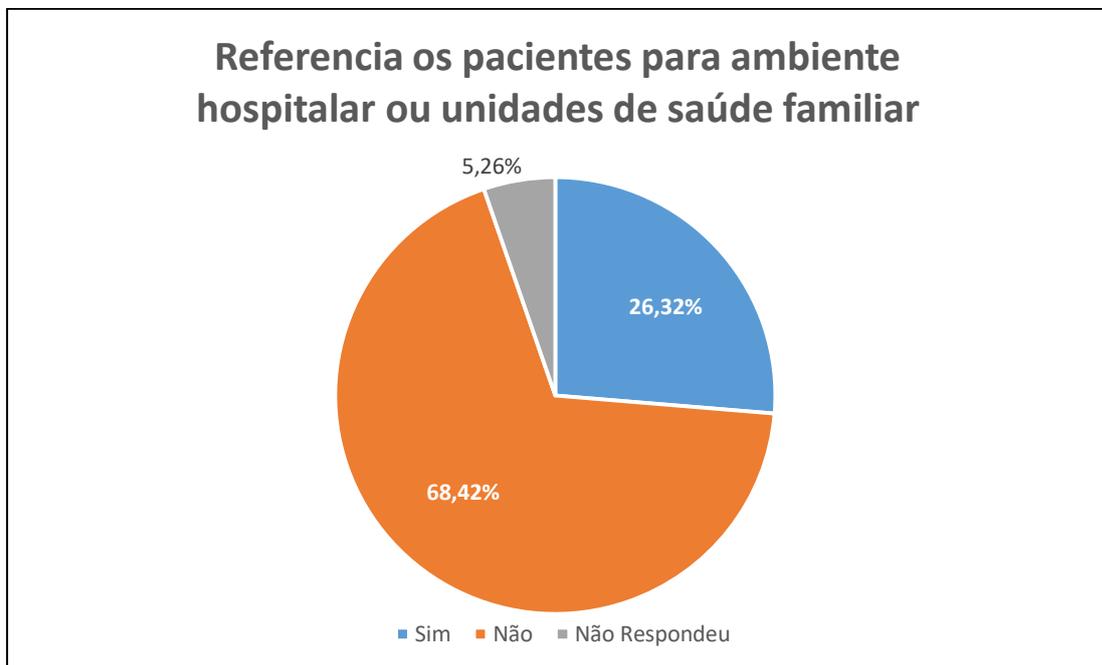


Gráfico 14 - Caracterização da amostra quanto à referenciação dos pacientes para ambiente hospitalar ou unidades de saúde familiar

Avaliação do Contributo dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica e seu impacto nos procedimentos médico-dentários em clínicas de Braga (Freguesia de S. Lázaro)

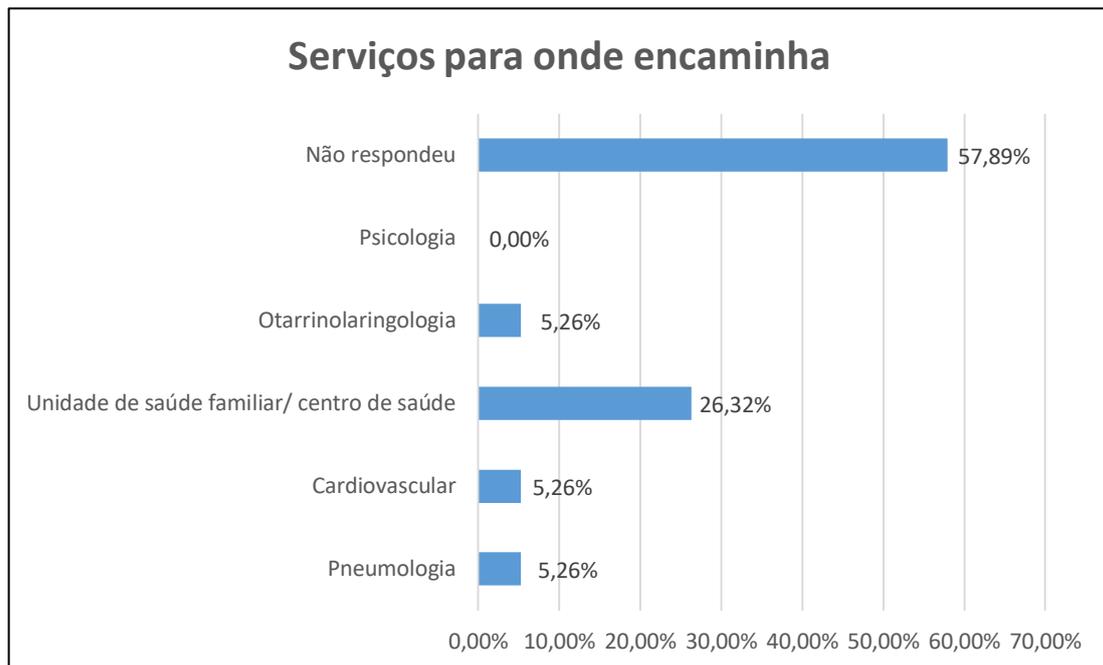


Gráfico 35 - Caracterização da amostra quanto ao tipo de serviços para onde os pacientes são encaminhados

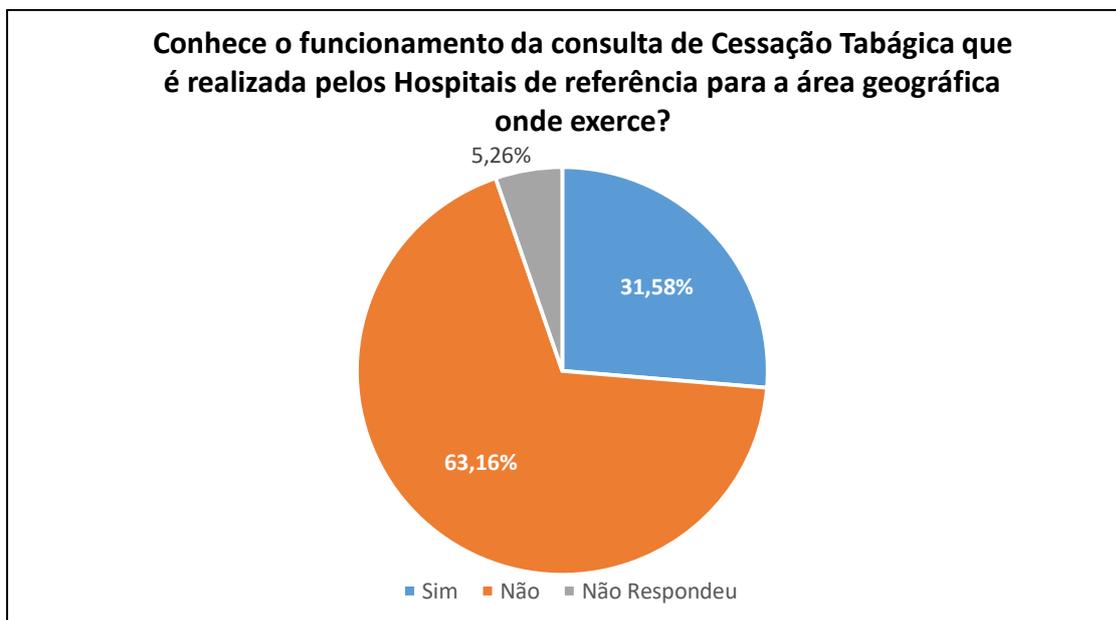


Gráfico 46 - Caracterização da amostra quanto ao conhecimento sobre o funcionamento das consultas de cessação tabágica realizada nos hospitais na área geográfica onde exerce



Gráfico 57 - Caracterização da amostra quanto a promover a motivação do paciente quando este refere dúvidas ou não quer deixar de fumar

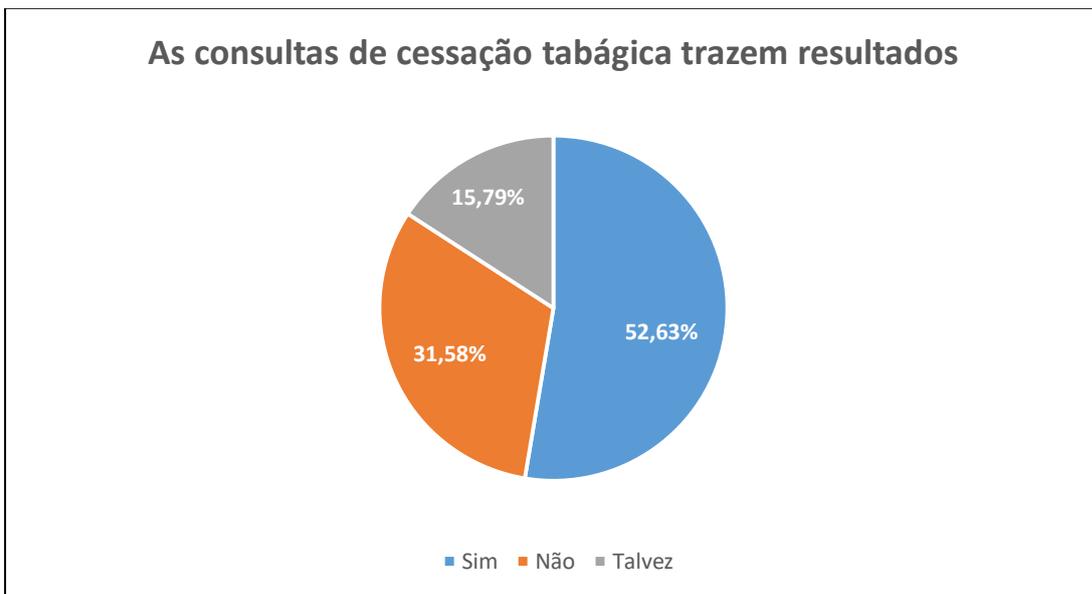


Gráfico 68 - Caracterização da amostra quanto ao facto se as consultas de cessação tabágica trazem resultados



Gráfico 19 - Caracterização da amostra quanto ao facto se estaria interessado em participar em formações em cessação tabágica promovidas pelas organizações de saúde dentária

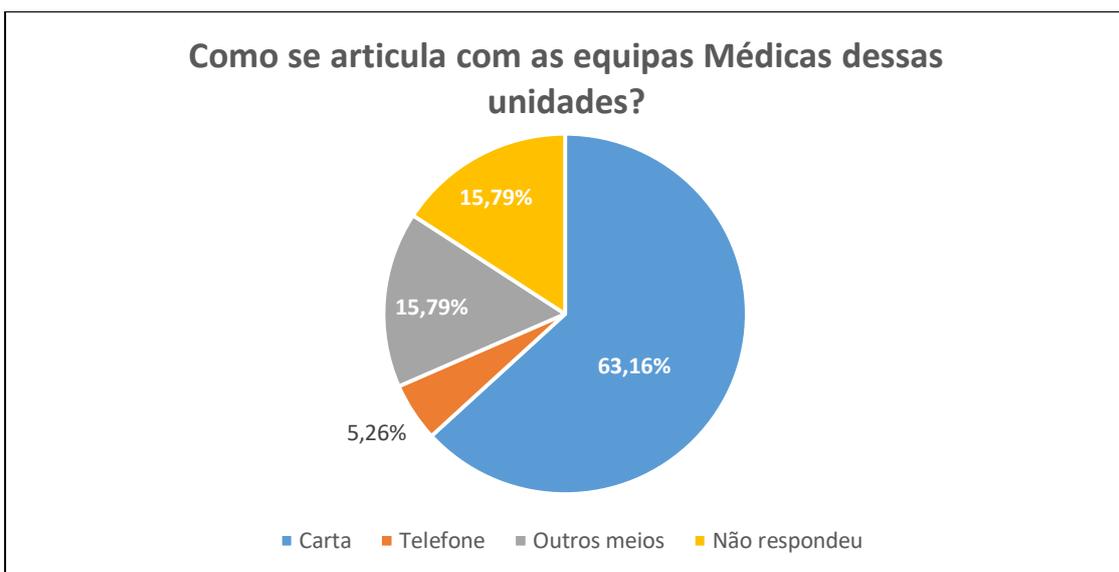


Gráfico 20 - Caracterização da amostra quanto à forma de se articular com as equipas médicas

Avaliação do Contributo dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica e seu impacto nos procedimentos médico-dentários em clínicas de Braga (Freguesia de S. Lázaro)

Tabelas

			Grau de preparação		Total
			Sim	Não	
Anos que exerce	0-5	N	2	5	7
		% em anos que exerce	28,6%	71,4%	100,0%
		% em grau de preparação	50,0%	35,7%	38,9%
	5-10	N	1	6	7
		% em anos que exerce	14,3%	85,7%	100,0%
		% em grau preparação	25,0%	42,9%	38,9%
	10-15	N	0	2	2
		% em anos que exerce	0,0%	100,0%	100,0%
		% em grau de preparação	0,0%	14,3%	11,1%
	20-25	N	1	1	2
		% em anos que exerce	50,0%	50,0%	100,0%
		% em grau preparação	25,0%	7,1%	11,1%
Total	N	4	14	18	
	% em anos que exerce	22,2%	77,8%	100,0%	
	% em grau de preparação	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 1 - Anos de prática clínica/grau de preparação

			Grau de preparação		Total
			Sim	Não	
Universidade	FMDUL	N	0	2	2
		% em que Universidade	0,0%	100,0%	100,0%
		% em grau preparação	0,0%	14,3%	11,1%
	FMDUP	N	1	3	4
		% em que Universidade	25,0%	75,0%	100,0%
		% em grau preparação	25,0%	21,4%	22,2%
	IUCS Norte	N	0	5	5
		% em que Universidade	0,0%	100,0%	100,0%
		% em grau de preparação	0,0%	35,7%	27,8%
	FCS-UIFP	N	3	4	7
		% em que Universidade	42,9%	57,1%	100,0%
		% em grau preparação	75,0%	28,6%	38,9%
Total	N	4	14	18	
	% em que Universidade	22,2%	77,8%	100,0%	
	% em grau de preparação	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 2 - Local de formação /grau de preparação

Lista de Identificação do Médico Dentista

- I – Médico Dentista 1
- II – Médico Dentista 2
- III – Médico Dentista 3
- IV – Médico Dentista 4
- V – Médico Dentista 5
- VI – Médico Dentista 6
- VII – Médico Dentista 7
- VIII – Médico Dentista 8
- IX – Médico Dentista 9
- X – Médico Dentista 10
- XI – Médico Dentista 11
- XII – Médico Dentista 12
- XIII – Médico Dentista 13
- XIV – Médico Dentista 14
- XV – Médico Dentista 15
- XVI – Médico Dentista 16
- XVII – Médico Dentista 17
- XVIII – Médico Dentista 18
- XIX – Médico Dentista 19