

Sumário Pormenorizado da Lição

“Cessação tabágica em Medicina Dentária”

Marta dos Santos Resende

2022

Sumário Pormenorizado da Lição elaborado no âmbito da candidatura ao título académico de agregado em Medicina Dentária, pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, nos termos do Decreto-Lei nº 239/2007, de 19 de junho.

SIGLAS

DGS - Direção Geral da Saúde

DPOC - Doença pulmonar obstrutiva crónica

ENDS - Sistema de libertação eletrónica de nicotina

ENNDS - Sistema de libertação eletrónica sem nicotina

FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

HTP - Produto de tabaco aquecido

MIMD - Mestrado Integrado de Medicina Dentária

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNPCT - Plano Nacional de Prevenção e Controlo do tabagismo

TRN - Terapia de reposição nicotínica

UC - Unidade Curricular

ÍNDICE

1. NOTAS PRÉVIAS.....	4
2. OBJETIVOS DA LIÇÃO	8
3. CONTEÚDOS.....	9
3.1 BREVE RESIVÃO AULA ANTERIOR	10
3.2 BENEFÍCIOS DA CESSAÇÃO TABÁGICA	15
3.3 DEPENDÊNCIA TABÁGICA	17
3.4 SINDROME DE ABSTINÊNCIA TABÁGICA	19
3.5 PROCESSO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL EM CESSAÇÃO TABÁGICA.....	21
3.6 PAPEL DO MÉDICO DENTISTA NO CONTROLO E PREVENÇÃO DO TABAGISMO	22
3.7 INTERVENÇÕES DE CESSAÇÃO TABÁGICA NA PRÁTICA CLÍNICA	23
3.7.1 INTERVENÇÃO BREVE	24
3.7.2 INTERVENÇÃO INTENSIVA.....	26
3.8 TERAPÊUTICA EM CESSAÇÃO TABÁGICA	30
3.9 SUCESSO DAS INTERVENÇÕES.....	37
3.10 OBSTÁCULOS EM CESSAÇÃO TABÁGICA	39
4. CONCLUSÕES.....	40
5. REFERÊNCIAS	41

1. NOTAS PRÉVIAS

Apesar da posição privilegiada do médico dentista na prevenção e controlo do tabagismo e do imperativo ético da integração deste tipo de intervenção na sua prática clínica, a verdade é que quase todos os médicos dentistas perguntam aos seus pacientes se fumam e falam sobre os malefícios de fumar, fazendo algum tipo de aconselhamento, mas apenas uma minoria conhece a abordagem dos “5As” (reconhecida internacionalmente como a abordagem para uma intervenção breve) e prescreve uma ajuda farmacológica para deixar de fumar ou uma terapia de reposição nicotínica. A grande maioria dos médicos dentistas acha que não tem formação pré ou pós-graduada suficiente para ajudar os seus pacientes a parar de fumar, embora mostrem potencial interesse em participar em ações de formação sobre esta questão. (1)

Segundo um estudo realizado na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) no ano de 2011, com 381 estudantes desta faculdade, foi possível concluir-se que os estudantes de medicina dentária estavam sensibilizados para os malefícios do consumo de tabaco e concordavam, na sua maioria, que o médico dentista tem um papel relevante no aconselhamento ao paciente fumador. (2)

No entanto, parece existir uma lacuna no ensino, no que diz respeito à formação em cessação tabágica em medicina dentária. Grande parte da educação sobre a cessação tabágica concentra-se numa intervenção muito breve, sendo que a maioria não fornece aconselhamento para o abandono do tabaco. Este ensino não é exaustivo, nem sistemático, e muito do esforço é direcionado para as consequências do tabagismo e pouca atenção é dada às atividades de cessação tabágica. (3,4,5,6)

Há necessidade, então, de implementar novos planos curriculares nas Faculdades de Medicina Dentária que permitam desenvolver competências em tabagismo e com metodologias para promover a adoção e incorporação do aconselhamento para o abandono do uso de tabaco na prática clínica. (3,7)

No estudo realizado pelo Plano Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) da Direção Geral da Saúde (DGS) e pela Universidade de Évora, que pretendeu avaliar a aquisição de competências profissionais no âmbito da prevenção e controlo do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde nos cursos de Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina e Medicina Dentária no ano

letivo de 2015-2016, participaram sete estabelecimentos de ensino de medicina dentária tendo respondido ao inquérito do estudo 241 alunos (num universo de 616). Cerca de 23% destes estudantes assumia que não tinha formação, mais de 35% não se sentia preparado para efetuar prevenção e tratamento do tabagismo, 94% não participou em projetos neste domínio e quase 90% considerou que deveriam ser introduzidas alterações ao nível da formação. (8)

No plano curricular da formação pré graduada em Medicina Dentária em Portugal há, portanto, necessidade de aumentar o número de horas dedicado a esta área, com uma abordagem mais aprofundada e organizada, principalmente no que diz respeito às intervenções em cessação tabágica, contemplando idealmente treino através de simulação e prática clínica com estágio em consultas especializadas de cessação tabágica nas clínicas universitárias (5,7) ou através de protocolo a estabelecer com as consultas de cessação tabágica do Serviço Nacional de Saúde, conseguindo nestas últimas cumprir a abordagem multidisciplinar nesta área (medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, e desporto), que possibilita ultrapassar muitos dos obstáculos encontrados na prática deste género de intervenção.

Na FMDUP, o tabaco era, e ainda é, abordado em diversas unidades curriculares (UCs) do plano de estudos do Mestrado Integrado de Medicina Dentária (MIMD), aquando do estudo dos principais fatores de risco para as patologias referidas em cada uma dessas UC. Dada a importância da temática para as UCs de Periodontologia, em 2007, começou-se a fazer uma abordagem mais estruturada, visando a cessação tabágica. Criou-se uma consulta de cessação tabágica com o objetivo de incentivar os estudantes a fazerem intervenção breve e simultaneamente dar continuidade à intervenção, ajudando os pacientes motivados para a cessação a efetivarem a sua decisão. A consulta foi ainda aberta a toda a comunidade académica. Era permitido que os estudantes interessados assistissem a estas consultas, caso os pacientes autorizassem. Foi-se igualmente desafiando os estudantes do MIMD para projetos no âmbito do tabagismo, desde pósteres, para as Jornadas da FMDUP, a monografias (9,10), constituindo alguns dos conteúdos produzidos instrumentos pedagógicos facilitadores de aprendizagem, de que é exemplo a aplicação do algoritmo de cessação nas consultas de Periodontologia. (11) Ao longo dos diversos anos foram realizadas diversas comunicações escritas (revista e *newsletters* da faculdade) e orais (no Dia da Faculdade), dirigidas a toda a comunidade académica da UP, com o intuito de divulgar o

trabalho desenvolvido na FMDUP neste âmbito e alertar para a importância do tema em medicina dentária. Elaboraram-se igualmente folhetos e cartazes dirigidos à comunidade em geral, mas que simultaneamente serviam de apoio nas intervenções breves em cessação tabágica, realizadas pelos estudantes nas consultas de Periodontologia.

Visto que as duas horas do programa das UCs de Periodontologia para abordar a temática são francamente insuficientes, dada a extensão dos conteúdos da mesma, mas as possíveis, dada também a extensão do conteúdo programático das referidas UCs, organizou-se em 2018, e com a colaboração da Associação de Estudantes da FMDUP, o curso creditado de Formação contínua “Cessação tabágica em medicina dentária”, realizado numa data que possibilitou igualmente a celebração do Dia mundial sem tabaco, e que tentou de alguma forma complementar a informação disponibilizada sobre prevenção e controlo do tabagismo e alertar os estudantes e todos os profissionais de saúde oral para a importância do assunto. Já no ano 2019, aquando da mesma celebração, organizou-se o evento *World café* - “Serão os novos sistemas de aquecimento menos prejudiciais que os cigarros convencionais?”, com os mesmos objetivos, tentando ainda esclarecer dúvidas relevantes da atualidade. No mesmo ano testou-se a metodologia de simulação e *debriefing*, também nesta área. (12)

Em alguns anos letivos a cessação tabágica foi abordada de uma forma mais aprofundada em algumas especializações, mestrados e doutoramentos da FMDUP, por solicitação dos coordenadores destas formações e ciclos de estudos, dado o interesse transversal do tema nas diferentes áreas da medicina dentária e etapas de formação do médico dentista. Seria contudo importante que este conteúdo começasse a fazer parte do plano curricular oficial dos mesmos.

A direção da FMDUP está sensibilizada para as mudanças curriculares necessárias tendo definido docentes e estudantes para integrarem o Grupo de trabalho “Prevenção, Controlo e Tratamento do Tabagismo na Formação Pré-graduada dos Profissionais de Saúde” do PNPCT da DGS (participação em estudos e *workshops* na área do tabaco com vista à melhoria da qualidade do ensino pré-graduado nesta matéria), e tendo estabelecido um protocolo, em 2018, com as diversas instituições pertencentes ao referido grupo.

No entanto, aquando da mudança do plano curricular em 2019/2020, não foi aprovada em Conselho Científico da FMDUP a criação de uma unidade curricular optativa “Prevenção e controlo do tabagismo”, que permitiria trabalhar a temática de

uma forma sistematizada e no *timing* certo, com importante repercussão na motivação para o desenvolvimento deste tipo de competências. A alternativa é continuar a desenvolver cursos de formação contínua para estudantes e profissionais de saúde, apesar de não parecer ser o formato ideal para os estudantes (custos associados, preocupação com a falta de tempo para as UCs do plano curricular do MIMD) nem o *timing* ideal para a maioria dos profissionais (falta de tempo face à atividade profissional e à necessidade de desenvolver outras competências, economicamente e clinicamente mais apelativas).

De qualquer forma na FMDUP, o caminho para mais e melhor formação está a fazer-se. Todos os anos aparecem novas ideias e têm sido introduzidas inovações quer no conteúdo das aulas quer em atividades extracurriculares.

Por se tratar de uma temática que a docente tem explorado desde o início da sua carreira académica com muito entusiasmo, adquirindo mais conhecimento e experiência, considerou importante a sua partilha, razão da seleção desta lição a apresentar nas suas provas de agregação.

2. OBJETIVOS DA LIÇÃO

Com esta lição pretende-se que os estudantes:

2.1 conheçam os benefícios da cessação tabágica, os obstáculos que se levantam à mesma, a dependência tabágica, o síndrome de abstinência tabágica, o processo de mudança comportamental, as várias metodologias de intervenção e a terapêutica em cessação e tabágica;

2.2 dominem os conceitos sobre o papel do médico dentista no controlo e prevenção do tabagismo, bem como os passos da intervenção breve que deverá efetuar no âmbito da cessação tabágica.

No final da aula estes deverão ser capazes de responder à questão - *De que forma esta mudança comportamental do paciente pode ser trabalhada na consulta de medicina?*

3. CONTEÚDOS

Dada a extensão dos conteúdos sobre esta temática optou-se por abordar apenas os que são fundamentais para a sua compreensão e para a prática clínica do médico dentista.

Optou-se ainda por realizar uma breve revisão de conceitos gerais, uma vez que constituem informações que identificam o problema do tabagismo no seu todo, permitindo trabalhar a motivação do paciente para a cessação tabágica com mais eficácia. (13)

3.1 BREVE REVISÃO DE AULA ANTERIOR

Desde que chegou à Europa, no século XV, o uso do tabaco expandiu-se e diversificou-se progressivamente. Até o século XVIII, as formas mais populares de uso do tabaco eram o rapé e o cachimbo. A partir do século XIX, o cigarro tornou-se a forma mais comum de consumo de tabaco, e sua popularidade cresceu desde então. No entanto, esse aumento de popularidade conduziu ao aparecimento de várias doenças e a um número dramático de mortes relacionadas com este consumo, bem como a várias campanhas antitabagismo, o que fomentou o desenvolvimento de novas formas de administração de nicotina. (14)

Atualmente as principais formas de consumo de tabaco utilizadas são os cigarros, as cigarrilhas, charuto, tabaco de enrolar, tabaco de mascar, cachimbo de água e produtos de tabaco aquecido (HTPs). (13,15)

O tabaco é constituído por mais de 7000 substâncias, algumas com efeitos cancerígenos (ex. hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, N-nitrosaminas, aminas aromáticas, aldeídos, metais pesados, substâncias radioactivas...pelo menos 70), tóxicos (ex. nicotina, monóxido de carbono, acetona, metano, formolaldeído, amónia) ou aditivos (ex. nicotina, mentol, conhaque, cacau, baunilha) e ainda algumas que servem para humidificar o fumo. Estes produtos químicos podem estar na planta do tabaco (absorvidos do solo ou de fertilizantes), podem ser adicionados durante o processamento deste ou formarem-se quando o tabaco é queimado. (16,17) No caso dos produtos de tabaco aquecidos (HTPs) o tabaco é aquecido apenas a uma temperatura alta o suficiente para libertar o aerossol, sem queimá-lo ou produzir fumo, no entanto não há evidência suficiente para sugerir que os HTPs são menos prejudiciais do que os cigarros convencionais. (18,19)

Como alternativas ao consumo do tabaco surgiram ainda sistemas de libertação eletrónica que são dispositivos operados por uma bateria que produz um aerossol (vapor) e que não contêm tabaco mas que podem conter ou não nicotina, utilizando por isso a classificação de Sistema de libertação eletrónica de nicotina (ENDS) ou de Sistema de libertação eletrónica sem nicotina (ENNDS). (18, 19) Estes sistemas começaram a surgir em 2003, tendo em vista a redução do risco para saúde e de outros efeitos desagradáveis, como o cheiro associado ao consumo de cigarros, mas só foram

oficialmente comercializados em 2007. (20) Tem existido ao longo dos anos uma permanente evolução destes sistemas conhecidos como os de 1ª geração (cigarros eletrônicos ou e-cigarros ou *cigalikes*), 2ª geração (*Vaping* e *e-hookah*), 3ª geração (*Mods* ou dispositivos modificáveis) e 4ª geração (*PodMods*, *JUUL*, *Suorin*) e ainda os vaporizadores. (13,21) Os cigarros eletrônicos (e-cigarros) contêm no líquido, habitualmente, propileno glicol, glicerina vegetal, aromatizantes em diferentes concentrações, e alguns também nicotina, como anteriormente referido. O aquecimento deste líquido origina a produção de um aerossol, que é inalado e expirado pelos utilizadores. Diferem dos HTPs porque há aquecimento do líquido em vez de aquecimento da folha do tabaco como ocorre nos HTPs. O aerossol pode conter substâncias nocivas e potencialmente nocivas (ex. nicotina, aromatizantes, compostos orgânicos voláteis, acetaldeído, formaldeído e metais pesados). Embora o aerossol produzido pelos e-cigarros seja quimicamente menos complexo e potencialmente menos nocivo do que o fumo do tabaco ou do que o aerossol do tabaco aquecido, não é isento de riscos, quer para os consumidores, quer para os não consumidores expostos em locais fechados. Os seus efeitos na saúde não são ainda integralmente conhecidos, continuando em investigação. (18,19, 22, 23)

A literatura sobre cigarros eletrônicos mostra que existem impactos sistémicos do *vaping*. Quando contêm nicotina expõem os usuários à dependência de nicotina e efeitos colaterais, como por exemplo o desenvolvimento cerebral alterado do adolescente e problemas cognitivos e comportamentais. Com os cigarro eletrônicos sem nicotina há exposição aos produtos químicos que são libertados no processo de aquecimento do aparelho, como alumínio, cobre e chumbo. Em ambos os sistemas podem ocorrer lesões traumáticas por exemplo por explosão da bateria, principalmente em países onde não há regulamentação sobre a fabricação e segurança de cigarros eletrônicos *In vitro* correlacionou-se a exposição ao aerossol do cigarro eletrônico a danos no DNA e disfunção mitocondrial em fibroblastos pulmonares. (24)

Em 2020, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) a prevalência global do uso de tabaco na população com 15 ou mais anos era de 22,8% (1326 milhões de consumidores). A Região Europeia da OMS apresentava uma prevalência estimada de consumo de tabaco, na população com 15 ou mais anos, de 25,6% (193 milhões) de consumidores. (25)

Em 2019, 17,0% da população residente em Portugal, com 15 ou mais anos, era fumadora, diária ou ocasional. Aproximadamente 1,3 milhões de portugueses (14,2%) fumavam diariamente e 248 mil (2,8%) faziam-no ocasionalmente. Os cigarros foram o tipo de produto mais usado por quem já experimentou (29,3%), seguido dos cigarros eletrónicos (22,2%), do tabaco para cachimbo de água (15,0%) e do tabaco aquecido (4,9%), verificando-se uma subida no consumo destas novas formas de consumo. (25)

Segundo dados da OMS de 2020, morrem por ano mais de 8 milhões de pessoas por doenças associadas ao tabaco, das quais cerca de 1,2 milhões por exposição ao fumo ambiental. Na União Europeia, estima-se que cerca de metade dos fumadores morre precocemente, perdendo em média cerca de 14 anos de expectativa de vida. Em 2019 morreram em Portugal mais de 13 500 pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco e estima-se que tenha contribuído para 32,6% dos óbitos por doença respiratória crónica, 19,1% dos óbitos por cancro, 8,5% dos óbitos por doenças cérebro-cardiovasculares, 9,8% dos óbitos por diabetes *mellitus* tipo 2 e 14,0% dos óbitos por infeções respiratórias do trato respiratório inferior. Para além das doenças associadas ao tabaco, fumar diminui a imunidade e a fertilidade. Fumar durante a gravidez é, igualmente, lesivo para o desenvolvimento fetal e aumenta o risco de complicações perinatais. (25)

A cavidade oral é geralmente a primeira parte do corpo de um fumador exposta aos constituintes dos produtos do tabaco ou às suas emissões. Consequentemente, é um local frequente para efeitos cancerígenos, microbianos, imunológicos ou outros, que se traduzem em várias apresentações clínicas nesta região anatómica. (17) Embora não exista nenhuma patologia característica da tabaco existe um aumento da prevalência de determinadas patologias, quer dos tecidos moles quer dos tecidos duros, como o cancro oral, as lesões potencialmente malignas (leucoplasia, eritroplasia), a queratose tabágica e a estomatite nicotínica. Surgem ainda manifestações orais que resultam da exposição continuada aos constituintes do tabaco e que incluem a aftose, a melanose do fumador (na gengiva e mucosa jugal), a pigmentação dos dentes e das restaurações, a halitose, as cáries dentárias cervicais e a perda dentária. O tabaco aumenta ainda os riscos de defeitos congénitos, como o lábio leporino e a fenda palatina nos filhos de mulheres que fumaram durante a gravidez. (6,13,17,26,27)

O tabaco é um dos fatores de risco, de comportamento/estilo de vida, major para a doença periodontal. Alguns componentes provocam vasoconstrição e fibrose na

microvascularização, o que pode mascarar os sinais de gengivite apesar de haver um infiltrado de células inflamatórias localmente. Está bem estabelecido que fumar tem efeitos adversos significativos nos tecidos periodontais, aumentando o risco de periodontite em duas a cinco vezes. Não existem características fenotípicas ou típicas da periodontite do fumador por isso não é uma doença distinta na classificação de periodontite, mas é um importante modificador a ser incluído no diagnóstico clínico da periodontal. O nível de consumo influencia o grau de periodontite, interferindo com a hemodinâmica periodontal, com os mecanismos de defesa do indivíduo, com a capacidade reparadora e regenerativa do periodonto e com o biofilme dentário. (6,13, 28, 29, 30,31)

Foi demonstrado que os pacientes que fumam sofrem de formas mais graves de periodontite e que a progressão da doença está diretamente relacionada com a frequência do consumo, tendo os fumadores pesados (mais de 30 cigarros/dia) formas mais graves da doença em comparação aos fumadores leves (menos de 10 cigarros/dia). Nos fumadores, clinicamente, encontram-se aumentos significativos no índice de placa, profundidade da bolsa e níveis de perda de inserção clínica em comparação com não fumadores. (31)

Fumar tem igualmente um impacto negativo nas respostas clínicas à terapia periodontal não cirúrgica, apresentando os fumadores com periodontite uma menor redução da profundidade de bolsa e ganho de nível de aderência clínica do que os não fumadores. Os fumadores mostram apenas 50% a 75% de melhoria nos seus parâmetros clínicos após raspagem e alisamento radicular em comparação com não fumadores. O tabagismo está também associado a piores resultados após desbridamento cirúrgico, enxertos ósseos, regeneração óssea guiada e cirurgia plástica periodontal e é um fator de risco para o insucesso dos implantes dentários. Embora o uso de tabaco não seja uma contra-indicação para a terapia periodontal cirúrgica ou não cirúrgica, os pacientes devem ser informados do risco de menor sucesso terapêutico e maior reincidência da doença, havendo, portanto, maior necessidade de reintervenção. (6,13,29,31,32,33)

Dado o modo de utilização dos cigarros eletrônicos nos últimos anos, tem havido um número crescente de estudos realizados para explorar seus efeitos na saúde oral. Estudos *in vitro* relataram uma série de efeitos celulares, mas estes são muito menos pronunciados do que aqueles resultantes da exposição ao cigarro convencional. Estudos microbiológicos indicam que os utilizadores de cigarros eletrônicos têm um microbioma

distinto, mais patogénico quando comparado com o dos não utilizadores. A evidência de ensaios clínicos sobre os efeitos na saúde oral ainda é limitada, mas estudos epidemiológicos destacam secura oral e irritação e doenças da gengiva. Foram ainda encontrados níveis aumentados de índice de placa, profundidade da bolsa, perda clínica de inserção e perda óssea marginal nos grupos de fumadores de cigarros eletrónicos quando comparados com os do grupo de não fumadores. No entanto, em fumadores que usam cigarros eletrónicos como uma ajuda para ajudá-los a parar, os benefícios de parar de fumar podem superar quaisquer impactos negativos na saúde oral, principalmente a curto prazo. (13, 24,33)

Ainda sobre as repercussões do tabaco na saúde é importante mencionar as implicações sensoriais (diminuição do olfato e paladar com o consumo – recuperáveis com a cessação), estéticas (ex. rugas, sequelas pós cancro, perda dentária), e na auto estima (ex. dependência), que influenciam de sobremaneira a qualidade de vida. (34)

Para além dos efeitos na saúde, o tabaco contribui para a pobreza, para as desigualdades sociais e para a poluição do meio ambiente. (24,35)

3.2 BENEFÍCIOS DA CESSAÇÃO TABÁGICA

Deixar de fumar é uma das medidas mais importantes para melhorar a saúde. Isso é verdade independentemente da idade ou de há quanto tempo fumam. Melhora o estado de saúde e a qualidade de vida, reduz o risco de morte prematura e pode adicionar até 10 anos à expectativa de vida. Reduz o risco de muitos problemas de saúde/patologias, incluindo na saúde reprodutiva, doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e cancro (prevenção primária). Beneficia também pessoas já diagnosticadas com doença coronária, DPOC, acidentes vasculares cerebrais (prevenção secundária). Reduz complicações da gravidez e algumas alterações do desenvolvimento do feto. Tem ainda um impacto positivo no fardo financeiro que o consumo de tabaco representa para as pessoas que fumam, para os sistemas de saúde e para a sociedade. Embora deixar de fumar precocemente produza maiores benefícios para a saúde, parar de fumar é benéfico para a saúde em qualquer idade. Mesmo as pessoas que fumaram por muitos anos ou fumaram muito beneficiarão com o abandono. Parar de fumar é ainda a melhor maneira de proteger os membros da família, colegas de trabalho, amigos e outras pessoas dos riscos associados à respiração do fumo passivo. (6,32,36,37)

Esta alteração comportamental causa mudanças positivas imediatas, a médio e longo prazo, estando descrito que: em minutos a frequência cardíaca baixa; após 24 horas o nível de nicotina no sangue atinge o nível zero; depois de alguns dias o nível de monóxido de carbono no sangue reduz para o nível de alguém que não fuma; 1 a 12 meses depois a tosse e falta de ar diminuem; passados 1 a 2 a anos o risco de enfarte cardíaco cai drasticamente; 3 a 6 anos mais tarde o risco adicional de doença cardíaca coronária é cerca de 50% menor; para além dos 5 a 10 anos o risco adicional de cancro de boca, garganta e cordas vocais diminui para metade; ao fim de 10 anos o risco de cancro de bexiga, esófago e rim é atenuado; cerca de 10-15 anos depois da cessação o risco de cancro de pulmão cai para metade; a partir dos 15 anos o risco de doença cardíaca coronária alcança o risco de alguém que não fuma; ao fim de 20 anos sem fumar o risco de cancro de boca, garganta e cordas vocais é o mesmo de o não fumador, o risco de cancro do pâncreas ronda o de alguém que não fuma e o risco adicional de cancro cervical cai para metade. (32,36,37)

Também na área da Periodontologia há evidência de benefícios da cessação do consumo de tabaco refletindo-se na profundidade de sondagem, nível clínico de inserção e perda óssea radiográfica com redução do risco de periodontite e perda dentária. Os efeitos nocivos do tabaco nos tecidos periodontais parecem ser amenizados à medida que o número de anos de cessação aumenta. As evidências atuais existentes, mesmo limitadas, mostram que a cessação pode resultar em benefícios adicionais ao resultado do tratamento periodontal não cirúrgico no que diz respeito à profundidade de sondagem e nível de aderência clínica (6,29)

3.3 PAPEL DO MÉDICO DENTISTA NA PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO

Os médicos dentistas não devem apenas verificar o consumo tabágico do paciente, para estimar o risco de progressão da doença e a previsibilidade do sucesso do tratamento periodontal, mas devem ajudar o fumador a melhorar sua saúde oral e sistémica, prevenindo também futuras complicações, através de uma informação ajustada, aconselhamento e tratamento eficiente e personalizado para a cessação do tabagismo. (6, 13) A verdade é que têm um papel privilegiado na prevenção e controlo do tabagismo quer pelas implicações do consumo tabágico na prevalência e no tratamento de diversas patologias orais (muitas delas desconhecidas pelo paciente, mas algumas delas facilmente observáveis e demonstráveis com espelho como a pigmentação de dentes, gengiva e restaurações e o mau hálito, muito valorizadas pelo paciente e por isso motivadoras para a cessação), quer pelo tipo de contacto que tem com o paciente. (6,26,27,38,39,40) A frequência deste contacto para além de permitir uma relação médico /paciente estável e duradoura facilita uma abordagem estruturada, nos *timings* planeados, explorando vários assuntos como as repercussões do consumo de tabaco e permitindo a reduzir a experimentação (prevenção do controlo do tabagismo) bem como o consumo, oferecendo de ajuda no processo de cessação. (6,7,27,38,39,40)

A maioria dos fumadores acha positivo aconselhamento de cessação tabágica efetuado por médicos dentistas. (6,38,41)

Existem poucos estudos publicados sobre programas de cessação conduzidos por médicos dentistas, mas os existentes mostram taxas de sucesso comparáveis aos estudos desenvolvidos em outras áreas de cuidados primários. Ensaios controlados randomizados indicam que com o aconselhamento de rotina para parar de fumar, realizado por profissionais de saúde oral, o número de pacientes que cessa o consumo com sucesso é o dobro do grupo controlo (16,9% vs. 7,7%¹⁰ e 13,3% vs. 5,3%). (42) Segundo uma revisão recente (39) há evidência de baixo grau de que as taxas de abandono aumentam quando os profissionais de medicina dentária oferecem suporte comportamental para promover a cessação do tabagismo. Há evidência de grau moderado de que as taxas de abstinência de tabaco aumentam em fumadores de cigarro se os profissionais de medicina dentária oferecerem suporte comportamental combinado

com farmacoterapia. São necessárias mais evidências para ter certeza do tamanho do benefício e se a adição de intervenções farmacológicas é mais eficaz do que o suporte comportamental sozinho. Não há evidência suficiente sobre se essas intervenções levam a efeitos adversos, mas não há razões para suspeitar que esses efeitos seriam específicos para intervenções realizadas por profissionais de medicina dentária. Não há evidência suficiente de que as intervenções afetaram a saúde oral.

3.4 DEPENDÊNCIA TABÁGICA

Algumas pessoas param de fumar sem grande dificuldade, não desenvolvendo sintomas de dependência. Porém, deixar de fumar não é uma tarefa fácil para a maioria dos fumadores. O fumador dependente terá de saber lidar com os sintomas de privação causados pela ausência do tabaco e como se isso não bastasse, terá ainda de aprender a lidar com o desejo de fumar desencadeado por múltiplos contextos ou situações sociais do seu dia-a-dia. (36) Por isso torna-se importante que o profissional e paciente conheçam o mecanismo da dependência do tabaco.

A dependência do tabaco é um fenômeno complexo resultante da interação de vários fatores, dos quais a presença de nicotina, surge como fator primordial. A nicotina afeta diversos órgãos e sistemas, em particular os receptores cerebrais associados ao sistema de recompensa. A nicotina é absorvida rapidamente, da mucosa da boca, fossas nasais e orofaringe, e do pulmão espalha-se através da corrente sanguínea a todo o organismo e atinge o cérebro em alguns segundos. Age sobre os referidos receptores existentes a nível cerebral e periférico provocando efeitos muito agradáveis para o fumador, o que leva ao consumo mas também à dependência. São exemplos desses efeitos a melhoria da concentração e memória, a redução tempo de reação, a diminuição da ansiedade e do nervosismo, o prazer, o melhor desempenho, a diminuição do apetite e perda de peso, o aumento da frequência cardíaca e tensão arterial, o aumento da intensidade do metabolismo e o relaxamento dos músculos esqueléticos. Do ponto de vista comportamental, fumar corresponde a um ato regulado pelas consequências imediatas. A repetição deste comportamento resulta de processos de aprendizagem e de reforços positivos/ negativos que, ao longo do tempo, se generalizam e se tornam automáticos, num padrão estável e duradouro que conduz à dependência tabágica. A nicotina induz também tolerância, ou seja, a exposição repetida à mesma quantidade leva à redução dos efeitos inicialmente verificados, o que pode levar ao aumento das doses consumidas. Embora a nicotina seja a principal substância indutora de dependência, outras substâncias poderão estar implicadas no processo de adição. No entanto, para além dos aspetos neuroquímicos de adição à nicotina, sabe-se que a presença de outros fatores (de aprendizagem e condicionamento social, fatores associados à personalidade,

genéticos ou de natureza económica), que podem ter contribuído também para a iniciação do tabagismo, contribuem igualmente para a dependência do tabaco. (34)

A dependência da nicotina está incluída na atual Classificação Internacional das Doenças (CID-11) e no atual Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). (43, 44)

3.5 SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA TABÁGICA

O Síndrome de Abstinência caracteriza-se pela presença de pelo menos quatro dos sintomas/ sinais seguintes: necessidade imperiosa de fumar; irritabilidade; impaciência; frustração; agressividade; agitação; dificuldade de concentração; tristeza; insônia; aumento do apetite ou peso; diminuição da frequência cardíaca; desconforto físico; dores de cabeça. Estes sinais e sintomas começam a aparecer duas a 12 horas depois de deixar de fumar e atingem o pico nas 24 – 48 horas. Existe um mal estar máximo durante a 1ª semana de abstinência, que diminui claramente a partir da 3ª/4ª semana. No entanto alguns sinais/ sintomas como o aumento de peso e a necessidade imperiosa de fumar podem persistir mais de seis meses. (6,34)

Os sintomas de abstinência são sinais de que o corpo se está a adaptar à falta do tabaco. Essa fase de adaptação à ausência do tabaco pode ser desagradável e difícil de suportar sem apoio. Nesta fase, muitos fumadores a tentar parar de fumar recaem. (36)

3.6 PROCESSO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL EM CESSAÇÃO TABÁGICA

Mudar não é, em regra, um processo fácil. Se a pessoa não estiver convencida de que é capaz de mudar, não terá motivação suficiente para dar início ao processo, a menos que existam pressões muito fortes ou acontecimentos da vida que levam a mudanças radicais de comportamento. Quando a mudança é voluntária, acontece, após um processo de decisão habitualmente marcado por sucessivos avanços e recuos. (34)

A manutenção do consumo de tabaco pode ser explicada não só pelos efeitos positivos e agradáveis da nicotina, mas também pela necessidade de reverter os sintomas da abstinência. Para além disso o uso de substâncias aditivas induz memórias de longa duração, que levam, mesmo após largos períodos de abstinência (meses ou anos), a que acontecimentos de *stress* ou fatores associados ao comportamento de fumar possam fazer disparar sintomas agudos de abstinência e, em muitos casos, conduzam à recaída. (34)

Utilizando e adaptando o modelo de Prochaska JO *et al* (45) devemos identificar então a fase do processo de mudança de comportamento em que está o fumador para adaptarmos a nossa intervenção. O fumador na fase de pré-contemplação sente-se bem, não identifica qualquer problema pelo que não pensa em parar; na fase de contemplação sente-se insatisfeito, admite o problema, mas considera não ser necessário parar. Na fase de preparação já pensa em deixar de fumar ou revela tentativas (já tentou no último ano), mas pensa marcar o dia “D” (dia para deixar de fumar) nos próximos 30 dias. Na fase de ação investe na mudança, interrompe consumo; já na fase de manutenção parou há seis meses e mantém esse comportamento por um período de 5 anos. A recaída é uma etapa do processo que se pode seguir à fase de ação ou manutenção e o fumador pode voltar ao ciclo em qualquer dos estádios. (13, 34)

3.7 INTERVENÇÕES EM CESSAÇÃO TABÁGICA NA PRÁTICA CLÍNICA

Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de promover estilos de vida saudáveis e de prestar cuidados preventivos à população, independentemente do tipo de cuidados que prestem e do local onde exerçam, incluindo no que se refere à prevenção e tratamento do tabagismo. (5, 6,34)

Na abordagem clínica do fumador distinguem-se essencialmente dois tipos de intervenção: a intervenção oportunista, muito breve, em que se aproveitam todos os contactos para se abordar o problema do tabagismo, fazendo algum tipo de aconselhamento - intervenção breve (no caso de pacientes fumadores a intervenção é um pouco mais prolongada); e a intervenção de apoio intensivo, para pacientes que gostariam de deixar de fumar, por reconhecerem o problema, mas que não demonstram capacidade para iniciar o processo sozinhos, por sentimentos de ambivalência. Esta última consiste numa intervenção mais demorada, com mais tempo de interação paciente/ profissional, ao longo de várias sessões, efetuada em consulta, especificamente programada para o efeito, dirigida a pacientes motivados para a cessação, e realizada por profissionais habilitados e treinados. (34)

A abordagem ao fumador, em ambas as intervenções, deve ser motivacional pois apesar de direcionarmos a conversa, utilizando um discurso com uma linguagem simples, positiva e encorajadora e irmos resumindo os aspetos “chave”, devemos ter uma atitude de escuta reflexiva, evitando situações de oposição e confronto direto. A ideia é criar condições para que o fumador tome consciência não só das suas ambivalências mas também das suas capacidades e necessidades para empreender a mudança. (34,46,47)

3.7.1 INTERVENÇÃO BREVE

Esta intervenção consiste numa abordagem de curta duração em que se faz uma avaliação do consumo tabágico e da motivação do fumador para parar, bem como um aconselhamento mínimo (2-3 minutos) ou aprofundado (até 10 minutos). (34)

O algoritmo clínico atualmente recomendado para este tipo de intervenção, adaptado de Fiore MC *et al* (48) pela Ordem dos Médicos Dentistas (49), prevê o cumprimento de cinco passos, correspondendo à mnemónica dos “**5As**” - abordar, aconselhar, avaliar, ajudar, acompanhar. Em todas as consultas o profissional deve: **abordar** a temática do tabagismo, registar no processo clínico os dados sobre o consumo do tabaco do paciente e atualizar a informação em todas as consultas, valorizando a decisão dos não fumadores como medida de prevenção da iniciação do tabagismo ou da recaída; **aconselhar**, no caso de doentes fumadores, a parar, de forma clara, firme e personalizada, sublinhando os efeitos do tabaco na sua saúde e implicações no seu tratamento, destacando a natureza reversível de alguns destes efeitos com a cessação; **avaliar** a motivação para alterar o comportamento no próximo mês, o grau de dependência e o interesse em frequentar uma consulta de cessação tabágica; **ajudar** o paciente, negociando o dia de início, acordando regras e adaptando a sua intervenção ao estadio em que o paciente está; **acompanhar** a evolução nas consultas seguintes, revendo dificuldades encontradas, na abstinência e/ou plano terapêutico, e mantendo a motivação como prevenção da recidiva. (13,34,38,50)

Com qualquer tipo de intervenção, o que pretendemos é a cessação tabágica, mas para termos sucesso temos que ser capazes de lidar com a resistência à mudança, com a ambivalência e as recaídas e saber e querer fazer uma abordagem motivacional, consoante a fase do processo em que o paciente se encontra. No caso de um paciente na fase de pré-contemplação deve-se personalizar os malefícios de fumar/ benefícios de parar, facilitar informação escrita (folhetos informativos), mostrar disponibilidade para ajudar, abstendo-se de confronto ou culpabilização. Já num paciente na fase de contemplação o ideal é analisar a intenção de mudança, explorar razões para fumar e parar, expectativas, resistências, reforçando a confiança e importância duma mudança breve. Quando o fumador está na fase da preparação é fundamental auxiliar o fumador a confirmar e justificar a decisão de mudança, utilizando experiências anteriores se as

houve, pedindo para elaborar um plano e marcar dia D. Na fase de ação e manutenção está recomendado resumir evolução, discutir dificuldades, congratular avanços. No caso de uma recaída é necessário transmitir que não é um retrocesso, que faz parte do processo de mudança, identificando motivos e soluções para prevenir situações futuras, mediante o que aprendeu. (34,46)

Para pacientes pouco motivados ou recetivos à ideia de parar de fumar poderá ser recomendável aplicar o **modelo dos 5 “Rs”** (abordagem motivacional breve para lidar com a resistência à mudança) insistindo: na **relevância** que o problema tem para o paciente e sua família, levando-o à reflexão com perguntas abertas; nos **riscos** imediatos, a curto e a longo prazo na manutenção do consumo, para o paciente e família, e identificados pelo próprio ou explorados também com perguntas abertas; nas **recompensas** que paciente e família encontrarão com a cessação; e nas **resistências** ou obstáculos que identifica para não deixar de fumar ou que encontrará quando deixar. Deve-se ainda **repetir** estas intervenções em todas as consultas, criando novas oportunidades para a motivação à cessação tabágica.(13,34)

3.7.2 INTERVENÇÃO INTENSIVA

A intervenção de apoio intensivo possibilita maior tempo de interação entre o profissional de saúde e o paciente, o que permite aumentar a taxa de sucesso da cessação tabágica. (34)

Em termos logísticos para a consulta apenas é preciso elaborar uma ficha da consulta, folhas de auto-registos e ter disponíveis amostras de terapêuticas para demonstração, folha de receituário do Serviço Nacional de Saúde e do profissional. Sugere-se ainda a colocação de cartazes e folhetos na sala de espera. (34)

Depois da manifestação de interesse no agendamento de uma consulta de cessação tabágica por parte do fumador está recomendada a marcação da mesma em menos de 30 dias, com uma duração de 45 a 60 minutos. (34)

O cronograma das consultas seguintes, com duração de 15 a 30 minutos, deverá ser adaptado em função das necessidades sentidas e dos resultados da avaliação realizada pelo profissional, mas em regra a segunda consulta é programada para 8/15 dias depois do dia D e as seguintes com intervalo de um, três e 12 meses. Adicionalmente poderá estabelecer-se contacto telefónico no dia D, passado dois meses e seis meses, para se obter *feedback* e reforçar motivação. (34)

Na primeira consulta é aconselhável realizar uma avaliação global do fumador no que diz respeito a motivo de consulta, antecedentes pessoais médicos/cirúrgicos, medicação prolongada, história de alergias, hábitos alimentares, café, alcoólicos, outras dependências (drogas ilícitas), e de atividade física e ocupação de tempos livres, com verificação adicional de dados antropométricos. (34, 51)

Objetivando o motivo de consulta, faz-se a avaliação tabágica quanto à forma e tipo de consumo, quantidade consumida, idade de início, circunstâncias de consumo e tentativas de cessação anteriores.. O motivo de consumo poderá ser averiguado colocando a questão - *Porque acha que fuma?* ou utilizando um teste apropriado para o efeito - Teste de Horn. O grau de dependência é obtido habitualmente com a aplicação do Teste de Fagerstrom e o grau de motivação poderá ser averiguado colocando duas questões; “*De 1 a 10 que importância tem para si deixar de fumar?*” e “*De 1 a 10 como*

quantifica a sua confiança em deixar de fumar ?” ou utilizando o Teste de Richmond. Complementarmente a quantificação do monóxido de carbono no ar expirado é utilizada em algumas consultas de cessação como forma de confirmação do consumo real do fumador mas principalmente como forma de motivação aquando visualização da descida dos valores com a cessação. (34)

É essencial que o fumador programe a data de início de cessação, estando consciente da necessidade de cessação total, e que partilhe essa data - dia D - com familiares e amigos, podendo ser uma data com significado e preferencialmente em dias sem rotina alterada. Qualquer estratégia de motivação deve passa por incentivar o auto-conhecimento, a auto-eficácia e a mudança. As folhas de auto registo de consumo tabágico, anteriormente referidas, que permitem que o fumador e profissional conheçam as rotinas e as situações de *stress* ou de convívio social associadas ao consumo (e que o profissional forneça conselhos mais personalizadas) também promovem o próprio auto-controlo do fumador, pois deixa de consumir os cigarros de que “não necessita”. O fumador tem de encarar esta mudança como um “virar de página” e um início de uma nova vida, com novas rotinas, com bons hábitos alimentares e exercício físico que certamente conduzirão a um bem-estar físico e psicológico que fortalece a motivação para a abstinência. (34,38, 52)

É importante igualmente que o clínico ajude a fazer um balanço decisional sobre razões para fumar e para parar, realçando os riscos e recompensas da cessação para o próprio e família. Devem-se antecipar e evitar situações de risco, identificando acontecimentos, estados de humor, ou atividades que aumentem o risco de fumar ou recair, identificar e treinar aptidões e competências para lidar com as situações de risco e fornecer algumas dicas como respirar fundo, beber água, andar, telefonar a um amigo, perfumar carro e casa, utilizar rebuçados sem açúcar, remover estímulos (tabaco, cinzeiros, isqueiros) e abordar as dificuldades que o fumador poderá encontrar nomeadamente a síndrome de abstinência. Está recomendado igualmente estimular a procura de informação sobre os efeitos do tabaco (ex. folhetos informativos), tentando adequar sempre a informação ao paciente em causa. Deve-se também estimular o cálculo da poupança mensal e a utilização do mealheiro, estabelecendo um objetivo definido para o dinheiro amealhado. (34,51,52)

Alguns pacientes preferem reduzir até parar e nesses poderemos utilizar a técnica RAP (reduzir até parar). Embora não haja evidência da diminuição do dano com a redução, há estudos que sugerem que a redução pode ajudar na cessação por aumentar a motivação para parar. (53,54)

Em casos de ansiedade, angústia, depressão, anorexia/bulimia, problemas com drogas e/ou álcool, recaídas frequentes e problemas familiares ou profissionais graves está indicada a referência para Psiquiatria/Psicologia. Para despistarmos algumas destas situações poderá ser útil aplicar a escala hospitalar de depressão e ansiedade – HAD. (34)

Como a cessação pode aumentar a massa gorda, quer pela perda do efeito da nicotina (metabólico e sobre o tecido adiposo) quer pelo apetite aumentado (pela melhoria do gosto e olfato) ou ainda pela substituição da necessidade imperiosa de fumar pela necessidade imperiosa de comer. Em casos de pacientes obesos ou pacientes com grande preocupação em aumentar o peso poderá estar indicado um aconselhamento por um nutricionista que proporcione e acompanhe plano dietético personalizado e adequado e que simultaneamente fomente a motivação e incentive a prática do exercício físico. (34, 55)

A consulta de cessação tabágica deveria então, em algumas situações específicas, proporcionar acesso facilitado a equipa multidisciplinar constituída pelo Médico de família, Médico Dentista, Pneumologista, Cardiologista, Endocrinologista, Psicólogo/ Psiquiatra, Nutricionista, Enfermeiro, *Personal trainer*, para além do Administrativo encarregado da receção, agendamento e confirmação das intervenções posteriores. (34)

Nas consultas de seguimento faz-se uma avaliação de resultados (utilizar por ex. um diário do fumador) e discute-se a discrepância entre o que fez e o que pretendia fazer. Identificam-se os problemas surgidos ou presença de efeitos indesejáveis com a medicação, procurando-se soluções e reformulando-se o plano terapêutico. Deve-se por fim congratular o sucesso, incentivar novo compromisso, encorajar contacto caso surjam dúvidas/ problemas e programar a próxima consulta. (34)

As principais razões referidas pelos fumadores para a recaída são o *craving* (desejo intenso de fumar), o *stress*, o mau *timing* para a iniciativa, o gostar de fumar, o

hábito gestual, a presença de conjugue, amigos e colegas fumadores e o aumento do peso. (56)

É de distinguir o conceito de lapso ou deslize de recaída. O lapso ou deslize caracteriza-se pelo facto de o fumador não abandonar a fase de ação, mantendo-se sem fumar após um consumo accidental. Deve-se ensinar a interpretar isso como parte do processo de cessação e a refletir sobre a ocorrência, descobrindo formas de a evitar no futuro. Em caso de recaída, há que reiniciar novo processo de apoio intensivo, cerca de três meses depois, a fim de reforçar a motivação e há que fazer com que o paciente interprete o motivo da recaída e integre isso no próprio processo da cessação, sem censuras mas com aprendizagem com a ocorrência, vislumbrando maneira de evitar situações idênticas. (6,34)

3.8 TERAPÊUTICA EM CESSAÇÃO TABÁGICA

Embora o grande motor para a cessação seja a força de vontade, podem ser utilizados fármacos para ajudar a minimizar alguns sintomas que o fumador apresenta quando deixa de fumar. Porém é preciso que o fumador tenha consciência que não os fazem desaparecer. (50)

Na seleção da terapêutica farmacológica devemos ter em consideração a preferência do paciente e a sua experiência prévia, as indicações (características do paciente ex. grau de dependência), as contra-indicações (colaboração do médico assistente do paciente) e o conhecimento do próprio profissional no manuseamento das opções existentes no mercado. (21, 29)

Dada a multiplicidade de opções terapêuticas, e a reduzida duração da lição, selecionaram-se para apresentar na mesma, aquelas que, pela simplicidade e evidência comprovada, são as mais exequíveis de empregar em medicina dentária.

Em geral, as terapêuticas disponíveis para a cessação do tabagismo têm se mostrado seguras e eficazes e geralmente incluem o uso de terapias de reposição de nicotínica, vareniclina, citisina e bupropiona. (6,34,50,57)

3.8.1 Terapia de Reposição Nicotínica (TRN)

3.8.1.1 Sistemas transdérmicos (penso/ *patch*/ adesivo)

Estes sistemas de 10, 20 e 30 cm², com doses crescentes de nicotina, apresentam-se em duas indicações de uso diário (16h ou 24 h). A sua posologia varia em função número de cigarros e grau de dependência (a partir do grau de dependência moderado, inclusivé), estando preconizado iniciar com doses mais elevadas e ir ajustando para doses menores (consultar sugestão fabricante de cada marca). Está indicada a sua utilização durante três meses. São instruções comuns a todos os sistemas as seguintes:

- não utilizar mais de um sistema de cada vez;

- não cortar o sistema para ajustar a dose (não está garantida a distribuição uniforme do produto);
- não alterar a posologia sem indicação médica;
- escolher área da pele do tronco ou braço sem lesões para evitar alteração da absorção;
- as mulheres não devem usar na mama;
- pele deve estar limpa, isenta de pelos ou de cremes;
- variar diariamente o local de aplicação;
- depois de cortar a carteira pela linha a tracejado tirar a película sem tocar no adesivo;
- trocar diariamente, preferencialmente de manhã;
- resistente à água;
- se cair não usar o mesmo;
- nas grávidas, se houver perturbações no sono, retirar à noite;
- não continuar a fumar. (34)

São exemplos marcas comercializados em Portugal a Nicotinell TTS®, Nicorette® e NiQuitin CQ clear®. Esta última tem a vantagem de apresentar pensos transparentes e flexíveis.

3.8.1.2 Formas orais (pastilhas/ gomas)

As formas orais apresentam-se com doses de nicotina entre 1mg e 4 mg. (pastilhas – 1,5 ou 2 ou 2,5mg; gomas 2 ou 4mg). A posologia é ser estabelecida, conforme já referido, em função número de cigarros consumidos por dia e grau de dependência, iniciando-se com doses mais elevadas e ajustando-se para doses menores, seguindo a sugestão do fabricante. Podem ser utilizadas as de 2 mg em casos de dependência leve e as de 4 mg em casos de dependência moderada. A utilização máxima é de uma por hora e a duração deverá ser até seis meses. São instruções habituais e comuns das diferentes marcas comercializadas em Portugal, Nicotinell TTS®, Nicopass®, Nicorette®, as abaixo referidas::

- mastigar até o sabor se tornar intenso (10 mastigações), manter de seguida a goma sob o lábio ou a bochecha (1-2 min.), depois quando o sabor se tornar

menos intenso recomendar a mastigação e manter esta rotina de mastigação durante 30 minutos;

- não mastigar vigorosamente;
- mastigar uma pastilha quando necessitar de fumar;
- pode demorar alguns dias a habitar-se ao sabor;
- evitar a ingestão de alimentos ou bebidas, com exceção de água, durante os 15 minutos prévios e durante a mastigação. (34)

A marca comercial Nicorette ®tem a vantagem de não ter açúcar, o que poderá trazer vantagem no âmbito da medicina dentária.

3.8.1.3 Contra indicações

Comuns aos dois sistemas apresentados (orais e transdérmicas)

- Hipersensibilidade anterior ao produto
- Enfarte do miocárdio recente
- Acidente vascular cerebral nos últimos três meses
- Arritmias cardíacas graves
- Angina de peito instável ou agravada
- Hipertensão arterial
- Úlcera gástrica ou duodenal
- Diabetes
- Doença renal ou hepática
- Hipertiroidismo ou feocromocitoma
- Fumadores ocasionais
- Gravidez e amamentação
- Menores de 18 anos
- Continuar a fumar

Específicas dos sistemas transdérmicos

- Doenças de pele graves

Específicas das pastilhas/ gomas

- Desordens da ATM

- Próteses removíveis

3.8.1.4 Efeitos indesejados:

Gerais

- Tonturas
- Dores de cabeça
- Náuseas
- Soluços
- Distúrbios gástricos
- Palpitações
- Insónia ou alterações do padrão do sono

Específicos dos sistemas transdérmicos

- Irritação cutânea

Específicos das pastilhas/ gomas

- Irritação da boca e garganta
- Salivação excessiva
- Dores maxilares

Os efeitos indesejados estão relacionados muitas vezes com uso incorreto ou com a própria cessação - síndrome de privação tabágica. (34)

3.8.1.4 Combinação dos sistemas

Em casos de dependência elevada poderemos combinar as pastilhas de 2mg com os adesivos e em casa de dependência muito elevada poderemos utilizar a mesma combinação mas com pastilhas de 4 mg. (34)

3.8.1.5 Outras formas de apresentação

Atualmente são também utilizados comprimidos sublinguais, *sprays* orais e nasais e inaladores. (57,58,59)

Os comprimidos sublinguais de nicotina, com 2 mg de nicotina e sem sabor, são colocados debaixo da língua, sendo absorvidos pela mucosa oral em 15 a 30 minutos. As suas reações adversas mais frequentes são: soluços, sensação de queimadura ou ardor da boca, dor da orofaringe, tosse, lábios secos e ulcerações da mucosa oral. (57)

O *spray* nasal, com dosagem de 10 mg/dl, permite uma pulverização por hora em cada narina, com um máximo de 40 pulverizações por dia. Os efeitos secundários mais relatados da sua utilização são irritação da mucosa nasal e rinorreia. (57,58)

O *spray* oral contém nicotina misturada com etanol e hortelã e proporciona 1mg de nicotina por pulverização. Os efeitos secundários são soluços e irritação da mucosa oral e orofaringe. Contudo, não deixa de ser uma das fórmulas preferidas pelos utilizadores destas terapêuticas, pois tal como o *spray* nasal é fácil de utilizar e diminui o desejo de fumar dentro de cinco minutos, uma vez que tem um início de ação mais rápido. (57, 59)

O inalador de nicotina consiste num tubo de plástico semelhante a um cigarro que contem no seu interior cartuchos com 10 mg de nicotina. A nicotina não atinge os pulmões, sendo depositada e absorvida através da mucosa oral. O inalador simula muitas das ações relacionadas com o ritual de consumo do tabaco mas pode causar uma irritação na mucosa oral e na orofaringe. Também pode precipitar broncoespasmo em indivíduos com predisposição para maior reatividade brônquica. (57,59)

3.8.2 Vareniclina (Champix®)

Trata-se de um agonista parcial específico de um recetor cerebral nicotínico ($\alpha 4\beta 2$), que reduz a urgência em fumar, os sintomas de abstinência e a sensação de satisfação associada ao consumo de tabaco. As moléculas deste fármaco, semelhantes às da nicotina, ligam-se com elevada afinidade aos tais recetores cerebrais, estimulando a libertação de dopamina, tal como acontece com a nicotina, dando origem a uma sensação de satisfação associada à do tabagismo (ação de agonista parcial). Já na presença de nicotina (se o paciente continua a fumar) bloqueiam a ligação desta aos

recetores cerebrais provocando uma redução dos efeitos agradáveis associados a fumar (ação antagonista).

Deve-se iniciar terapêutica 8 a 14 dias do dia D utilizando o seguinte esquema posológico: 1 comprimido de 0.5mg/ dia do 1.º ao 3.º dia; 1 comprimido de 0,5mg/ 2x dia (manhã e noite) do 4.º ao 7.º dia; 1mg/ 2x dia do 8.º ao 14.º dia. A utilização deverá ser de 12 a 24 semanas, de forma a evitar recaída. Não apresenta interações medicamentosas e apresenta como efeitos adversos as náuseas (taxa de descontinuação < 3%), insónias, pesadelos, cefaleias, sintomas de depressão podendo incluir ideação suicida e tentativa de suicídio – consultar médico de imediato. Está contra-indicado na gravidez, amamentação e história depressão e ideação suicida.

Não se aconselha o uso em terapêuticas combinadas, a interferência no ganho de peso é similar ao placebo (<3Kg) e deverá ser administrado com água e depois das refeições. Pacientes com insuficiência renal grave ou mesmo com insuficiência moderada e com efeitos adversos não toleráveis a dose recomendada não deve ultrapassar 1mg/ dia. A taxa de cessação tabágica deste fármaco ronda os 44,2%. (34)

A Autoridade Nacional do Medicamento e de Produtos de Saúde (INFARMED) determinou, em outubro de 2021 a suspensão da comercialização de alguns lotes dos medicamentos *Champix* (0,5 mg) e (1 mg), por terem sido detetados valores elevados de uma impureza. Os laboratórios da Pfizer confirmaram que foi detetada a presença da impureza N-nitroso vareniclina acima do limite de ingestão diária aceitável, determinado pela Agência Europeia do Medicamento. (60) Por essa razão é neste momento difícil adquirir este fármaco por indisponibilidade de *stock* de outros lotes, pelo que se recomenda a atualização de outros fármacos já anteriormente utilizados em cessação tabágica.

3.8.3 Outras terapêuticas

Outras medicações, como por exemplo a Nortriptilina, (antidepressivo) e clonidina (antihipertensor) foram já utilizadas na cessação tabágica mas entraram em desuso por reações adversas associadas. Outras continuam a ser utilizadas como a Bupropiona (Zyban®) antidepressivo ainda utilizado em casos de grande preocupação com o peso pois pode reduzir o peso. Quando combinado com a terapia de reposição nicotínica parece aumentar a eficácia do tratamento. Tem, no entanto, algumas interações

medicamentosas e efeitos colaterais, o que dificulta a sua prescrição no âmbito da medicina dentária. (34) A citisina, outro fármaco agonista parcial dos recetores de nicotina, farmacologicamente semelhante à vareniclina, é utilizado no tratamento de dependência de drogas desde há muito anos. Quando combinado com apoio comportamental breve, revela-se uma terapêutica alternativa na cessação tabágica, sendo superior à TRN, ainda que com mais efeitos adversos (náuseas e vómitos e distúrbios do sono). Tem a vantagem de ser mais económico que a vareniclina mas como tem um tempo de semivida curto tem de ser tomado inicialmente seis vezes por dia. (61, 57)

Existem muitas outras terapêuticas e técnicas (ex. medicina tradicional chinesa, acupressão auricular, acupuntura, terapia laser, electroestimulação, homeopatia, técnicas aversivas, hipnoterapia, meditação, massagem, medicina herbal, terapias de grupo, programas auto-ajuda/ intervenções interativas e personalizadas na Internet) e até soluções (ex. Solução Nicobloc®) que poderão eventualmente ajudar alguns pacientes a deixar de fumar mas ainda não há evidência científica a longo prazo que suporte a sua eficácia e segurança na sua utilização. (62-69)

Relativamente às formas de consumo de tabaco ou nicotina alternativas às formas convencionais, apesar também serem utilizadas no processo de cessação, ainda não existem estudos suficientes que comprovem a sua eficácia e segurança de utilização. Apesar de alguns destes dispositivos já terem disso autorizados em alguns países (ex. pela *Food and Drug Administration*), em Portugal até ao momento, o INFARMED não forneceu qualquer autorização ou registo para nem como medicamento, nem como dispositivo médico e desaconselha a utilização deste tipo de produtos, por não ser possível assegurar a sua qualidade, segurança e desempenho. (70.71,72)

3.9 SUCESSO DAS INTERVENÇÕES

Em Portugal, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2019, 21,4% da população residente em Portugal com 15 ou mais anos era ex-fumadora, tendo-se registado, entre 2014 e 2019, um decréscimo em alguns grupos etários. (25) Segundo os resultados do estudo *Special Eurobarometer 506*, Portugal ocupava o 22º lugar entre os países da União Europeia, no que se refere à percentagem de fumadores que disseram ter feito uma tentativa para parar de fumar ao longo da vida, com apenas 34% de respostas afirmativas. Segundo a mesma fonte, 66,0% dos respondentes residentes em Portugal disse nunca ter tentado parar de fumar, 27,0% tentou parar há mais de um ano e 7,0% há menos de um ano. Dos respondentes portugueses que tentaram parar de fumar, 86% disse não ter usado qualquer tipo de apoio, 8% usou medicação, 5% recorreu a apoio médico ou a consultas de cessação tabágica, 2% usou o cigarro eletrónico e 1% usou o tabaco aquecido. Tendo por base os estudos Eurobarómetro, entre março de 2017 e agosto de 2020, registou-se uma diminuição da proporção de respondentes fumadores que referiu ter feito uma tentativa para parar de fumar (36% em 2017; 34% em 2020). No mesmo período, a proporção de fumadores que tentou parar de fumar com apoio também diminuiu. Contudo, mais inquiridos responderam que usaram medicação (+2 pp), ou recorreram ao apoio de profissionais de saúde ou a serviços especializados em cessação tabágica (+1 pp). Verificou-se ainda uma diminuição de 6 pp quanto ao uso de cigarros eletrónicos como método para deixar de fumar. (25)

Tanto as intervenções comportamentais quanto a farmacoterapia são eficazes e recomendadas, e as combinações de intervenções são mais eficazes. As melhores e mais eficazes intervenções são aquelas que são viáveis para o indivíduo. (50, 3,74) As taxas médias de abandono variam de 2% a 50% (média, 15,2%) entre os participantes que receberam farmacoterapia e suporte comportamental versus 0% a 36% (média, 8,6%) entre os participantes randomizados para um grupo de controle. (73)

As intervenções comportamentais consideradas eficazes para ajudar os adultos a parar de fumar incluem aconselhamento pessoal, aconselhamento por telefone e materiais de auto-ajuda. Essas intervenções podem aumentar as taxas de cessação do

tabagismo de 5% a 11% nos grupos de controle para 7% a 13% nos grupos de intervenção. Tanto as intervenções breves como as intensivas aumentam a proporção de pessoas que param de fumar com sucesso e permanecem abstinentes. No entanto, mais sessões melhoram as taxas de cessação. (50)

A TRN é a terapêutica para cessação do tabagismo mais utilizada e tem sido aceite como a terapêutica de primeira linha para a cessação do tabagismo devido ao seu perfil de segurança e eficácia. (74) As taxas de cessação do tabagismo podem aumentar de 10% em grupos de controle para 17% em pessoas que usam qualquer forma de TRN, e o uso de dois tipos de TRN mostrou-se mais eficaz do que o uso de um único tipo (50), havendo estudos, no entanto, que referem que o uso de TRN aumenta a taxa de sucesso de cessação em 50 a 60% e outros 10 a 30%. As variações na taxa de sucesso podem ser devido à subutilização ou uso não adequado de medicamentos prescritos para cessação do tabagismo. Ser aderente à TRN duplica a taxa de sucesso da cessação. (74)

A Vareniclina mais que duplica a taxa de sucesso da cessação com placebo, obtendo melhores resultados que a TRN. (57,58)

A cessação do tabagismo pode aumentar de 11% nos grupos de controle para 19% naqueles que usam bupropiona. Alguns estudos mostram que a TRN em combinação com a bupropiona pode ser mais eficaz do que a bupropiona sozinha, mas não necessariamente que a TRN sozinha. (50)

Segundo um estudo (61) a abstinência contínua de fumar ao fim de uma semana parece ser superior quando se utiliza citisina (cessação em 40% dos participantes) do que quando se utiliza TRN (cessação em 31% dos participantes). A eficácia da citisina para a abstinência contínua foi superior à TRN também ao fim de dois e seis meses.

Os dados sobre a eficácia e segurança da utilização dos HTPs ou dos cigarros eletrónicos como intervenção para a cessação do tabagismo são limitados e os resultados são inconsistentes. (73,75,76,77)

3.10 OBSTÁCULOS EM CESSAÇÃO TABÁGICA

Nas intervenções em cessação tabágica é possível identificarem-se inúmeras barreiras ou dificuldades. Algumas dizem respeito ao próprio profissional como a falta de formação pós e pré graduada, a dificuldade na comunicação, a relação tempo despendido/ remuneração, a sensação ineficácia pelos resultados tardios, a dificuldade em lidar com o insucesso, o medo interferência na relação paciente/médico, e ser fumador (pode ser um preditor negativo das atividades de aconselhamento). Outras estão relacionadas com o fumador diretamente, como a sua motivação, o seu grau de instrução, a sua história familiar, o seu histórico médico (patologia psiquiátrica, outras dependências), os insucessos anteriores, ou indiretamente, pelos custos inerentes a consultas e tratamentos, já que estes últimos não são totalmente gratuitos (embora o seu custo corresponda aproximadamente ao custo de um consumo de 20 cigarros/dia). (5, 40, 78) Em relação às consultas há, por vezes, uma falta de resposta em tempo útil nas marcações através do Serviço Nacional de Saúde. (25)

4. CONCLUSÕES

Com esta lição acho que já é possível responder à questão - *De que forma esta mudança comportamental do paciente pode ser trabalhada na consulta de medicina dentária?*.

Para o profissional de saúde oral ajudar o paciente fumador na mudança de comportamento, ou seja, na cessação tabágica, tem de conhecer o problema - nomeadamente os números e tendências de consumo de tabaco, nacional e internacional, as formas de consumo, os constituintes do tabaco, as repercussões na saúde oral e geral e o risco para os não fumadores expostos, e transmitir ao fumador a informação necessária e precisa, utilizando um estilo de comunicação positivo e encorajador, mas assertivo, constituindo um instrumento importante na motivação do paciente.

O clínico deverá igualmente aplicar em todos os pacientes o algoritmo de intervenção breve/ modelo dos “5As”, adotando uma atitude de escuta reflexiva, evitando situações de oposição e confronto direto.

A nível oral, apesar de não haver uma patologia característica do tabaco, o profissional poderá demonstrar as repercussões orais existentes no paciente, explicando os efeitos do tabaco nas mesmas e no seu tratamento.

É fundamental ainda o registo de todas as informações no processo clínico de forma a estabelecer o ponto de situação em todas as consultas. Adicionalmente é recomendado colocar cartazes informativos na sala de espera e fornecer folhetos informativos.

O médico dentista deve conhecer as terapêuticas possíveis em cessação tabágica, bem como as suas indicações e posologia, de forma a esclarecer o paciente e, caso o paciente esteja motivado para o processo de cessação, poderá prescrever as mais convenientes ou deverá encaminhar o mesmo para uma consulta de cessação tabágica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Resende, M., Pereira-Lopes, O., Silva, O.M., Melo, P.R. (2017). Assessment of tobacco use and tobacco cessation counseling by Portuguese dentists. *Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 58(1), 2-7.
2. Simões, M. (2012). *Avaliação dos hábitos tabágicos em alunos da FMDUP e suas atitudes perante o paciente fumador*. [Monografia de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/63728>
3. Ferreira, S. (2012). *Desenvolvimento de competências na área da cessação tabágica durante a formação pré-graduada em medicina dentária*. [Monografia de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/87702>
4. Shearston, J.A., Shah, K., Cheng, E., Moosvi, E., Park, S.H., Patel, N., Spielman, A.I., Weitzman, M.L. (2017). Dental, Dental Hygiene, and Advanced Dental Students' Use, Knowledge, and Beliefs Regarding Tobacco Products. *J Dent Educ*, 81(11), 1317-1326.
5. Alblow, J.A. (2021). Perception of Tobacco Counseling and Cessation among Dental Practitioners. *Journal of Smoking Cessation*. <https://doi.org/10.1155/2021/6692525>
6. Duarte, P.M., Nogueira, C.F.P., Silva, S.M., Pannutib, C.P., Schey, K.C., Miranda, T.S. (2021). Impact of Smoking Cessation on Periodontal Tissues. *International Dental Journal*. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2021.01.016>
7. Vollath, S.E., Bobak, A., Jackson, S., Sennhenn-Kirchner, S., Kanzow, P., Wiegand, A., Raupach, T. (2020). Effectiveness of an innovative and interactive smoking

cessation training module for dental students: A prospective study. *Eur J Dent Educ.* 24(2),361-369.

8. DGS (2018, Março 5). *Competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde.* <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/relatorios-e-publicacoes.aspx>

9. Aires, T. (2019). *Are Tobacco Heating Systems less harmful to periodontal tissues when compared to conventional smoking* [Monografia de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

10. Moreira, A. (2020). *Alternative Systems of tobacco consumption – oral manifestations and cessation effectiveness* [Monografia de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

11. Chavez, D. (2014). *Avaliação do algoritmo interventivo em cessação tabágica na consulta de periodontologia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.* [Monografia de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

12. Codeço, A., Coutinho, V., Pereira-Lopes, O., Faria e Almeida, R., Resende, M. (2020). Assessing clinical simulation as a learning tool when training motivation skills in Periodontology - students perceptions in European. *European Journal of Dental Education.* 24(4), 644 - 649.

13. Chaffee, B.W., Couch, E.T., Vora, M.V., Holliday R.S. (2021). Oral and periodontal implications of tobacco and nicotine products. *Periodontol 2000*, 87(1), 241–253.

14. Silva, H. Tobacco Use and Periodontal Disease—The Role of Microvascular Dysfunction. *Biology* 2021, 10, 441. <https://doi.org/10.3390/biology10050441>

15. World Health Organization. (2021, July 26). *Novel and emerging nicotine and tobacco products*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

16. Margolis, K.A., Bernat, J.K., O'Brien, E.K., Delahanty, J.C. (2017) Online Information About Harmful Tobacco Constituents: A Content Analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(10), 1209–1215.

17. Tomar, S.T., Hecht, S.S., Jaspers, I., Gregory, R.L., Stepanov. I. (2019). Oral Health Effects of Combusted and Smokeless Tobacco Products. *Advances in Dental Research*, 30(1), 4–10.

18. World Health Organization. *Tobacco*. Consultado Janeiro 13, 2022, de https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1

19. DGS (2019, Setembro 19). *O que é o cigarro eletrônico?* <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/cigarros-eletronicos.aspx>

20. Orellana-Barrios, M.A., Payne, D., Mulkey, Z., Nugent, K. Electronic Cigarettes-A Narrative Review for Clinicians. *Am J Med*. 2015;128(7):674-81.

21. Centers for Disease Control and Prevention (2021, July 12). *E-Cigarette, or Vaping, Products Visual Dictionary*. https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/index.htm

22. Zakiyah, N., Purwadi, F.V., Insani W.N., Abdulah, R., Puspitasari, I.M., Barliana, M.I., Lesmana, R., Amaliya, A., Suwantika, A.A. (2021). Effectiveness and Safety Profile of Alternative Tobacco and Nicotine Products for Smoking Reduction and Cessation: A Systematic Review. *J Multidiscip Healthc*, 23(14),1955-1975.

23. Hartmann-Boyce, J., McRobbie, H., Lindson, N., Bullen, C., Begh, R., Theodoulou, A., Notley, C., Rigotti, N.A., Turner, T., Butler, A.R., Fanshawe, T.R., Hajek, P.

(2020). Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews . DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub4

24. Figueredo, C.A., Abdelhay, N., Figueredo, C.M., Catunda, R., Gibson, M. (2021). The impact of vaping on periodontitis: A systematic review. *Clin Exp Dent Res*, 7, 376–384.

25. DGS (2021, Junho 25). *Relatório PNCPT 2020*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/relatorios-e-publicacoes.aspx>

26. More, A.B., Rodrigues, A., Sadhu, B.J. (2021). Effects of smoking on oral health: Awareness among dental patients and their attitude towards its cessation. *Indian Journal of Dental Research*, 32(1), 23-26.

27. World Health Organization (2018). Fact Sheet on Tobacco and Oral Health. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics/fact-sheet-on-tobacco-and-oral-health-2018>

28. Caton, J.G., Armitage, G., Berglundh, T., Chapple, I. L.C., Jepsen, S., Kornman, K.S., Mealey, B.L., Papapanou, P.N., Sanz, M., Tonetti, M.S. (2018). A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol*, 45(20), 1-8.

29. Pouly, S., Ng W.T., Muriel Benzimra, M., Soulan, A., Blanc, N., 1, Zanetti, F., Patrick Picavet 1, Gizelle Baker 1, Christelle Haziza 1 . (2021). Effect of Switching to the Tobacco Heating System Versus Continued Cigarette Smoking on Chronic Generalized Periodontitis Treatment Outcome: Protocol for a Randomized Controlled Multicenter Study . *JMIR Res Protoc*. doi: 10.2196/15350.

30. Al Kawas, S., Al-Marzooq, F., Rahman, B. *et al*. The impact of smoking different tobacco types on the subgingival microbiome and periodontal health: a pilot study. *Sci Rep* 11, 1113 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-80937-3>

31. Silva, H. Tobacco Use and Periodontal Disease—The Role of Microvascular Dysfunction. *Biology* 2021, 10, 441. <https://doi.org/10.3390/biology10050441>
32. Chang, J., Meng H-W., Lalla, E., Lee, C-T. (2021). The impact of smoking on non-surgical periodontal therapy: A systematic review and meta-analysis. *Clin Periodontol*, 48(1), 60-75.
33. Holliday, R., Chaffee, B.W., Jakubovic, N.S., Kist, R., Preshaw, P.M. (2021). Electronic Cigarettes and Oral Health. *Journal of Dental Research*, 100(9), 906–913.
34. DGS (2008, Maio 15). *Cessação tabágica - Programa tipo actuação*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/relatorios-e-publicacoes.aspx?v=%3d%3dMAAAAB%2bLCAAAAAAABADLTc5LtFXLYUu2VUtMKUvMS061NVZLTkzOSE3Ozypys%2bxNTIwMjIwNDQ2NDI0MzIBAK1Mc%2fgwAAAA>
35. World Health Organization. (2021, July 26). *Leading cause of death, illness and impoverishment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
36. DGS. *Quer deixar de fumar?*. Consultado Janeiro 13, 2022, de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/quer-deixar-de-fumar.aspx>
37. Centers for Disease Control and Prevention (2020, September 23). *Benefits of Quitting*. https://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/how_to_quit/benefits/#health-benefits-of-quitting-smoking
38. Moafa, I., Hoving, C., Van den Borne, B., Jafer, M. (2021). Identifying Behavior Change Techniques Used in Tobacco Cessation Interventions by Oral Health Professionals and Their Relation to Intervention Effects—A Review of the Scientific Literature. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147481>

39. Holliday, R., Hong, B., McColl, E., Livingstone-Banks, J., Preshaw, P.M. (2021). Interventions for tobacco cessation delivered by dental professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD005084.pub4.
40. Goel, D., Chaudhary, P.K., Khan, A., Patthi, B., Singla, A., Malhi, R., Gambhir, R.S. . (2020). Acquaintance and Approach in the Direction of Tobacco Cessation Among Dental Practitioners-A Systematic Review. *Int J Prev Med*. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_316_19. PMID: 33312476; PMCID: PMC7716613
41. Ford, P.J., Tran, P., Cockburn, N. Keen, B., Kavanagh, D.J., Gartner, C. (2016). Survey of dental clinic patients: smoking and preferences for cessation support. *Aust Dent J*, 61(2), 219-26.
42. Zhang, Bo., Bondy, S.J., Diemert, L.M., Chaiton, M. (2017). Can Dentists Help Patients Quit Smoking? The Role of Cessation Medications. *J Can Dent Assoc*, 83, h1. PMID: 29513207.
43. World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
44. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
45. Prochaska, J.O., Diclemente, C.C. (1983). Stages and processes of self changes in smoking: towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 51: 390-395.
46. Ravi, K., Indrapriyadharshini, K., Madankumar P.D. (2021). Application of Health Behavioral Models in Smoking Cessation – A Systematic Review. *Indian Journal of Public Health*, 65(2), 103-109.
47. Gondel, O., Jungo, S., Aubin, H.J. (2021). Motivational interviewing : a useful technique for both smoking cessation and periodontal interventions [Abstract]. *Rev Med Liege*, 76(4), 287-291.

48. Agency for Healthcare Research and Quality (2020, February). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. <https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/tobacco/index.html>
49. Ordem dos Médicos Dentistas (2009, Maio 26). Algoritmo Clínico da Intervenção Breve (Modelo dos 5A). <https://www.omd.pt/2009/05/tabaco-apoiar-avaliar/>
50. Sealock, T., Sharma, S. Smoking Cessation. (2021, May 7). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 29494049.
51. Şimşek, G.Ö., Kılınç, G., Ergan, B., Kılınç, O. (2021). Effects of Oral pH Changes on Smoking Desire. *Balkan Med J*, 38,165-170.
52. Hartmann-Boyce, J., Livingstone-Banks, J., Ordóñez-Mena, J.M., Fanshawe, T.R., Lindson, N., Freeman, S.C., Sutton, A.J., Theodoulou, A., Aveyard, P. (2021). Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD013229.pub2.
53. Klemperer, E.M., Hughes, J.R. (2016). Does the Magnitude of Reduction in Cigarettes Per Day Predict Smoking Cessation? A Qualitative Review. *Nicotine & Tobacco Research*, 18 (1), 88–92.
54. Lindson-Hawley, N., Aveyard, P. Hughes JR . (2012). Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit . *Cochrane Database Syst Rev*. doi: 10.1002/14651858.CD008033.pub3.
55. Hartmann-Boyce J, Theodoulou A, Farley A, Hajek P, Lycett D, Jones LL, Kudlek L, Heath L, Hajizadeh A, Schenkels M, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 10. Art. No.: CD006219. DOI: 10.1002/14651858.CD006219.pub4. Accessed 15 January 2022.

56. European Commission, Directorate General Communication for Directorate General SANCO, (2007, May). **Attitudes of Europeans towards tobacco**. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/1496>
57. Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
58. Aubin, H-J., Luquiens, A., Berlin, I. (2014). Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*, 77(2), 324-36.
59. Shahab, L., Brose, L.S., West, R. (2013). Novel Delivery Systems for Nicotine Replacement Therapy as an Aid to Smoking Cessation and for Harm Reduction: Rationale, and Evidence for Advantages over Existing Systems. *CNS Drugs*, 27(12),1007-1011.
60. INFARMED (2021, Outubro 1). *Recolha voluntária do medicamento Champix*. https://www.infarmed.pt/web/infarmed/cidadaos?p_p_id=3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_3_struts_action=%2Fsearch%2Fsearch&_3_redirect=%2Fweb%2Finfarmed%2Fcidadaos&_3_keywords=champix&_3_groupId=15786
61. Walker, N., Howe, C., Glover, M., McRobbie, H., Barnes, J., Nosa, V., Parag, V., Bassett, B., Bullen, C. (2014). Cytisine versus Nicotine for Smoking Cessation. *N Engl J Med*, 371, 2353-2362.
62. White, A.R., Rampes, H., Liu, J.P., Stead, L.F., Campbell, J. (2014) Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.
63. Barnes, J., McRobbie, H., Dong, C.Y., Walker N, Hartmann-Boyce J. (2019). Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, DOI: 10.1002/14651858.CD001008.pub3.

64. Stead, L.F., Carroll, A.J., Lancaster, T. (2017). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub3
65. Astrid Becerra N, Alba LH, Castillo JS, Murillo R, Cañas A, García-Herreros P. (2012). Terapias alternativas para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica [Alternative therapies for smoking cessation: clinical practice guidelines review]. *Gac Med Mex*, 148(5), 457-66.
66. Tahiri, M., Mottillo, S., Joseph, L., Pilote, L., Eisenberg, M.J. (2012). Alternative smoking cessation aids: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med*, 125(6):576-84.
67. Kitikannakorn, N., Chaiyakunapruk, N., Nimpitakpong, P., Dilokthornsakul, P., Meepoo, E., Kerdpeng, W. (2013). An overview of the evidences of herbals for smoking cessation. *Complementary Therapies in Medicine*, 21 (5), 557-564.
68. Taylor, G.M.J., Dalili, M.N., Semwal, M., Civljak, M., Sheikh, A., Car, J. (2017). Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. DOI: 10.1002/14651858.CD007078.pub5. PMID: 28869775; PMCID: PMC6703145.
69. Maglione, M.A., Maher, A.R., Ewing, B., Colaiaco, B., Newberry, S., Kandrack, R., Shanman, R.M., Sorbero, M.E., Hempel, S. 2017. Efficacy of mindfulness meditation for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Addict Behav*, 69, 27-34.
70. FDA (2020, July 7). FDA Authorizes Marketing of IQOS Tobacco Heating System with ‘Reduced Exposure’ Information. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-iqos-tobacco-heating-system-reduced-exposure-information>
71. FDA (2021, October 12). FDA Permits Marketing of E-Cigarette Products, Marking First Authorization of Its Kind by the Agency. <https://www.fda.gov/news-events/press->

announcements/fda-permits-marketing-e-cigarette-products-marking-first-authorization-its-kind-agency

72. INFARMED (2011, Agosto 17). Cigarros eletrônicos. https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed?p_p_id=3&p_p_lifecycle=0&p_p_stat e=maximized&p_p_mode=view&_3_struts_action=%2Fsearch%2Fsearch&_3_redirect=%2F&_3_keywords=tabaco+aquecido&_3_groupId=15786

73. Patnode, C.D., Henderson, J.T., Coppola, E.L., Melnikow, J., Durbin, S., Thomas, R.G. (2021). Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 325(3), 280–298.

74. Mersha, A.G., Eftekhari, P., Bovill, M. *et al.* (2021). Evaluating level of adherence to nicotine replacement therapy and its impact on smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Arch Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00550-2>

75. Pound, C.M, Zhang, J.Z., Kodua, A.T. *et al.* (2021). Smoking cessation in individuals who use vaping as compared with traditional nicotine replacement therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. DOI:10.1136/ bmjopen-2020-044222

76.. Wang, R.J., Bhadriraju, S., Glantz, S.A. (2021). E-Cigarette Use and Adult Cigarette Smoking Cessation: A Meta-Analysis. *Am J Public Health*. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305999>

77. Tattan-Birch, H., Hartmann-Boyce, J., Kock, L., Simonavicius, E., Brose, L., Jackson, S., Shahab, L., Brown, J. (2022). Heated tobacco products for smoking cessation and reducing smoking prevalence. *Cochrane Database Syst Rev*. DOI: 10.1002/14651858.CD013790.pub2.

78. Juranić, B., Rakošec, Ž., Jakab, J., Mikšić, Š., Vuletić, S., Ivandić, M., Blažević, I. (2017). Prevalence, habits and personal attitudes towards smoking among health care professionals. *J Occup Med Toxicol*, 26;12-20.