



DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do género masculino com 65 anos de idade, **fumador** (2 maços por dia durante 40 anos), medicado com anti-hipertensores e antiagregantes plaquetários, referiu nunca ter realizado uma consulta de Medicina Dentária e compareceu na CDEM para “arranjar a boca” (SIC) (Fig. 1 e 2).

Após observação intra-oral e realização de exames complementares de diagnóstico foram diagnosticadas: cáries dentárias; um fragmento dentário sem condições de restaurabilidade; cinco raízes retidas; recessões gengivais; elevada acumulação de placa bacteriana, tártaro e **pigmentação**; dois dentes com mobilidade grau 3. Foram apresentados diversos planos de tratamento tendo em conta a devolução de saúde oral e o motivo da consulta sendo que o escolhido pelo paciente, por motivos financeiros, foi a reabilitação removível (com próteses acrílicas) em ambos os maxilares. Quanto ao plano de tratamento foi realizada, em primeira instância, uma destartarização bimaxilar seguida de motivação para a higiene oral (Fig. 3).

O paciente foi informado da sua condição periodontal e foi efetuado um diagnóstico periodontal onde foi concluído que, devido à inexistência de bolsas periodontais, o paciente apresentava *saúde periodontal em periodonto reduzido*. As raízes retidas e o fragmento dentário foram removidos numa consulta posterior à avaliação periodontal e os dentes 11, 31, 32 e 41 com mobilidade e lesões de cárie extensas, foram extraídos apenas no dia da inserção das próteses, sendo ambas de carácter imediato (Fig. 4). Foram efetuadas consultas de **cessação tabágica** seguindo as *guidelines* de Abordagem Motivacional Breve (5R) para um paciente que, de acordo com o Algoritmo Clínico de Intervenção Breve (5A), não demonstrava intenções de deixar de fumar e apresentava um nível de dependência alto, segundo o Teste de *Fagerstrom* adaptado.^{1,2}



Fig. 1 Ortopantomografia inicial.



Fig. 2 Observação intra-oral inicial.



Fig. 3 Observação intra-oral após destartarização bimaxilar.



Fig. 4 Observação intra-oral final com as próteses acrílicas colocadas.



Fig. 5 Observação intra-oral de follow-up (1 semana) sem as próteses acrílicas colocadas.

DISCUSSÃO

O tabaco constitui uma das mais impactantes dependências mundiais com consequências graves tanto para a saúde oral como para a sistémica, pelo que é importante que o médico dentista considere as consultas de cessação tabágica como parte de um plano de tratamento multidisciplinar. A cessação tabágica frequentemente requer intervenções repetidas e o médico dentista pode desempenhar um papel fundamental para a consciencialização e apoio aos pacientes que desejem parar de fumar.³ A cessação tabágica torna-se menos eficaz em pacientes mais idosos, com maior grau de dependência e fumadores há mais anos.^{4,5} A motivação para a higiene oral também é um fator importante sendo da responsabilidade do médico dentista instruir os pacientes a realizar uma correta higienização, tanto da prótese como da cavidade oral. Neste caso foi possível observar que apenas com uma semana de *follow-up* (Fig. 5), o paciente já apresentava pigmentação e acumulação de tártaro, revelando que, para além das instruções serem dadas, o próprio paciente tem um papel fulcral na obtenção dos resultados de higiene esperados.⁶

CONCLUSÕES

O médico dentista deve ter um papel ativo na cessação tabágica, quer na motivação para a higiene oral, quer na realização de consultas antitabágicas. Ambas as intervenções visam proporcionar a devolução e obtenção de resultados superiores a nível de saúde oral e sistémica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Normas de orientação clínica para a cessação tabágica do CEMBE; Cessação tabágica - Programa tipo da atual DGS.

² Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R. & Wewers, M. E. (2000). Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline.

³ Castro, M. D. G., Oliveira, M. D. S., Moraes, J. F. D. D., Miguel, A. C., & Araujo, R. B. (2007). Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34, 61-67.

⁴ Pires, M. (2021). Cessação tabágica em indivíduos idosos—o que mudou e o que ainda falta fazer. *JIM-Jornal de Investigação Médica*, 2(2), 94-108.

⁵ Rebelo, L. (2019). Cessação tabágica. *Leya*.

⁶ Taybos, G. (2003). Oral Changes Associated with Tobacco Use. *The American Journal of the Medical Sciences*, 326(4), 179-182. doi:10.1097/00000441-200310000-00005

⁷ Garcia, P. P. N. S., Corona, S. A. M., & Valseck Jr, A. (2013). Educação e Motivação: 1. Impacto de um programa preventivo com ênfase na educação de hábitos de higiene oral. *Revista de Odontologia da UNESP*, 27(2), 393-403.