

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA



O PAPEL DO MÉDICO DENTISTA NA CESSAÇÃO  
TABÁGICA

Filipa Brazão Santos Morais de Almeida

MESTRADO INTEGRADO

2011



UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA



O PAPEL DO MÉDICO DENTISTA NA CESSAÇÃO  
TABÁGICA

Filipa Brazão Santos Morais de Almeida

Dissertação orientada pela Mestre Sónia Mendes

MESTRADO INTEGRADO

2011



## Agradecimentos:

À Mestre Sónia Mendes pelo rigor, disponibilidade e simpatia com que orientou a realização desta dissertação.

Ao Dr. José Manuel Pádua, Dr. Renato Sotto-Mayor e Dra. Margarida Felizardo pela generosa partilha de conhecimento.

Ao Prof. Dr. Mário Bernardo pela colaboração prestada.

À Cristina Trincheiras, Filipa Castro e André Santos pela indispensável ajuda na distribuição e recolha dos questionários.

À avó Lola e ao Simão pela paciência de rever esta dissertação.

À minha família e a todos aqueles que chamo meus Amigos, pelo apoio incondicional em todos os momentos e por me ajudarem a ser a pessoa que sou.



## Resumo:

O tabaco é anualmente a causa de morte de mais de cinco milhões de pessoas em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde este comportamento nocivo provocou 100 milhões de mortes no século XX e, se esta tendência se mantiver, a mortalidade poderá chegar a um bilião de mortes no século XXI. Os efeitos nefastos provocados pelo consumo do tabaco estão já amplamente estudados e estabelecidos, quer a nível da saúde geral, quer a nível da cavidade oral. Os esforços estabelecidos para a criação de uma Europa livre de tabaco incluem a actuação conjunta dos profissionais de saúde na prevenção primária e secundária deste hábito. Desta forma o médico dentista surge com um papel privilegiado na abordagem ao paciente fumador.

**Objectivos:** Compreender como se processa uma consulta de cessação tabágica, o que fazem actualmente os profissionais da saúde oral no âmbito da motivação e aconselhamento e como podem actuar activamente durante as suas consultas. **Materiais**

**e métodos:** Realização de visitas à consulta anti-tabágica do Hospital de Santa Maria. Realização de um questionário a médicos dentistas da região de Lisboa e respectiva análise descritiva das variáveis no programa SPSS versão 19.0. Elaboração de um possível protocolo de actuação a ser utilizado nas consultas de medicina dentária.

**Resultados:** Apesar de actualmente muitos médicos dentistas afirmarem aconselhar os pacientes fumadores para a cessação (84,1%), referiram ainda muitos obstáculos como a falta de tempo (27,3%), a falta de motivação dos pacientes (60,2%) e a falta de formação (77,8%). No entanto a maioria refere estar interessado em melhorar os seus conhecimentos nesta área (88,9%). **Conclusões:** O médico dentista pode, como parte integrante de uma equipa multidisciplinar, ter um papel activo no processo de cessação tabágica, quer a nível da motivação, quer a nível do suporte e encaminhamento do paciente fumador.

**Palavras-chave:** Tabaco, cessação, estratégia, médico dentista, saúde oral, guidelines.

## **Abstract:**

Tobacco is yearly responsible for five million deaths worldwide. According to the World Health Organization this noxious behavior lead to 100 million deaths in the XX<sup>th</sup> century, and if this tendency is kept, the death rate could reach the billion deaths in the XXI<sup>st</sup> century. The harmful effects associated with tobacco's consumption have already been broadly studied and established, whether in general health and in the oral health. The efforts established for the creation of a tobacco free Europe include the joint action of the healthcare professionals in the primary and secondary prevention of the smoking addiction. In this sense, dentists have an advantaged role in the approach to the smoker. **Objectives:** Understand how to medically act towards smoking cessation, what is currently done by dentists in what this subject is concerned and how can they advise and motivate the patients during their practice. **Methods and Materials:** Conducted visits to smoking cessation sessions, surveys to dentists and further statistical analysis of the data on SPSS 19.0. Establishment of a possible smoking cessation protocol for dental professionals. **Results:** Despite claiming to advise smoking cessation (84,1%), many dentist stated having barriers such as lack of time (27,3%), under motivated patients (60,2%) and lack of specific training (77,8%). Nevertheless, the majority showed interest in upgrading their knowledge in smoking cessation (88,9%). **Conclusions:** Oral health professionals should, as part of a multidisciplinary team, play an active role on smoking cessation strategies, whether motivating, or supporting and guiding the smoking patients.

**Key-words:** Tobacco, cessation, strategy, dentists, oral health, guidelines.

## Índice

<b>I. Introdução:</b> .....	1
1. ALGUNS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CONSUMO DE TABACO .....	1
2. CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE TABACO .....	2
2.1. Cancro oral .....	3
2.2. Lesões pré-malignas da cavidade oral.....	3
2.3. Cáries radiculares .....	4
2.4. Doença periodontal e implantologia.....	5
2.5. Pigmentação dentária e de restaurações .....	6
3. O TABAGISMO COMO DEPENDÊNCIA .....	6
3.1. Fases da dependência .....	8
<b>II. O Papel do médico dentista na cessação tabágica</b> .....	9
<b>III. Objectivos</b> .....	10
<b>IV. Materiais e Métodos</b> .....	11
1. A CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA .....	11
2. PROCEDIMENTOS QUE OS MÉDICOS DENTISTAS EFECTUAM NA SUA CONSULTA .....	11
3. DESCRIÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA NA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA.....	12
<b>V. Resultados</b> .....	12
1. VISITAS À CONSULTA ANTI-TABÁGICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA .....	12
2. PROCEDIMENTOS DOS MÉDICOS DENTISTAS RELATIVAMENTE À CESSAÇÃO TABÁGICA. 13	
2.1. Caracterização da amostra.....	13
2.2. Papel do Médico Dentista .....	14
2.3. Aconselhamento para a cessação tabágica .....	15
2.4. Obstáculos para a cessação tabágica .....	16
3. PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA EM MEDICINA DENTÁRIA: . 18	
3.1 Procedimentos da intervenção breve e mínima para a cessação tabágica .....	18
3.2 Procedimentos a adoptar em pacientes ex-fumadores.....	22
3.3 Terapias farmacológicas utilizadas na cessação tabágica.....	22
<b>VI. Discussão</b> .....	24
1. VISITAS À CONSULTA ANTI-TABÁGICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA .....	24
2. PROCEDIMENTOS DOS MÉDICOS DENTISTAS RELATIVAMENTE À CESSAÇÃO TABÁGICA: 24	
<b>2.1. Caracterização da amostra</b> .....	25

2.2 Papel do médico dentista.....	25
2.3 Aconselhamento para a cessação tabágica .....	26
2.4 Obstáculos para a cessação tabágica .....	27
3. PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA EM MEDICINA DENTÁRIA: .	28
<b>VII. Conclusões.....</b>	<b>29</b>
Bibliografia .....	31
Anexo I: Questionário .....	35
Anexo II: Carta introdutória ao questionário .....	37
Anexo III: Avaliação da dependência – Teste de Fagerström.....	38
Anexo IV: Perfil do fumador .....	39
Anexo V: Avaliação da motivação – Teste de Richmond.....	40
Anexo VI: <i>Guidelines</i> para a prescrição de farmacoterapia para a cessação tabágica .....	41
Anexo VII: Locais públicos de consulta anti-tabágica em Lisboa (Actualizado em Maio de 2010 – Direcção Geral de Saúde).....	43
Anexo VIII: Índice de Tabelas e Figuras .....	44

## **I. Introdução:**

### 1. ALGUNS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CONSUMO DE TABACO

O consumo de tabaco é um dos principais problemas de saúde pública nas sociedades modernas. Anualmente e em todo o mundo o tabagismo é a causa de morte de mais de cinco milhões de pessoas, sendo que cerca de um terço a metade das mortes relacionadas com o tabaco ocorrem prematuramente, em média 15 anos, em relação à esperança média de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) este comportamento nocivo provocou 100 milhões de mortes no século XX e, se esta tendência se mantiver, a mortalidade poderá chegar a um bilião de mortes no século XXI (OMS, 2008). O tabaco, em qualquer uma das suas formas, causa até 90% de todos os cancros de pulmão e é um factor de risco significativo de acidentes cerebrovasculares e cardíacos fatais. Várias décadas de investigação epidemiológica identificaram o fumo do tabaco como a principal causa de mortalidade evitável nos países desenvolvidos (Alves *et al.*, 2006).

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde (Instituto Nacional de Estatística & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009) a percentagem de indivíduos residentes em Portugal fumadores era de 19,7%, dos quais 89,3% fumavam diariamente. A proporção de fumadores era mais elevada na população masculina bem como a de ex-fumadores. A partir dos 45 anos a proporção de ex-fumadores no sexo masculino era particularmente elevada rondando os 45%. O número de cigarros consumidos diariamente também se verificou maior no sexo masculino.

Comparando os resultados dos inquéritos nacionais de 1999 e 2005 verificou-se uma diminuição de 0,7% dos consumidores diários e um aumento de 3,4% de ex-fumadores (Instituto Nacional de Estatística & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2001 e 2009).

## 2. CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE TABACO

O tabaco possui na sua constituição, para além da nicotina, mais de 4.500 substâncias químicas às quais surgem associados efeitos cancerígenos, mutagénicos, tóxicos e irritantes. Além destas substâncias a indústria tabaqueira adiciona outras substâncias químicas cujos efeitos na saúde são ainda pouco conhecidos (Nunes, 2006).

Um estudo de Richard Doll e colaboradores (2004) verificou que metade dos consumidores regulares de tabaco morre em consequência do mesmo, um quarto dos quais entre os 25 e os 69 anos. Segundo o mesmo estudo, pelas alterações sistémicas provocadas pelas substâncias constituintes do tabaco, os fumadores perdem em média dez anos de vida relativamente à esperança média.

Os efeitos do tabaco na saúde são vastos e atingem praticamente todos os órgãos e funções. Estão descritas relações entre o tabaco e o cancro em geral, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias, as doenças gastrointestinais, perturbações endócrinas, a saúde mental, a saúde reprodutiva, alterações cutâneas, entre outros (Nunes, 2006).

Mais especificamente ao nível da cavidade oral, o consumo de tabaco surge associado a um conjunto vasto de lesões e condições das quais se podem evidenciar (Sham *et al.*, 2003):

- ❖ Cancro oral (carcinoma de células escamosas da língua, pavimento bucal, lábio e gengiva, carcinoma verrugoso da mucosa jugal, gengiva e rebordo alveolar);
- ❖ Lesões pré-malignas (leucoplasia, eritroplasia e a queratose do fumador);
- ❖ Cáries radiculares;
- ❖ Doença periodontal (aumento da deposição de placa bacteriana e cálculo, isquémia, inflamação gengival, bolsas periodontais, recessão gengival, perda de osso alveolar, peri-implantite);
- ❖ Halitose;
- ❖ Alteração do paladar e cheiro;
- ❖ Pigmentação dentária e de restaurações.

Estas manifestações orais relacionadas com o consumo de tabaco serão de seguida sucintamente abordadas, visto que têm interesse para a prática clínica do

médico dentista e podem relacionar-se com a motivação para a cessação tabágica dos pacientes.

### **2.1. Cancro oral**

A forma de cancro oral mais prevalente é o carcinoma de células escamosas. Este tipo de cancro apresenta-se geralmente como uma lesão endurecida, com ulceração não dolorosa de margens elevadas, com coloração esbranquiçada ou avermelhada. É mais comum nos bordos laterais da língua e pavimento bucal. A etiologia é ainda desconhecida, no entanto, de todos os factores de risco conhecidos, o tabaco é o mais importante (Regezi *et al.*, 2008).

### **2.2. Lesões pré-malignas da cavidade oral**

As lesões pré-malignas são definidas como “ tecido morfológicamente alterado onde existe maior probabilidade de malignização do que num tecido aparentemente normal” (Amagasa *et al.*, 2011). A lesão mais comum é a leucoplasia, sendo a eritroplasia e a queratose do fumador menos frequentes.

Em 1978 a OMS definiu leucoplasia como uma lesão branca que não pode ser removida ou caracterizada como qualquer outra lesão, não sendo uma entidade histológica uma vez que este tipo de lesões tem uma grande variedade de alterações microscópicas. Em 1983 foi redefinida acrescentando o facto de não estar associado a agentes químicos ou físicos, excepto o tabaco (WHO, 1978).

A leucoplasia afecta preferencialmente indivíduos com mais de quarenta anos sem predilecção pelo sexo, sendo que existe um potencial de malignização superior a 43%. Estudos de Álvarez e colaboradores (2010) revelam uma relação entre o tabaco e o aparecimento deste tipo de lesões. Revelam ainda uma evidente relação dose-resposta, quer isto dizer que, quanto maior número de cigarros o paciente fumar, maior é a prevalência deste tipo de lesões. Pensa-se que a cessação tabágica possa reduzir em cerca de 36% os casos de leucoplasia e em 26% os casos de transformação maligna (Amagasa *et al.*, 2011).

A eritroplasia, embora menos comum, é também uma lesão pré-maligna sendo o tabaco descrito como um dos factores de risco para o seu desenvolvimento. A

eritroplasia é definida como qualquer lesão da mucosa oral que apresente placas vermelhas de aspecto aveludado, que não possa ser caracterizada clínica ou histopatologicamente como nenhuma outra condição reconhecível. A causa deste tipo de lesões é desconhecida mas pensa-se que os factores etiológicos envolvidos sejam semelhantes aos do cancro oral (Reichart & Philipsen, 2004). É portanto neste âmbito que o tabaco constitui um factor de risco para o desenvolvimento destas lesões pré-malignas, potenciando a sua malignização, que é superior face ao potencial de malignização das leucoplasias.

O papel do médico dentista na detecção oportunista deste tipo de lesões dos tecidos moles, sejam elas pré-malignas ou malignas, é bastante importante de modo a que sejam detectadas precocemente. O profissional de saúde oral deverá inspeccionar cuidadosamente e com frequência toda a mucosa oral e lingual de todos os pacientes, dando especial atenção aos bordos laterais e face ventral da língua, pavimento bucal, gengiva, mucosa jugal e retrocomissural, palato e também lábios, regiões onde com mais frequência surgem este tipo de lesões (Regezi *et al.*, 2008; Álvarez *et al.* 2010). Deverá também estar alerta em casos de lesões não homogéneas em termos de cor e textura uma vez que têm maior potencial de malignização (Amagasa *et al.*, 2011).

### **2.3. Cáries radiculares**

Os estudos que referem uma maior prevalência de cáries radiculares em pacientes fumadores não têm em consideração factores como dieta ou higiene oral, o que pode de certa forma condicionar os resultados. Contudo, é possível encontrar uma explicação para o surgimento de cáries radiculares em pacientes fumadores visto que tem sido demonstrado que o fumo do tabaco prejudica a função salivar, diminuindo o efeito tampão exercido pela saliva na cavidade oral. Este efeito é de extrema importância na protecção contra o aparecimento de cáries (Warnakulasuriya *et al.*, 2010).

Winn em 2001 defendeu que apenas o consumo de tabaco de mascar é um factor de risco devido à quantidade de açúcar presente na pasta de mascar, verificando-se um ligeiro aumento na prevalência de cárie ou restaurações classe V nos pacientes fumadores.

## 2.4. Doença periodontal e implantologia

Os pacientes fumadores tem quatro vezes maior probabilidade de desenvolver doença periodontal do que os não fumadores e parecem ter uma prevalência elevada de periodontite agressiva generalizada (Johnson, 2001).

Existem vários estudos com o objectivo de estabelecer a influência do tabaco na doença periodontal tendo estes estabelecido que, comparando fumadores com não fumadores, ambos com periodontite, os primeiros possuem:

1. Profundidade de sondagem maior e muitas bolsas profundas (Feldman *et al.*, 1983).
2. Maior perda no nível de inserção e maior recessão gengival (Grossi *et al.*, 1994; Linden & Mullally, 1994).
3. Maior perda de osso alveolar (Bergstrom & Floderus Myhred, 1983; Grossi *et al.*, 1995).
4. Maior perda de peças dentárias (Osterberg & Mellstrom, 1986; Krall *et al.*, 1997).
5. Menor prevalência de gengivite e hemorragia à sondagem (Feldman *et al.*, 1983; Preber & Bergstrom, 1985; Bergstrom & Preber, 1986).
6. Maior prevalência de lesões de furca (Mullally & Linden, 1996).
7. Baixo nível de inflamação gengival marginal e tendência a aparência mais fibrosa com um pouco de edema (Lindhe *et al.*, 2005).
8. Maior mobilidade dentária (Sham *et al.*, 2003).

De referir também que a gravidade da doença vai aumentando com o aumento da frequência de consumo tabágico (Sham *et al.*, 2003).

Um outro aspecto importante é a colocação de implantes em pacientes fumadores. A utilização de implantes dentários tem vindo cada vez mais a ser considerada uma boa alternativa à reabilitação de espaços edêntulos. No entanto, a colocação de implantes como acto cirúrgico implica cuidados especiais durante todo o processo. Assim, o consumo de tabaco é considerado, por alguns autores, uma contra-indicação relativa para a colocação de implantes dentários (De Lucca *et al.*, 2006; Strietzel *et al.*, 2007; Heitz-Mayfield & Huynh-Ba, 2009).

Um estudo clínico revelou que o consumo de um único cigarro pode reduzir a velocidade de circulação do sangue periférico em 40 %. Este facto, associado também ao calor libertado durante a combustão do tabaco e aos seus constituintes, actuam como contaminantes da ferida cirúrgica. Aliado também ao movimento de sucção podem comprometer a manutenção do coágulo sanguíneo em torno do implante interrompendo o processo de cicatrização (De Bruyn & Vandeweghe, 2009).

Um outro estudo de Schwartz *et al.* (2002) mostra que as complicações associadas à colocação de implantes em pacientes fumadores são mais prevalentes em pacientes que consomem mais de 10 cigarros por dia e que fumam há mais tempo. Entre possíveis complicações surgem: mobilidade dentária, dor, infecção, peri-implantite e perda óssea vertical acentuada.

Assim, mesmo não sendo uma contra-indicação absoluta para a colocação de implantes, o tabaco é um factor de risco a considerar na planificação deste tipo de tratamentos.

## **2.5. Pigmentação dentária e de restaurações**

Cada vez mais o conceito de estética intervém no dia-a-dia da população e este aspecto pode ser interessante considerar durante a realização do plano de tratamento em medicina dentária. Torna-se portanto importante considerar as alterações estéticas provocadas pelo tabaco, entre elas a pigmentação não só dos dentes naturais, mas também dos materiais restauradores como compósitos, amálgamas e até mesmo as resinas acrílicas utilizadas em reabilitações com prótese removível (Watt *et al.*, 2003). Uma vez que é um factor cada vez mais valorizado pela população em geral poderá ser um meio eficaz para motivar a cessação tabágica.

## **3. O TABAGISMO COMO DEPENDÊNCIA**

O fumo do cigarro tem inúmeros constituintes, dos quais o mais conhecido e responsável pelo estado de dependência é a nicotina. Apesar de amplamente conhecidos os malefícios do tabaco e dos esforços realizados nas áreas da prevenção primária e

secundária, o consumo de tabaco mantém-se elevado (Jain, 2003). O mecanismo de dependência pode ser dividido num processo de dependência física e num processo de dependência psicológica.

A dependência física caracteriza-se pela síndrome de privação caracterizada pelo desejo para fumar (“*craving*”) e a sensação de perda, quando o fumador cessa o hábito, mesmo que por um curto espaço de tempo. A dependência psicológica surge associada ao prazer de fumar, às melhorias das funções cognitivas, à melhor gestão do stress e ainda à regulação do peso e apetite (Alves *et al.*, 2006). A nicotina tem assim inúmeros efeitos no humor e performance desenvolvendo sintomas semelhantes aos provocados pelo consumo de drogas de adição. Os critérios primários de classificação da dependência são: forte desejo ou compulsão para consumir a substância; dificuldade em controlar o consumo; síndrome de abstinência; desenvolvimento de tolerância; perda progressiva do interesse por actividades sociais, laborais ou de lazer, devido ao uso da substância ou aumento do tempo dedicado à sua obtenção ou à sua utilização; persistência do consumo, mesmo quando já existem sintomas evidentes de doença (Nunes, 2006).

Esta dependência poderá ser explicada pela acção da nicotina nos receptores de acetilcolina pré e pós-sinápticos. Esta vai facilitar a libertação de neurotransmissores, incluindo a acetilcolina, dopamina, noradrenalina, serotonina, beta-endorfina e glutamato. Vai também estimular a libertação de hormonas do crescimento como a hormona adrenocorticotrófica e a prolactina. Os efeitos estimulantes do tabaco parecem ser mediados pela libertação de dopamina mediada pela nicotina. Dependendo de cada caso, a nicotina pode induzir sensação de bem-estar, reduzir ansiedade, ajudar a manter a vigilância cognitiva e provocar quer excitação, quer relaxamento. No entanto, não está ainda claro em que extensão estes efeitos são efeitos primários intrínsecos da acção da nicotina ou se apenas reflectem o alívio de sintomas de cessação, que podem surgir logo após duas horas de abstinência (Warnakulasuriya *et al.*, 2005).

A nicotina causa não só estas alterações funcionais mas também estruturais ao nível do sistema nervoso central como o aumento da densidade de receptores de nicotina. No entanto, enquanto 90 a 95% das pessoas que consomem tabaco todos os dias, apresentam sinais de dependência, há uma pequena percentagem de consumidores

ocasionais, que apesar de consumirem a mesma quantidade de nicotina em cada cigarro não mostram sinais de dependência.

São os sintomas de cessação como irritabilidade, impaciência, dificuldade em relaxar, concentrar-se e dormir, aumento de apetite e consequente aumento de peso, ansiedade e depressão, que parecem ser responsáveis pelas recaídas a curto prazo. Estes sintomas surgem, geralmente em baixo grau, algumas horas após o último cigarro, devido à diminuição dos níveis sanguíneos de nicotina atingindo o seu pico nos primeiros 2-3 dias de cessação. No entanto, tendem a normalizar em 3 a 6 semanas apesar do desejo de fumar, aumento do apetite e aumento de peso se manterem por vezes durante muitos meses (Warnakulasuriya *et al.*, 2005).

### **3.1.Fases da dependência**

Actualmente o modelo transteórico é o modelo cognitivo mais amplamente utilizado para descrever o processo de cessação tabágica (Hilgers & Kinane, 2004). Este modelo, constituído por um ciclo contínuo de cinco estádios, é de extrema importância e utilidade para compreender em que estádio está cada paciente e qual o tipo de suporte mais adequado para atingir o sucesso. Estes cinco estádios são:

- Pré-contemplação – o paciente não está consciente de que o hábito tabágico é causa do seu problema e não tem a intenção de parar. Nestes pacientes o objectivo é a consciencialização do problema e guiar o paciente para o estádio de contemplação.
- Contemplação – o paciente está consciente de que o tabaco é causa do seu problema e expressa a intenção de parar em seis meses. Neste caso o objectivo é reforçar e encorajar o paciente a seguir essa intenção.
- Preparação – o paciente quer parar em menos de um mês. Geralmente são pacientes que já tentaram deixar o hábito anteriormente, mas sem sucesso. Nestes pacientes devem ser oferecidas opções de terapêuticas coadjuvantes.
- Acção – o paciente deixa de fumar e mantém-se em abstinência inicial (primeiros 6 meses). Devem ser estabelecidos esforços para controlar quaisquer sintomas de abstinência.
- Manutenção – o paciente mantém-se sem fumar continuamente durante seis meses, no entanto considera difícil manter a abstinência. Nestes pacientes o objectivo será evitar uma recaída.

A inclusão do doente em cada estágio poderá orientar o médico dentista nas estratégias mais adequadas a implementar individualmente na cessação tabágica, tornando mais personalizada e eficaz a sua actuação.

## II. O Papel do médico dentista na cessação tabágica

“Todos os profissionais da saúde – individualmente e através das suas associações profissionais – têm um papel fundamental na luta contra o tabagismo. Os profissionais da saúde contam com a confiança da população, dos meios de comunicação e dos líderes de opinião, e a sua voz faz-se ouvir numa extensa variedade de âmbitos sociais, económicos e políticos.” (FDI & OMS, 2006). De acordo com a *American Dental Association* “os dentistas têm um papel chave no aconselhamento da cessação tabágica”. Este papel advém do facto dos pacientes visitarem o seu médico dentista com mais frequência que o médico de clínica geral, o que lhes concede um contacto mais próximo com os mesmos. Desta forma, o médico dentista terá um papel privilegiado na motivação para a cessação tabágica e na prevenção das doenças relacionadas com o tabaco (Parker, 2002). O reconhecimento deste papel impulsiona uma alteração da ideia tradicional de médico dentista como “aquele que trata dentes”, para passar a ter um papel interventivo na prevenção e modificação de hábitos e comportamentos dos seus doentes.

Por outro lado, numerosos são os motivos, não só de ordem ética e moral mas também de ordem prática, que deverão mover os médicos dentistas a participarem activamente no controlo e prevenção do tabagismo (Petersen, 2003), entre os quais:

- A influência negativa do tabaco na saúde oral.
- Contacto com população mais jovem e seus encarregados de educação podendo influenciar na decisão de não iniciar ou cessar hábitos tabágicos, antes que se tornem uma forte dependência.
- Mais tempo de contacto com os doentes permitindo a implementação de métodos de prevenção ou até mesmo de motivação para a cessação.

- Dever de informar os seus doentes das consequências nefastas do consumo de tabaco na saúde em geral e na saúde oral em particular.
- Capacidade de serem eficazes na ajuda ao doente em deixar o hábito, sendo um reforço à intervenção do médico especialista.

Torna-se então pertinente tentar compreender qual é o papel do médico dentista, como prestador de cuidados de saúde, no processo de cessação tabágica. Por outro lado, também será interessante verificar se, na sua prática clínica, os médicos dentistas portugueses promovem este aconselhamento.

### **III. Objectivos**

No âmbito desta dissertação foram estabelecidos os seguintes objectivos:

- ❖ Conhecer os procedimentos e o modo de actuação de uma consulta anti-tabágica (assistir e acompanhar pacientes fumadores neste tipo de consultas).
- ❖ Conhecer que tipo de procedimentos são realizados pelos médicos dentistas na motivação dos seus pacientes para a cessação tabágica.
- ❖ Descrever, com base numa revisão da literatura actual, um protocolo de actuação para a cessação tabágica a aplicar numa consulta de Medicina Dentária.

## **IV. Materiais e Métodos**

### **1. A CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA**

De modo a conhecer os procedimentos e o modo de funcionamento de uma consulta anti-tabágica foram realizadas visitas ao Hospital de Santa Maria em Lisboa. Nessas visitas assistiu-se a algumas consultas da Dra. Margarida Felizardo.

### **2. PROCEDIMENTOS QUE OS MÉDICOS DENTISTAS EFECTUAM NA SUA CONSULTA**

Para conhecer que procedimentos anti-tabágicos são adoptados pelos médicos dentistas na sua consulta foi realizado um estudo observacional e transversal. O estudo foi submetido e aprovado pelo Conselho Científico da FMDUL.

Os dados foram recolhidos através de um questionário aplicado a médicos dentistas a exercerem a sua actividade clínica no Concelho de Lisboa. A amostra do estudo foi uma amostra de conveniência. Foram incluídos no estudo todos os médicos da consulta externa da FMDUL e de consultórios privados da região de Lisboa, onde o questionário foi distribuído, e que aceitaram participar no estudo voluntariamente.

A distribuição do questionário (Anexo I) foi realizada pessoalmente pela investigadora do estudo nos consultórios e clínicas e foi auto-preenchido pelo médico dentista. De modo a facilitar a distribuição e recolha dos questionários foi solicitada a colaboração das recepcionistas ou assistentes dentárias das clínicas incluídas na amostra. O questionário era anónimo e devolvido em envelope fechado de modo a garantir a confidencialidade dos dados. A acompanhar o questionário seguia uma carta a explicar os objectivos e procedimentos do estudo (Anexo II). Todos os médicos que devolveram voluntariamente o questionário preenchido foram incluídos no mesmo.

O questionário era composto por dezasseis questões. As primeiras quatro, relativas a dados gerais do médico: idade, sexo, local e ano de formação. As nove questões seguintes, relativas aos procedimentos adoptados pelos médicos dentistas nas estratégias de cessação tabágica. Por último, as últimas três questões pretendiam

compreender quais os obstáculos sentidos para a realização deste tipo de procedimentos. No final do questionário existia a possibilidade do médico deixar algum comentário ou sugestão.

O instrumento de recolha de dados foi criado para o efeito com base na revisão da literatura. De modo a proceder à sua análise de conteúdo o questionário foi submetido à apreciação de três peritos: um médico dentista, um médico psiquiatra e um médico pneumologista. Após apreciação foram feitas as alterações necessárias e finalmente distribuída a versão final do questionário.

A análise dos dados foi efectuada no programa SPSS versão 19.0, no qual se realizou a análise descritiva das várias variáveis.

### 3. DESCRIÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA NA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA

Para a descrição do protocolo de actuação foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *PubMed*, *Science Direct* e *B-on*. As palavras-chave utilizadas nessa pesquisa incluíram: *tobacco*, *role*, *dentists*, *cessation*, *tobacco and oral health*, *strategy*, *guidelines*. Para além destas palavras-chave foram também pesquisadas as referências bibliográficas citadas nos artigos pesquisados.

## V. Resultados

### 1. VISITAS À CONSULTA ANTI-TABÁGICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

Foram realizadas duas visitas à consulta anti-tabágica do Hospital de Santa-Maria. Nestas consultas foram vistos 7 pacientes, fumadores e ex-fumadores, dos quais 3 do sexo feminino e 4 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 33 e 60 anos.

Duas das consultas acompanhadas foram primeiras vezes e nestas a médica começava por realizar a história clínica do doente, avaliando quaisquer patologias associadas. Eram pedidos exames complementares (análises de rotina – hemograma, triglicéridos e TSH; ECG; radiografia ao tórax e provas de função respiratória), avaliado

o grau de dependência, perfil de fumador e grau de motivação. Os tipos de farmacoterapia disponíveis eram explicados ao doente para que na consulta seguinte, após cerca de 3 meses, escolhesse qual preferia realizar. Inicialmente foi sempre aconselhada a redução do número de cigarros fumados, para apenas aqueles que dessem maior prazer ao fumador (ex. o primeiro da manhã ou após refeições). Nestas consultas verificou-se também a preocupação de não iniciar a cessação tabágica se o paciente se encontrasse numa fase da vida pouco estável emocionalmente. Este facto prende-se com a necessidade de um bom suporte emocional e familiar para iniciar o processo de cessação.

Existem outras estratégias que foram conhecidas na consulta anti-tabágica. Por exemplo, a cessação em conjunto, a implementação de um novo regime alimentar e de exercício físico antes de iniciar o tratamento. A cessação em conjunto visa envolver no processo familiares, amigos ou companheiros que também sejam fumadores com o objectivo de reforçar o suporte psicológico e a motivação de ambos, e ainda reduzir a convivência com outros fumadores que possam incentivar a recaída. O estabelecimento de um novo regime alimentar e de exercício físico vai permitir tranquilizar os fumadores com maior receio de ganhar peso ao deixar o hábito, minimizando o impacto deste no processo de cessação e promovendo um estilo de vida mais saudável.

Nos pacientes de seguimento eram registados os principais sintomas e dificuldades sentidas, as recaídas, as alterações nos exames complementares e era ajustada a dose de terapêutica, se necessário. Após um ano sem recaídas era dada alta ao paciente.

## 2. PROCEDIMENTOS DOS MÉDICOS DENTISTAS RELATIVAMENTE À CESSAÇÃO TABÁGICA

### 2.1. Caracterização da amostra

Foram distribuídos 85 questionários, dos quais 63 foram preenchidos e devolvidos, aceitando participar no estudo, tendo-se obtido uma taxa de resposta de 74%.

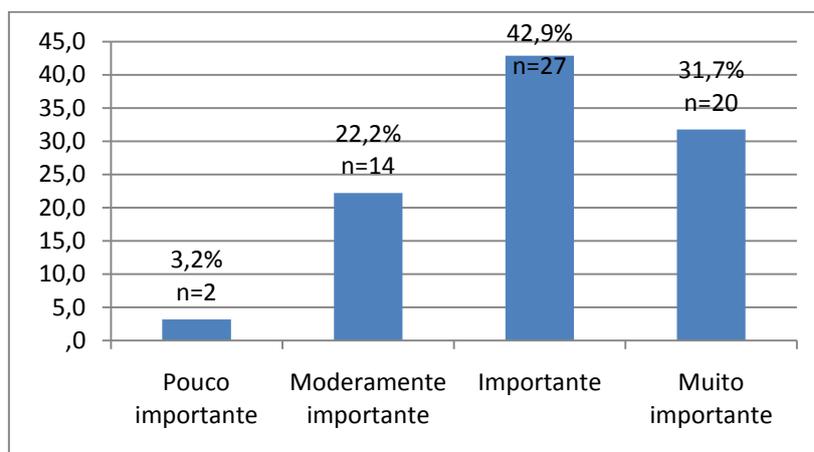
Dos 63 médicos dentistas que participaram no estudo, 58,7% eram do sexo feminino e 41,3% do sexo masculino. Foram incluídos médicos dentistas com idades compreendidas entre os 24 e os 55 anos, sendo a média de idades de  $31,5 \pm 7,97$  anos.

No que diz respeito à sua formação a grande maioria ( $n=47$ ; 74,5%) dos médicos dentistas realizaram a sua formação na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. No entanto, foram também incluídos médicos dentistas de outras faculdades, como Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz ( $n=9$ ; 14,3%), Universidade Fernando Pessoa ( $n=1$ ; 1,6%), Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra ( $n=2$ ; 3,2%), Universidade Católica de Viseu ( $n=1$ ; 1,6%), Argentina ( $n=1$ ; 1,6%), Brasil ( $n=1$ ; 1,6%) e Moçambique ( $n=1$ ; 1,6%).

Relativamente ao número de anos desde a sua formação pré-graduada foram incluídos médicos dentistas recém-licenciados em 2010 ( $n=4$ , 6,5%) até médicos com 30 anos de prática clínica ( $n=1$ , 1,6%). A média de anos desde a formação foi de  $8,7 \pm 7,2$  anos e a moda foi de 5 anos.

## 2.2. Papel do Médico Dentista

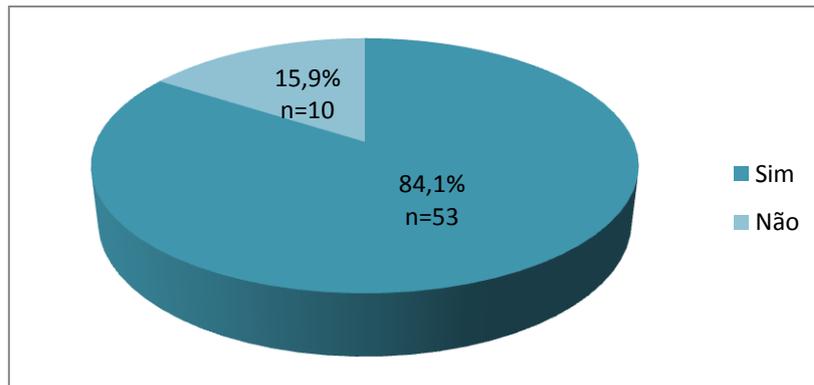
Quando questionados sobre a importância do papel do médico dentista na cessação tabágica apenas 3,2% consideraram pouco importante, 22,2% moderadamente importante, 42,9% importante e 31,7% muito importante (Figura 1).



**Figura 1:** Atribuição do grau de importância do médico dentista na cessação tabágica.

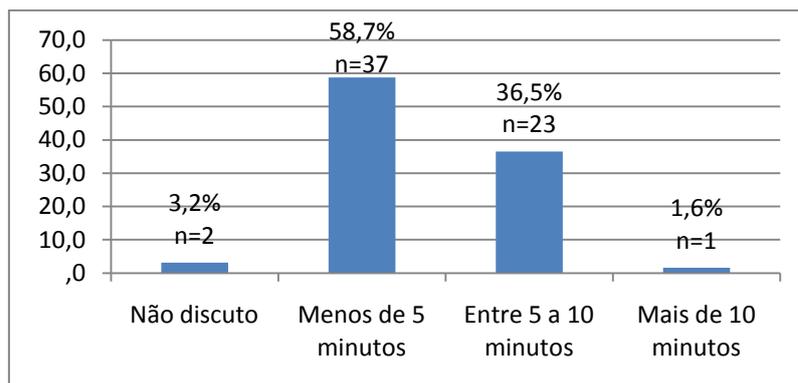
### 2.3. Aconselhamento para a cessação tabágica

A grande maioria dos médicos (84,1%) afirmou fazer aconselhamento para a cessação tabágica aos seus pacientes fumadores (Figura 2).



**Figura 2:** Médicos dentistas que fazem aconselhamento para a cessação tabágica.

Relativamente ao tempo despendido na consulta de medicina dentária para realizar o aconselhamento anti-tabágico encontrou-se uma média de tempo despendido de 5 minutos (Figura 3).



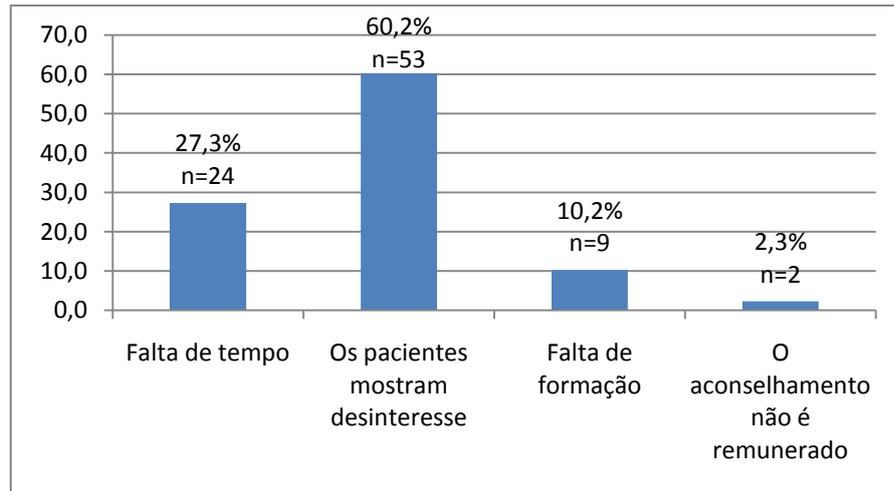
**Figura 3:** Tempo despendido pelos médicos dentistas na discussão do tema em cada consulta.

As respostas às restantes questões relativas ao aconselhamento e à frequência do mesmo estão resumidas na Tabela 1.

<b>Tabela 1.</b> Frequência de realização de procedimentos relativos ao aconselhamento para a cessação tabágica				
Questão	Poucas vezes	Ocasionalmente	Muitas vezes	Sempre
1. Com que frequência faz esse aconselhamento? a) Em adultos	N=0 0%	N= 10 18,9%	N=36 67,9%	N=7 13,2%
b) Em adolescentes	N=5 9,4%	N=10 18,9%	N=25 47,2%	N=13 24,5%
c) Em grávidas	N=9 17%	N=3 5,6%	N=11 20,8%	N=30 56,6%
2. Sente que os pacientes são receptivos a esse aconselhamento?	N=15 28,3%	N=31 58,5%	N=6 11,3%	N=1 1,9%
3. Discute com os seus pacientes fumadores os malefícios do consumo de tabaco?	N=3 5,6%	N=14 26,4%	N=25 47,2%	N=11 20,8%
4. Menciona aos seus pacientes fumadores os benefícios da cessação tabágica?	N=3 5,7%	N=7 13,2%	N=31 58,5%	N=12 22,6%
5. Faz o registo dos hábitos tabágicos dos seus pacientes fumadores?	N=19 32,3%	N=11 18,6%	N=11 18,6%	N=18 30,5%
6. Quando o paciente se mostra interessado em deixar de fumar reencaminha-o para uma consulta especializada?	N=30 50,8%	N=18 29,5%	N=5 8,2%	N=7 11,5%

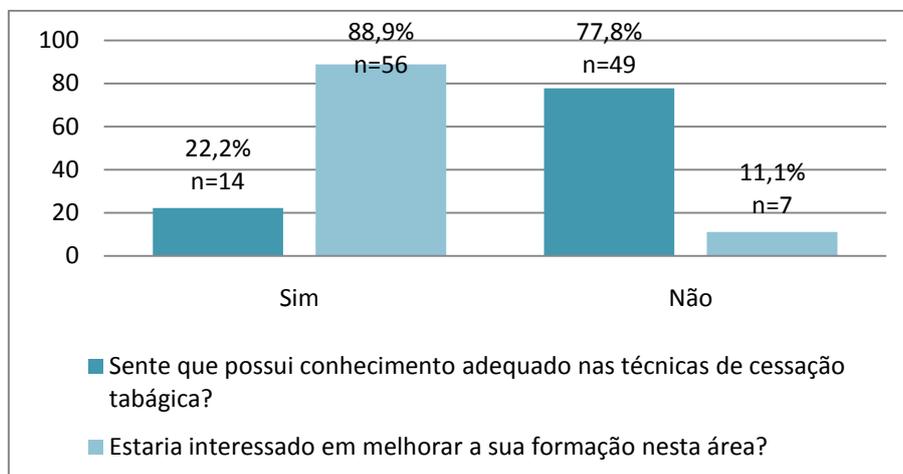
#### **2.4. Obstáculos para a cessação tabágica**

Alguns obstáculos que dificultam a implementação do aconselhamento para a cessação tabágica foram assinalados pelos médicos dentistas e são apresentados na Figura 4. Pode verificar-se que neste parâmetro a amostra (n) é superior a 63 (número de médicos incluídos no estudo). Este facto é facilmente explicado uma vez que nesta resposta poderia ser assinalada mais do que uma opção.



**Figura 4:** Obstáculos sentidos pelos médicos dentistas relativamente ao aconselhamento para a cessação tabágica.

Mais de três quartos (77,8%) dos dentistas afirmaram não possuir conhecimento adequado e suficiente nas técnicas de cessação tabágica e 88,9% estariam interessados em melhorar a sua formação nesta área (Figura 5).



**Figura 5:** Conhecimento e interesse dos médicos dentistas quanto à cessação tabágica.

### 3. PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA EM MEDICINA DENTÁRIA:

Pode definir-se a actuação do médico dentista na cessação tabágica em três palavras: exemplo, aconselhamento e orientação (Beaglehole *et al.*, 2004). Os profissionais de saúde oral deverão começar sempre por dar o exemplo de não consumir tabaco. De outra forma tornar-se-ia contraditório o seu interesse em motivar os seus pacientes para deixar de fumar. Em segundo lugar será crucial aconselhar a cessação do hábito enfatizando os riscos e malefícios do consumo e os benefícios da cessação. Por último, quando o paciente se mostra motivado e interessado em deixar o consumo de tabaco, o médico dentista deverá ter a capacidade de orientar o paciente nas técnicas de cessação.

A intervenção para a cessação tabágica divide-se em três tipos: breve, mínima e intensiva. As duas primeiras poderão ser efectuadas por todos os profissionais de saúde e a última por profissionais especializados (Fiore *et al.*, 2000).

As intervenções breve e mínima estão indicadas para os profissionais de saúde que têm uma grande variedade de pacientes, mas no entanto pouco tempo de consulta, e podem ser facilmente levadas a cabo por qualquer médico dentista em todos os pacientes fumadores, dispensando entre 3 a 10 minutos (Fiore *e tal.*, 2000). Estes tipos de intervenção serão descritos de seguida.

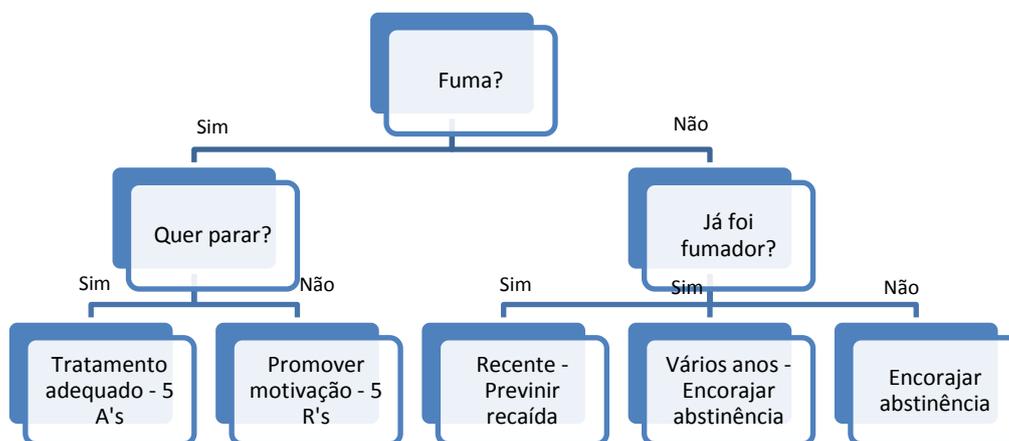
#### **3.1 Procedimentos da intervenção breve e mínima para a cessação tabágica**

Deve começar-se por classificar o grau de dependência do paciente. Para este fim o método mais utilizado é a aplicação do teste de Fagerström (Anexo III). Este é constituído por 6 perguntas que classificam o paciente num *score* de 0 (baixo grau de dependência) a 10 (elevado grau de dependência) consoante a dependência relativamente ao consumo tabágico (Terry, 2000). O grau de dependência vai posteriormente influenciar o tipo de intervenção individual. Perante a sua avaliação devemos tentar compreender o perfil de fumador. Para tal o paciente poderá preencher um pequeno questionário em que avalia as situações em que sente maior necessidade de

fumar (Anexo IV). Esta avaliação permitirá ao clínico sugerir formas de contornar essas situações motivando a cessação de forma mais direccionada e personalizada.

Em segundo lugar deve proceder-se à avaliação do grau de motivação do paciente em deixar de fumar. Deve começar-se por fazer perguntas directas como “Deseja deixar de fumar?”, e pode recorrer-se a escalas analógicas ou ao teste de Richmond (Anexo V) (Pamplona, 2007). Esta avaliação é crucial para se conseguir enquadrar o paciente num dos cinco estádios de motivação.

Na consulta de medicina dentária pode começar-se por utilizar o algoritmo da intervenção breve (Figura 6).



**Figura 6:** Algoritmo de intervenção breve (Adaptado de Anderson *et al.*, 2002).

Se o paciente é fumador mas não está motivado para iniciar o processo de cessação o médico dentista deverá dirigir a sua intervenção para a motivação do doente.

Com este objectivo poderá guiar-se pelo modelo dos 5 R's (Anderson *et al.*, 2002; Hu *et al.*, 2006), tal como descrito na Tabela 2:

<b>Tabela 2:</b> Modelo dos 5 R's	
<u>Relevância dos benefícios</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Abordar quais os benefícios da cessação para o paciente, família e sociedade.</li><li>- Tentar personalizar a intervenção consoante a idade, o sexo, doenças e outras características individuais.</li></ul>
<u>Riscos em continuar</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pedir ao paciente para identificar as consequências negativas do uso de tabaco.</li><li>- Reforçar quais os riscos, quer para a saúde oral, quer para a saúde geral do consumo do tabaco.</li></ul>
<u>Recompensas em parar</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pedir ao paciente para identificar os benefícios potenciais de suspender o consumo de tabaco.</li><li>- Sugerir e esclarecer os benefícios mais relevantes de forma personalizada.</li></ul>
<u>Resistências em parar</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pedir ao paciente para identificar que barreiras sente para não querer tentar a cessação.</li><li>- Os pacientes têm tendência a referir como obstáculos: os sintomas de privação, o aumento de peso, a diminuição do prazer, o medo em falhar, a depressão e a falta de apoio.</li><li>- Nesta fase deveremos informar o paciente das hipóteses farmacológicas e apoio especializado que tem ao seu dispor para auxiliar e facilitar a cessação.</li></ul>
<u>Repetição de tentativas</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>- A intervenção motivacional deverá ser feita em todas as consultas.</li><li>- O paciente deve ser informado de que podem ser necessárias várias tentativas para conseguir o êxito.</li></ul>

Se o paciente é fumador e está motivado devemos utilizar a mnemónica dos 5 A's de forma a sistematizar a nossa intervenção (Hu *et al.*, 2006; Shibly O, 2009), tal como abordado na Tabela 3:

<b>Tabela 3: Modelo dos 5 A's</b>	
Procedimento	Questões a considerar
<u>“Ask”</u> Perguntar ao paciente sobre os seus hábitos tabágicos e registar na ficha clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se fuma diariamente – Quantos cigarros fuma por dia?</li> <li>- Se não fuma diariamente – Quantos cigarros fuma por semana?</li> <li>- Há quantos anos fuma?</li> <li>- Que tipo de tabaco consome?</li> </ul>
<u>“Advise”</u> Aconselhar o paciente a deixar de fumar de forma directa e personalizada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se o paciente exibir lesões relacionadas com o tabaco explicar o porquê do surgimento das mesmas.</li> <li>- Se estas não passarem em duas semanas deverão ser biopsadas.</li> <li>- Explicar os benefícios da cessação para a saúde geral e oral e como os pacientes fumadores respondem pior aos tratamentos realizados, que os não fumadores.</li> </ul>
<u>“Assess”</u> Compreender a motivação do fumador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numa escala de 1 (sem interesse) a 10 (muito interessado) qual o seu interesse em deixar de fumar?                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• De 1 a 6 – Explicar a importância da motivação em todo o processo. Recorrer à mnemónica dos 5 R's. Fornecer informação para o paciente ler e reforçar que, quando sentir vontade de parar, terá apoio para o fazer.</li> <li>• De 7 a 10 – Então o paciente está motivado e preparado para tentar a cessação.</li> </ul> </li> </ul>
<u>“Assist”</u> Ajudar o paciente no processo de cessação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar uma data para a paragem súbita:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imediata – Escrever os motivos pelo qual está a tentar a cessação e mantê-los durante o processo para ajudar a manter a motivação. Fornecer folhetos informativos e contactos de linhas de apoio.</li> <li>• Não imediata – Recomendar a escolha de uma data próxima para iniciar a cessação. Até lá modificar os hábitos e evitar situações que motivem o consumo. Avisar familiares e amigos de que vai tentar deixar de fumar. Se o companheiro também fumar tentar a cessação conjunta. Será vantajoso fornecer um suporte informativo escrito para incentivar o paciente.</li> <li>• Sente que necessita de alguma ajuda? – Ponderar a necessidade de prescrição de medicamentos de substituição de nicotina.</li> </ul> </li> </ul>
<u>“Arrange”</u> Acompanhar a evolução	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Felicitar pelo sucesso.</li> <li>-Em caso de recaída incentivar nova tentativa.</li> <li>-Avaliar necessidade de terapêutica de substituição de nicotina e considerar a intervenção intensiva.</li> </ul>

Muitos médicos dentistas referem falta de tempo na consulta para abordarem este tema com os seus pacientes, no entanto uma intervenção mínima deve ser realizada utilizando os dois primeiros A's da mnemónica dos 5 A's: abordar os hábitos tabágicos (realização do registo do mesmo) e aconselhar a cessação de forma clara e personalizada.

### **3.2 Procedimentos a adoptar em pacientes ex-fumadores**

Se o paciente deixou de fumar recentemente, especialmente durante os primeiros três meses, o risco de recidiva é bastante elevado e o médico dentista surge com o papel de incentivar o paciente e de tentar resolver potenciais problemas que possam surgir, como por exemplo (Anderson *et al.*, 2002):

- Falta de apoio – Marcar consultas de seguimento ou telefonemas. Identificar sistemas de apoio ou encaminhar para uma consulta especializada.
- Alterações de humor e depressão – Se significativas sugerir aconselhamento especializado.
- Sintomas de Privação – Avaliar a necessidade de utilização de farmacoterapia ou adicionar/associar medicamentos que diminuam os sintomas de privação.
- Aumento ponderal – Recomendar actividade física e uma dieta equilibrada. Referir que o ganho de peso é normal.
- Diminuição da Motivação – Explicar ao doente que o que sente é normal mas que se fumar, mesmo que apenas um cigarro, aumenta a vontade de recaída e torna a cessação mais difícil.

Em muitos pacientes pode ser vantajoso o acompanhamento antes, durante e após período de cessação, por especialistas em nutrição e psicologia. Deste modo o reforço e suporte do paciente durante todo o processo tende a diminuir a probabilidade de recaídas.

### **3.3 Terapias farmacológicas utilizadas na cessação tabágica**

Devido à manifestação de sintomas de privação e à dificuldade revelada por muitos fumadores em deixar o consumo de tabaco, foram desenvolvidos fármacos de

modo a colmatar estes problemas. Dentro dos fármacos utilizados estes poderão ser substitutos de nicotina ou não.

A terapêutica de substituição de nicotina tem como objectivo a redução da gravidade dos sintomas de abstinência, fornecendo nicotina sem outros produtos químicos prejudiciais associados. Estes fármacos são utilizados nas primeiras 8 a 12 semanas de cessação e a sua utilização pode duplicar o número de fumadores a deixar o hábito e reduzir o número de recaídas dos mesmos (Warnakulasuriya *et al.*, 2004). Com este objectivo são necessários níveis entre 5 e 15 ng/mL de nicotina para que o fumador não desenvolva sintomas de abstinência (Alves *et al.*, 2006).

A farmacoterapia disponível em Portugal tem eficácia comprovada e será ainda mais eficaz se for combinada com ajuda comportamental (Pamplona, 2007). De entre as formas de terapia de substituição de nicotina estão disponíveis actualmente: adesivos transdérmicos, pastilhas mastigáveis, inalador bucal, spray nasal e comprimidos para chupar. É apresentado na Tabela 4 um resumo dos fármacos mais utilizados em Portugal (Ferrero *et al.*, 2003; Pamplona 2007).

<b>Tabela 4:</b> Terapias de substituição de nicotina mais utilizadas em Portugal					
<b>Determinações</b>			<b>Opções Terapêuticas</b>		
NºCigarros	T.Fagerström	CO	Pastilhas	Adesivos 24h	Adesivos 16h
10-19	3 ou -	<15	2mg 8-10 past/dia 8-10 semanas	21mg-4 semanas 14mg-4 semanas	15mg-4 semanas 10mg-2/4 semanas
20-30	4-6	15-30	4mg/ cada 90 min 12 semanas	21mg-6 semanas 14mg-4 semanas 7mg-2 semanas	15+10mg-6 semanas 15mg-4 semanas 10mg-2 semanas
>30	7 ou +	>30	4mg/ cada 60 min 12 semanas	21mg-6 semanas 14mg-4 semanas 7mg-2 semanas	15+10mg-6 semanas 15mg-4 semanas 10mg-2 semanas
<b>Efeitos Adversos Comuns</b>			Irritação mucosa oral, dispepsia, soluços	Irritação cutânea, insónia	
<b>Vantagens</b>			Dose controlada pelo utilizador, substituto oral para o cigarro	Fornece uma dose estável de nicotina	
<b>Desvantagens</b>			Necessidade de técnica eficaz para diminuir efeitos adversos, bebidas ácidas interferem na absorção, dificuldade em utilizadores de próteses dentárias	Dose não ajustável nos picos de <i>craving</i> , libertação mais lenta de nicotina	
<b>Início de acção</b>			20 a 30 min.	4 a 9 horas	

No entanto, existem algumas contra-indicações à utilização destes fármacos, especialmente em casos de patologia cardiovascular instável, mulheres grávidas ou a amamentar, adolescentes e fumadores de menos de 10 cigarros por dia (Fiore *et al.*, 2000).

Em alguns pacientes pode haver a necessidade de utilizar agentes antidepressivos como as benzodiazepinas, o bupropion (um bloqueador da recaptção de dopamina), o varenicline (agonista parcial selectivo dos receptores nicotínicos da acetilcolina), a clonidina (agonista dos receptores alfa-2-adrenergicos), entre outros. As *guidelines* para a prescrição de farmacoterapia na cessação tabágica podem ser consultadas no Anexo VI e servem de auxílio ao clínico na orientação do paciente fumador (Anderson *et al.*, 2002).

## **VI. Discussão**

### **1. VISITAS À CONSULTA ANTI-TABÁGICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA**

Durante as consultas anti-tabágicas no Hospital de Santa Maria, foi possível compreender como é feita a abordagem do paciente fumador, como é avaliado em relação à sua dependência e alguns cuidados e estratégias na cessação. Foi interessante verificar que as consultas eram bastante curtas e que muitas das estratégias utilizadas podem ser aplicadas numa consulta de medicina dentária.

### **2. PROCEDIMENTOS DOS MÉDICOS DENTISTAS RELATIVAMENTE À CESSAÇÃO TABÁGICA:**

As consequências do consumo do tabaco na saúde individual e na sociedade encontram-se já amplamente estudadas e documentadas. É neste âmbito que surge a necessidade de compreender qual o papel do médico dentista na cessação tabágica e o que fazem actualmente estes profissionais com o objectivo de auxiliar os seus pacientes na cessação.

## **2.1. Caracterização da amostra**

A amostra considerada neste estudo foi reduzida, e como tal não foi representativa da população, não permitindo a extrapolação de resultados. No entanto permitiu ter uma noção da actuação de alguns médicos dentistas na cessação tabágica. A taxa de resposta foi elevada (74%), superior ao estudo de Helgason e colaboradores (2003), realizado na Suécia e semelhante ao estudo de John e colaboradores (2003), na Inglaterra.

Mais de metade dos médicos dentistas incluídos no estudo eram do sexo feminino o que pode ser explicado pelo facto de existirem mais médicos dentistas mulheres (55%) do que homens (45%), num total de 6.595 dentistas em Portugal, tal como consta nos números da Ordem dos Médicos Dentistas.

Quanto ao local de formação, quase a totalidade dos médicos em questão frequentaram a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, o que é facilmente explicado por grande parte (56%) da amostra ser constituída por médicos da consulta externa da mesma faculdade.

A amostra do estudo foi essencialmente respeitante a uma faixa etária mais jovem, com uma média de idades de 31,5 anos  $\pm$  7,97. Este resultado é concordante com os dados da OMD (média etária 36,9 anos) tratando-se de uma classe profissional jovem. No entanto, torna-se difícil concluir se existe uma relação entre a idade, anos de formação e realização de aconselhamento para a cessação. Para tal, seria necessária uma amostra maior.

## **2.2 Papel do médico dentista**

Cerca de 74% dos médicos consideraram importante ou muito importante o papel dos médicos dentistas na cessação tabágica e apenas 3,3% o consideraram pouco importante. Estes resultados são consistentes com outros estudos como os de Stacey e colaboradores (2006) e Dalal Al-Qahtani e colaboradores (2007).

### 2.3 Aconselhamento para a cessação tabágica

Mais de três quartos (84%) dos participantes afirmaram fazer aconselhamento para a cessação tabágica o que mostra já alguma preocupação em desempenhar um papel na cessação e corrobora com outros resultados respeitantes à importância atribuída ao papel do médico dentista (Hu et al., 2006).

Avaliando a frequência com que fazem o aconselhamento, podemos verificar que a maioria dos clínicos aconselha a cessação com bastante frequência nos três grupos considerados: adultos, adolescentes e grávidas. No entanto, esta preocupação é maior no caso de pacientes adolescentes e especialmente em grávidas. Este resultado é interessante uma vez que a evidência revela que quanto mais cedo se verificar a cessação tabágica, maiores serão os benefícios e a recuperação de anos de vida (Nunes, 2006), fazendo todo o sentido abordar este tema o mais precocemente em casos de pacientes adolescentes. O mesmo acontece no caso das pacientes grávidas, visto o tabaco ter efeitos nefastos na gravidez, estando associado a aborto espontâneo, gravidez ectópica, morte fetal *in utero*, parto pré-termo e baixo peso à nascença, estimando-se que seja possível reduzir em 10% a mortalidade infantil eliminando o tabagismo materno (Fraga et al. 2005).

Tal como no estudo de Dalal Al-Qahtani e colaboradores (2007) mais de metade dos participantes revelou discutir com os seus pacientes fumadores as consequências nefastas do consumo do tabaco para a saúde. O que, aliado à discussão dos benefícios da cessação, constitui uma boa forma de motivar os fumadores para a cessação.

Uma das mais importantes ferramentas no controlo de pacientes fumadores é a realização do registo contínuo dos hábitos tabágicos. No entanto 32,3% dos médicos revelaram apenas fazê-lo poucas vezes e 18,6% ocasionalmente. Estes resultados são consistentes com outros estudos efectuados (Hu *et al.*, 2006; Stacey *et al.*, 2006; Dalal Al-Qahtani *et al.*, 2007).

Quando confrontados com um paciente interessado em frequentar uma consulta especializada na cessação tabágica apenas cerca de 20% dos dentistas encaminham sempre ou muitas vezes os seus pacientes fumadores, enquanto os restantes 80% o fazem poucas vezes ou ocasionalmente. Uma explicação para este resultado poderá ser a falta de informação dos médicos dentistas sobre os locais onde são realizadas consultas

anti-tabágicas (Anexo VII). O estudo de Hu e colaboradores (2006) observou também que apenas 7,6% dos participantes reencaminhavam os pacientes para uma consulta especializada.

Para a maioria (58,7%) dos médicos incluídos no estudo o tempo despendido para abordar o tema do tabaco com os pacientes fumadores é de menos de 5 minutos. Uma percentagem significativa destes profissionais (36,5%) referiu gastar em média entre 5 a 10 minutos ao abordar o tema com os seus pacientes. As intervenções para a cessação tabágica não necessitam de tempo prolongado, o clínico poderá realizar pequenas acções de 3 minutos, mas com maior frequência (West *et al.*, 2000). Esta é a vantagem do aconselhamento para a cessação tabágica ser efectuado numa consulta de medicina dentária, que é bastante frequente comparativamente à de outras especialidades.

Para complementar a informação dada na consulta poderá também utilizar-se panfletos informativos e material de auto-ajuda, que podem diminuir o tempo de intervenção e reforçar as principais ideias da cessação. Quando necessário deverá sempre recorrer-se a ajuda especializada.

#### **2.4 Obstáculos para a cessação tabágica**

Inúmeros são os obstáculos sentidos pelos médicos dentistas que vão dificultar a realização do aconselhamento para a cessação tabágica perante um paciente fumador.

Embora a formação específica (10,2%) tenha sido referida como uma barreira ao aconselhamento, os principais obstáculos sentidos pelos participantes do estudo relacionaram-se com a falta de tempo na consulta (27,3%) e principalmente com o desinteresse demonstrado por parte dos fumadores (60,2%). Como acima referido, o tempo necessário para fazer uma intervenção breve não necessita de exceder os 3 minutos, o que no tempo total de consulta parece não ser muito significativo. Em relação ao desinteresse por parte do fumador em deixar o hábito, é certo que muitos pacientes podem não estar motivados, mas também cabe ao médico dentista ter um papel activo na motivação destes doentes, referindo os malefícios do consumo do tabaco e os benefícios que podem advir da cessação.

Por último, uma pequena percentagem (2,3%) dos médicos dentistas referiu a falta de remuneração como sendo um obstáculo ao aconselhamento. No entanto, se o clínico considerar como parte integrante do seu papel como prestador de cuidados de saúde a motivação e intervenção para a cessação tabágica, a falta de reembolso deixa de ser um obstáculo.

A maioria dos dentistas (77,8%) afirmaram não possuir conhecimento adequado e suficiente relativamente às técnicas de cessação tabágica, o que pode explicar o facto de nem todos realizarem este aconselhamento, ou de o fazerem com pouca frequência. Apesar de pouco confiantes nos conhecimentos que possuem no que diz respeito à cessação, quase a totalidade (88,9%) dos médicos dentistas se mostra interessada em melhorar a sua formação nesta área. Estes resultados são concordantes com os resultados obtidos por Hu e colaboradores (2006) em que 60,8% dos médicos dentistas consideraram necessitar de mais formação, e de Stacey e colaboradores (2006) em que 72% dos profissionais consideraram a falta de formação como uma barreira ao aconselhamento para a cessação tabágica. Desta forma, seria interessante, por um lado, incorporar na formação pré-graduada a abordagem deste tema, com o intuito de formar médicos dentistas mais conscientes e preparados para exercer uma postura mais activa nesta área. Por outro lado, seria importante a interacção com a Ordem dos Médicos Dentistas na realização de cursos específicos ou sessões de esclarecimento deste assunto ou até mesmo na divulgação de cursos realizados por outras entidades.

### 3. PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA EM MEDICINA DENTÁRIA:

O médico dentista, pela frequência e proximidade de contacto com os seus pacientes, tem um papel privilegiado no aconselhamento para a cessação tabágica, especialmente pela possibilidade de detecção oportunista de lesões relacionadas com o consumo do tabaco. Esta detecção poderá servir como um ponto de partida para a motivação do paciente fumador.

O protocolo desenvolvido neste estudo pretendeu sugerir uma forma rápida, simples e sistematizada de fazer uma abordagem ao paciente fumador e actuar ao nível da motivação e apoio do mesmo. A intervenção deve ser realizada consoante o tipo de paciente e o seu grau de motivação. No entanto, sempre que o paciente se mostre

interessado, é papel do médico dentista reencaminhá-lo para uma consulta especializada. Este deve considerar sempre a actuação conjunta de médicos, psicólogos e nutricionistas para que a planificação da estratégia de cessação seja individualizada e adequadamente sustentada. Uma tentativa de cessação tabágica não sustentada tem menor probabilidade de sucesso e o seu fracasso pode desmotivar bastante o fumador que combate esta dependência.

## **VII. Conclusões**

Em suma, pode concluir-se que é importante a criação de uma Europa livre de tabaco, para o bem da sociedade em geral, mas também, de uma forma muito particular, para cada indivíduo.

O médico dentista, como prestador de cuidados de saúde deve zelar pelo bem-estar dos seus pacientes e adoptar um papel activo na prevenção deste hábito, quer a nível primário quer a nível secundário.

O consumo de tabaco é uma dependência e como tal, é extremamente difícil para o fumador deixar este comportamento. Desta forma os profissionais de saúde, onde se incluem os médicos dentistas, devem considerar a sua intervenção como parte integrante de um grupo multidisciplinar e unir esforços para este bem comum. Embora a maioria dos médicos dentistas não sejam especializados nas técnicas de cessação tabágica, nem estejam familiarizados com a farmacoterapia para o tratamento desta dependência, têm um papel fundamental na detecção e encaminhamento dos pacientes fumadores interessados, para as consultas especializadas.

Por outro lado, têm a possibilidade única, pela proximidade da relação médico-doente, de intervir na motivação dos fumadores que não pareçam estar motivados ou interessados em deixar de fumar. O reforçar dos malefícios associados ao consumo de tabaco, bem como dos benefícios em deixar o consumo do mesmo, podem ser importantes na motivação dos pacientes, especialmente quando for possível visualizar na cavidade oral a repercussão desses efeitos. Muitas vezes os pacientes não mostram falta de motivação mas sim falta de informação.

A maioria dos profissionais considerou realmente importante o seu papel na cessação tabágica. No entanto, muitos são ainda os obstáculos que dificultam a actuação nesta área, especialmente no diz respeito à falta de formação específica.

O médico dentista deve assim, numa perspectiva de ética médica e orientação profissional pelos preceitos consagrados pela declaração de Genebra, reger a sua prática médica pelo princípio que melhor define o ofício que exerce: a prestação de um serviço cujo propósito é cuidar da saúde do doente, como um todo maior que a soma das partes.

## Bibliografia

1. Al-Qahtani D, Al-Qahtani M, Al-Otaibi O, Al-Mobeeriek A. Dentists attitudes and practice regarding smoking cessation intervention and prevention in Riyadh, Saudi Arabia.
2. Álvarez RV, González FF, Vila PG, López DR, Garcia AG, Rey JMG. Correlation between clinical and pathologic diagnosis in oral leukoplakia in 54 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010; 15 (6):e832-8.
3. Alves P, Borges ML, Matias D, Mendes B, Moreira S, Mota PJL, *et al.* Tabagismo – do diagnóstico ao tratamento. Lidel 2006.
4. Amagasa T, Yamashiro M, Uzawa N. Oral premalignant lesions: from a clinical perspective. *Int J Clin Oncol* 2011. DOI 10.1007/s10147-010-0157-3.
5. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating Tobacco Use and Dependence: Na Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation. *Chest* 2002; 121: 932-941.
6. Beaglehole RH, Watt R. Helping smokers to stop: a guide for the dental team. London: Health. Development Agency, 2004.
7. Bergström J, Floderus-Myrhed B. Co-twin control study of the relationship between smoking and some periodontal disease factors. *Community Dent Oral Epidemiol* 1983; 11: 113-6.
8. Bergström J, Preber H. The influence of cigarette smoking on the development of experimental gingivitis. *J Periodontal Res* 1986; 21: 668-676.
9. DeLuca S, Habsha E, Zarb GA. The Effect of Smoking on Osseointegrated Dental Implants. Part I: Implant Survival. *Int J Prosthodont* 2006; 19(5): 491-8.
10. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; doi:10.1136.
11. FDI/WHO (2005) Tobacco or oral health: na advocacy guide for oral health professionals. Edited by Beaglehole RH and Benzian HM; FDI World Dental Federation, Ferney Voltaire, France/World Dental Press, Lowestoft, UK.
12. Feldman RS, Bravacos JS, Rose CL. Association between smoking different tobacco products and periodontal disease indexes. *J Periodontol* 1983; 54(8): 481-7.
13. Ferrero B, Mezquita A, Garcia T. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 2003.

14. Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville: USDHHS 2000.
15. Fraga S, Sousa S, Santos A-C, Mello M, Lunet N, Padrão P, et al. Tabagismo em Portugal. *ArquiMed* 2005; 19(5-6): 207-229.
16. Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, Koch G, Dunford R, Machtei EE, et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. *J Periodontol* 1994; 65(3): 260-7.
17. Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE, Ho AW, Koch G, Dunford R, et al. Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss. *J Periodontol* 1995; 66(1): 23-9.
18. Hanioka T, Ojima M, Tanaka H, Naito M, Hamajima N, Matsuse R. Intensive smoking-cessation intervention in the dental setting. *J Dent Res* 2010; 89(1): 66-70.
19. Heitz-Mayfield LJ, Huynh-Ba G. History of treated periodontitis and smoking as risks for implant therapy. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2009; 24: 39-68.
20. Helgason AR, Lund KE, Adolfsson J, Axelsson S. Tobacco prevention in Swedish dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(5): 378-85.
21. Hilgers KK, Kinane DF. Smoking, periodontal disease and the role of the dental profession. *Int J Dent Hygiene* 2, 2004; 56-63.
22. Hu S, Pallonen U, McAlister AL, Howard B, Kaminski R, Stevenson G, et al. Knowing how to help tobacco users. Dentists' familiarity and compliance with the clinical practice guideline. *J Am Dent Assoc* 2006; 137(2): 170-9.
23. Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, 2009.
24. Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 1999/2000, 2001.
25. Jain A. Treating nicotine addiction. *BMJ* 2003; 327: 1394-1395.
26. John JH, Thomas D, Richards D. Smoking cessation interventions in the Oxford region: changes in dentists' attitudes and reported practices 1996-2001. *Br Dent J* 2003; 195(5): 270-5.
27. Johnson GK, Slach NA. Impact of tobacco use on periodontal status. *J Dent Educ* 2001; 65(4): 313-21.
28. Krall EA, Dawson-Hughes B, Garvey AJ, Garcia RI. Smoking, smoking cessation, and tooth loss. *J Dent Res* 1997; 76(10): 1653-9.

29. Kramer IR, Lucas RB, Pindborg JJ, Sobin LH. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978; 46(4): 518-39.
30. Lindhe J, Karring T, Lang MP. Tratado de Periodontologia Clínica e implantologia Oral. Guanabara Koogan 2005. 4ªEdiç o.
31. Linden GJ, Mullally BH. Cigarette smoking and periodontal destruction in young adults. *J Periodontol* 1994; 65(7): 718-23.
32. Mullally BH, Linden GJ. Molar furcation involvement associated with cigarette smoking in periodontal referrals. *J Clin Periodontol* 1996; 23(7): 658-61.
33. Nunes E. Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22: 225-44.
34. OMD. Os N meros da Ordem. Estatisticas Porto 2010.
35.  sterberg T, Mellstr m D. Tobacco smoking: a major risk factor for loss of teeth in three 70-year-old cohorts. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; 14(6): 367-70.
36. Pamplona P. Fumador internado? – A intervenção apropriada. *Rev Port Pneumol* 2007; XIII(6): 801-826.
37. Parker DR. A dental hygienist’s role in tobacco cessation. *Int J Dent Hyg* 2003; 1(2): 105-9.
38. Petersen PE. The World Oral Health Report. Continuous improvement of oral health in the 21<sup>st</sup> century: the approach of the Global Oral Health programme. Geneva:World Health Organization, 2003.
39. Preber H, Bergström J. Occurrence of gingival bleeding in smoker and non-smoker patients. *Acta Odontol Scand* 1985; 43(5): 315-20.
40. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan R. Patologia Oral – Correla es clinicopatologicas. Elsevier 2008. 5ªEdiç o.
41. Reichart PA, Philipsen HP. Oral erythroplakia – a review. *Oral Oncol* 2005; 41(6): 551-61.
42. Relatório de OMS sobre Epidemia Global de Tabagismo, 2008: Pacote MPOWE.
43. Sham ASK, Cheung LK, Jin LJ, Corbet EF. The effects of tobacco use on oral health. *Hong Kong Med J* 2003; 9: 271-7.
44. Shibly O. Effect of tobacco counseling by dental students on patient quitting rate. *J Dent Educ* 2010; 74(2): 140-8.

45. Stacey F, Heasman PA, Heasman L, Hepburn S, McCracken GI, Preshaw PM. Smoking cessation as a dental intervention – views of the profession. *Br Dent J* 2006; 201(2): 109-13.
46. Strietzel FP, Reichart PA, Kale A, Kulkarni M, Wegner B, Kuchler I. Smoking interferes with the prognosis of dental implant treatment: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2007; 34(6): 523-44.
47. Terry A. Assessing nicotine dependence. *Am Fam Physician* 2000; 62:579-84,591-2.
48. Warnakulasuriya S, Sutherland G, Scully C. Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence. *Oral Oncol* 2005; 41(3): 244-60.
49. Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, Casals Peidró E, Preshaw PM, Walter C, *et al.* Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *Int Dent J* 2010; 60(1): 7-30.
50. Watt RG, Daly B, Kay EJ. Smoking cessation advice within the general dental practice. *British Dental Journal* 2003; 194, 665-8.
51. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55:987-999.
52. Winn DM. (2001). "Tobacco use and oral disease." *J Dent Educ* 65(4): 306-312.

Sites:

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

[www.ond.pt](http://www.ond.pt)

## Anexo I: Questionário

Por favor responda às seguintes perguntas preenchendo o espaço ou colocando uma cruz na hipótese de resposta.

Responda somente com uma hipótese de resposta, excepto quando indicado o contrário.

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Local de formação: \_\_\_\_\_

Ano de formação: \_\_\_\_\_

1. Que importância atribui ao seu papel, enquanto médico dentista, na cessação tabágica dos seus pacientes fumadores?

- Pouco importante  
 Moderadamente importante  
 Importante  
 Muito importante

2. Na sua consulta, faz aconselhamento para a cessação tabágica dos seus pacientes fumadores?

- Sim  
 Não

**Se respondeu sim continue o questionário, se respondeu não passe para a pergunta 7.**

	Poucas vezes	Ocasionalmente	Muitas vezes	Sempre
3. Com que frequência faz esse aconselhamento? d) Em adultos				
e) Em adolescentes				
f) Em grávidas				
4. Sente que os pacientes são receptivos a esse aconselhamento?				
5. Discute com os seus pacientes fumadores os malefícios do consumo de tabaco?				
6. Menciona aos seus pacientes fumadores os benefícios da cessação tabágica?				

## O Papel do Médico Dentista na Cessação Tabágica

	Poucas vezes	Ocasionalmente	Muitas vezes	Sempre
7. Faz o registo dos hábitos tabágicos dos seus pacientes fumadores?				
8. Quando o paciente se mostra interessado em deixar de fumar reencaminha-o para uma consulta especializada?				

9. Em média quanto tempo despende por consulta para discutir este tema com os seus pacientes fumadores?

- Não discuto este tema com os meus pacientes
- Menos de 5 minutos
- Entre 5 a 10 minutos
- Mais de 10 minutos

10. Indique que tipo de obstáculos sente relativamente à cessação tabágica, que o levem a não realizar este procedimento na sua prática clínica ou, no caso de o fazer, que dificultem o mesmo (PODE ASSINALAR MAIS DO QUE UMA OPÇÃO).

- O aconselhamento para a cessação tabágica não é remunerado
- Falta de tempo na consulta
- Falta de formação nesta área
- Os pacientes mostram desinteresse / falta de motivação
- Outro. Qual ou quais? \_\_\_\_\_

11. Sente que possui conhecimento adequado e suficiente nas técnicas de cessação tabágica?

- Sim
- Não

12. Estaria interessado em melhorar a sua formação nesta área?

- Sim
- Não

Obrigado. Caso pretenda, deixe aqui as suas SUGESTÕES.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por favor verifique se respondeu correctamente a todas as perguntas, depois coloque o questionário no envelope, encerre-o e devolva-o.  
Muito obrigada pela sua colaboração!**

## **Anexo II: Carta introdutória ao questionário**

**Caro(a) Dr(a). (nome):**

O tabagismo é um grave problema de saúde pública da nossa sociedade e está associado a um aumento da prevalência de várias doenças crónicas, entre as quais o cancro e as doenças cardio-vasculares. A sua prevenção e das doenças a ele associadas torna-se assim muito importante e o médico dentista pode ter um papel preponderante e contribuir para a cessação tabágica dos seus pacientes.

O questionário em anexo faz parte da dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUL e tem como propósito compreender o que é feito actualmente pelos profissionais de saúde oral portugueses no âmbito da motivação e apoio para a cessação tabágica dos seus pacientes. O questionário demora somente cerca de 5 minutos a responder. Por favor, responda com sinceridade, não existem respostas certas ou erradas, o que interessa é conhecer o que se passa na sua prática clínica.

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária e anónima e a confidencialidade dos dados será sempre mantida. Mesmo que as conclusões do estudo sejam publicadas, como é costume em estudos desta natureza, a identificação dos participantes nunca será divulgada.

**CASO ACEITE PARTICIPAR NO ESTUDO, PREENCHA O QUESTIONÁRIO E COLOQUE-O NO ENVELOPE. DEPOIS FECHÉ-O E DEVOLVA-O.**

**Muito obrigada pela sua colaboração!**

Qualquer dúvida não hesite em contactar a investigadora responsável:

Filipa Brazão Almeida

E-mail: [filipa.m.almeida@gmail.com](mailto:filipa.m.almeida@gmail.com)

Tel: 916183709

### **Anexo III: Avaliação da dependência – Teste de Fagerström**

1. Quantos cigarros fuma habitualmente por dia?
  - a. 10 ou menos (0)
  - b. 11 a 20 (1)
  - c. 21 a 30 (2)
  - d. 31 ou + (3)
2. Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?
  - a. Primeiros 5 minutos (3)
  - b. 6 a 30 minutos (2)
  - c. 31 ou mais (0)
3. Tem dificuldade em não fumar nos locais em que é proibido?
  - a. Não (0)
  - b. Sim (1)
4. Qual o cigarro que mais lhe custa deixar?
  - a. O primeiro da manhã (1)
  - b. Outro (0)
5. Fuma mais nas primeiras horas após acordar que no resto do dia?
  - a. Não (0)
  - b. Sim (1)
6. Fuma mesmo quando está tão doente que está de cama a maior parte do dia?
  - a. Não (0)
  - b. Sim (1)

Total=

Avaliação:

<4 baixa dependência; 4-7 dependência moderada; >7 elevada dependência

#### **Anexo IV: Perfil do fumador**

De 0 a 10 gradue as razões que o levam a fumar: assinale com um círculo a sua resposta (0 significa “nunca” e 10 significa “sempre”):

Fumo:

- |                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| - porque é um gesto automático | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| - no convívio social           | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| - por prazer                   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| - para combater o stress       | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| - para me concentrar           | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| - para me levantar a moral     | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| - para não engordar            | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

## **Anexo V: Avaliação da motivação – Teste de Richmond**

1. Gostava de deixar de fumar se o pudesse fazer com facilidade?
  - a. Sim (1)
  - b. Não (0)
2. Quantifique o seu interesse em deixar de fumar:
  - a. Não tenho interesse (0)
  - b. Ligeiro (1)
  - c. Moderado (2)
  - d. Intenso (3)
3. Vai tentar deixar de fumar nas duas próximas semanas?
  - a. Não de certeza (0)
  - b. Talvez não (1)
  - c. Talvez sim (2)
  - d. Sim de certeza (3)
4. Qual a sua possibilidade de ser ex-fumador nos próximos 6 meses?
  - a. Não de certeza (0)
  - b. Talvez não (1)
  - c. Talvez sim (2)
  - d. Sim de certeza (3)

Total =

Avaliação:

Motivação baixa (0-6); moderada (7-9); elevada (10).

## **Anexo VI: *Guidelines* para a prescrição de farmacoterapia para a cessação tabágica**

### 1. A quem prescrever farmacoterapia para a cessação?

- Todos os fumadores a tentar a cessação, excepto casos especiais de contra-indicações médicas: fumadores de menos de 10 cigarros por dia, grávidas e adolescentes. Nestes pacientes o caso deverá ser avaliado pesando os riscos e os benefícios da utilização de fármacos na cessação.

### 2. Que fármacos de primeira linha são recomendados?

- Todos os fármacos aprovados pela FDA são recomendados: Pastilhas/gomas, adesivos, inalador, spray e bupropion.

3. Que factores deve o clínico ter em conta ao encolher o(s) fármaco(s) a utilizar?

- A escolha deve ser guiada por factores como: a experiência do clínico com cada um dos fármacos, contra-indicações específicas para cada tipo de paciente, preferências e experiência prévia do mesmo (se já efectuou outras tentativas de cessação) e as características do paciente (ex.: história de depressão, receio em ganhar peso.)

### 4. Será apropriado utilizar farmacoterapia em fumadores leves (10-15 cig./dia)?

- Se utilizada farmacoterapia nestes pacientes, deve ser considerada a redução da dose.

### 5. Que fármacos de segunda linha são recomendados?

- Clonidina, nortriptilina, benzodiazepinas, buspirona, mecamilamina, naltrexona, topiramato. (Novos fármacos: rimonabant, varenicline, dianicline)

6. Quando deverão ser utilizados os fármacos de segunda linha no tratamento da dependência?

- Deverão ser considerados em pacientes com contra-indicações relativamente aos fármacos de primeira linha ou quando os mesmos não são efectivos.

7. Que fármaco devem ser considerados em casos de fumadores com receio de engordar?

- O bupropion e as terapêuticas de substituição de nicotina, especialmente as pastilhas de nicotina parecem atrasar, mas não evitar, o ganho de peso.

8. Que fármaco devem ser considerados em casos de fumadores com história de depressão?

- O bupropion e a nortriptilina parecem ser eficazes nestes pacientes.

9. Deverá ser evitada a terapia de substituição de nicotina em pacientes com patologia cardiovascular?

- Não. A terapia de substituição de nicotina é segura e não foi provado que causasse efeitos adversos a nível cardio-vascular, no entanto a segurança destes fármacos ainda não foi bem clarificada em casos de enfarte do miocárdio recente, arritmias graves e angina severa ou instável.

10. A farmacoterapia para o tratamento da dependência pode ser utilizada a longo prazo (mais de 6 meses)?

- Sim. Esta abordagem poderá ser benéfica em pacientes com sintomas de abstinência persistentes durante o tratamento, ou que desejem uma terapia a longo prazo. Não estão conhecidos riscos para a saúde na terapia a longo prazo.

11. A terapia de substituição de nicotina pode ser combinada?

- Sim. Há evidência que combinar adesivos de nicotina com pastilhas ou spray nasal aumenta as taxas de abstinência a longo prazo face à terapia única.

**Anexo VII: Locais públicos de consulta anti-tabágica em Lisboa (Actualizado em Maio de 2010 – Direcção Geral de Saúde)**

	Contactos	Horários
Hospital de Santa Maria	Av. Prof. Egas Moniz 1649-035 Lisboa Tel.: 21 780 50 73 / 217805249 Fax: 21 780 55 92	2ªFeira - 14h às 18h 3ªFeira - 14h às 18h 4ªFeira - 14h às 18h 5ªFeira - 14h às 18h 6ªFeira - 14h às 18h
Hospital Pulido Valente	Alameda das Linhas de Torres, 117 1769-001 Lisboa Tel.: 21 754 80 00 Ext.: 1313/12 Fax: 21 754 82 87	2ªFeira - 14h às 16h 5ªFeira - 14h às 16h 6ªFeira - 11h às 13h
Hospital de Santa Marta	Rua de Santa Marta, 50 1169-024 Lisboa Tel.: 21 359 41 92 Fax: 21 356 03 68	2ªFeira - 11h30m 5ªFeira - 11h30m
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental Egas Moniz	Rua da Junqueira, 123 1349-019 Lisboa Tel.: 21 043 24 90 / 21 043 24 86 Fax: 21 043 24 87	2ªFeira - 14h às 17h30m 3ªFeira - 14h às 17h30m 6ªFeira - 14h às 16h30m
Maternidade Alfredo da Costa	Rua do Viriato 1069-089 Lisboa Tel.: 21 318 41 49 Fax: 21 318 40 27	5ªFeira - 13h às 18h
Instituto Português de Oncologia	Rua Prof. Lima Basto 1099-023 Lisboa Tel.: 21 720 04 23 Fax: 21 724 87 31	2ªFeira - 14h30m às 17h30m 4ªFeira - 14h30m às 17h30m
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	Av. Brasil, 53 1749-050 Lisboa Tel.: 21 791 70 00	3ªFeira - 14h às 20h30m

Linha SOS Deixar de Fumar - 808 208 888

## **Anexo VIII: Índice de Tabelas e Figuras**

Tabela 1. Frequência de realização de procedimentos relativos ao aconselhamento para a cessação tabágica.....	16
Tabela 2. Modelo dos 5 R's.....	20
Tabela 3. Modelo dos 5 A's.....	21
Tabela 4. Terapias de substituição de nicotina mais utilizadas em Portugal.....	23
Figura 1. Atribuição do grau de importância do médico dentista na cessação tabágica.....	14
Figura 2. Médicos dentistas que fazem aconselhamento para a cessação tabágica.....	15
Figura 3. Tempo despendido pelos médicos dentistas na discussão do tema em cada consulta.....	15
Figura 4. Obstáculos sentidos pelos médicos dentistas relativamente ao aconselhamento para a cessação tabágica.....	17
Figura 5. Conhecimento e interesse dos médicos dentistas quanto à cessação tabágica.....	17
Figura 6. Algoritmo da intervenção breve.....	19