



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO**

MARINA FERRAZ NEVES OLIVEIRA

SAÚDE BUCAL EM DEPENDENTES DE DROGAS INSTITUCIONALIZADOS

**JEQUIÉ-BA
2015**

MARINA FERRAZ NEVES OLIVEIRA

SAÚDE BUCAL EM DEPENDENTES DE DROGAS INSTITUCIONALIZADOS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Vigilância à Saúde

Orientador: Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti

**JEQUIÉ-BA
2015**

O48s Oliveira, Marina Ferraz Neves.
Saúde bucal em dependentes de drogas institucionalizados / Marina Ferraz Neves
Oliveira.- Jequié, 2016.
85f.

(Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob
orientação da Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti)

1. Saúde bucal 2. Carié dentária 3. Doença Periodontal 4. Usuários de drogas I.
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 362.19760981

FOLHA DE APROVAÇÃO

OLIVEIRA, Marina Ferraz Neves. Saúde bucal em dependentes de drogas institucionalizados. 2015. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti

Doutor em Odontologia Preventiva e Social.
Professor Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Orientador e Presidente da Banca

Prof. Dr. Fábio Ornellas Prado

Doutor em Patologia Bucal.
Professor Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Prof^a Dr.^a Andreia Antoniuk Presta

Doutor em Odontologia Preventiva e Social
Professor Adjunto IV da Universidade do Oeste de Santa Catarina
Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde

Jequié/BA, 15 de dezembro de 2015

DEDICATÓRIA

A Deus fonte de misericórdia e bondade que me amparou e fortaleceu-me frente aos desafios dessa jornada, iluminando meu caminho e guiando os meus passos, em nenhum momento duvidei da sua presença.

A Nossa Senhora grande intercessora que me socorreu nos momentos difíceis.

Aos meus pais Adair e Rosália (in memoriam), por acreditarem que tudo seria possível através do estudo

AGRADECIMENTOS

À minha família: **Jorge** grande companheiro e incentivador, com suas palavras sempre me ensinando a ver a vida de maneira diferente, tranquilizando-me, encorajando para seguir e não desanimar, a você **Ivigna** por compreender minhas ausências em vários momentos que precisou de mim, tenho certeza que essa minha caminhada lhe incentivou para seguir nessa jornada tão desafiadora e prazerosa que é a docência, **Yasmin**, mais do que minha neta, você é minha Min, por você superei várias barreiras, desculpe as vezes que ligava e falava “vem minha vó estou com saudades” e respondia não posso ir.

Aos **meus irmãos**, não citarei nomes porque são muitos, mas todos são especiais, sei que vocês sempre acreditaram em mim, espero ter correspondido à expectativa de me ver alcançar mais essa vitória.

Aos **meus sobrinhos**, em especial **Ana Rosa** “neta” do coração, cunhados (as), primos (as), tios (as) obrigado pelo apoio e torcida a mim dispensados.

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia**, e ao corpo docente do programa de **pós-graduação stricto sensu em Enfermagem e Saúde da UESB** muito me acrescentou em conhecimento cada um teve participação de forma muito especial nessa minha formação, fazendo ver e acreditar que realmente a saúde é para todos,

Ao meu orientador **Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti** quantas vezes o agradei por me acompanhar nessa jornada, obrigado por tudo, pela confiança, respeito, pela oportunidade da descoberta do universo da pesquisa, antes tão distante, porém o maior aprendizado que tive foi a sua humildade pessoa tão rica em conhecimento, quanto desprendimento na gentileza de doar esse conhecimento.

Aos **colegas do programa** de pós-graduação stricto sensu em Enfermagem e Saúde, pelos elos ali formados os quais foram fortalecidos, no decorrer dos encontros.

Aos **coordenadores das instituições** que de maneira tão receptiva e carinhosa todas as portas foram abertas para que esse estudo acontecesse, e aos **institucionalizados** motivo maior desse estudo.

Aos colaboradores que participaram da coleta de dados, cuja contribuição foi muito valiosa para a realização desse, discentes **Wagner Assis, Warli Ferreira** (UESB – Universidade do Sudoeste da Bahia), discente **Sheila Santos** e **Prof.ª Ivigna Ferraz** (FAINOR – Faculdades Independentes do Nordeste- Vitória da Conquista).

À **Prof.ª Luziê Fontenele** que se dispôs de forma tão gentil a fazer as correções ortográfica e gramatical.

Aos **funcionários administrativos** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB, por sua disponibilidade no servir.

Aos professores Fabio Ornellas Prado e Andreia Antoniuk Presta por terem aceito o convite para participar da minha banca de defesa.

Aos amigos e colegas em especial **Carlos Vieira, Tatiana Uemura** que muito me incentivaram para a obtenção do grau de mestre, valeu a pena contar com vocês, a **Carminha Silveira, Elanir Fiterman, Jorge D'Ávila, Lilian Sampaio, Maria Cristina Souza, Walter Cardoso** mais do que colegas, verdadeiros amigos, à amiga Sonja Duque obrigado pela torcida, a **Sayonara Braz** e **Lucibel Oliveira**, obrigada pela compreensão.

“Eu acredito no estudo e no trabalho. Quem segue esta trilha é condenado ao sucesso.”

Senador Mão Santa

RESUMO

Com o aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas houve um agravamento na saúde pública, repercutindo também na odontologia, comprometendo a condição da saúde bucal. Este estudo objetiva avaliar a condição de saúde bucal em adultos dependentes de drogas ilícitas e lícitas institucionalizados. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e descritivo, realizado com indivíduos do sexo masculino, institucionalizados em seis centros de recuperação e tratamento de dependentes de drogas ilícitas e lícitas existentes na região sudoeste da Bahia. Inicialmente, foram localizados os centros de auxílio no tratamento e os usuários institucionalizados foram convidados a participar do estudo. Em seguida, eles responderam a um questionário, com questões sociodemográficas, padrão do consumo de drogas lícitas e ilícitas. O exame clínico da cavidade bucal foi realizado utilizando espelho clínico nº 5 e sonda periodontal modelo da Organização Mundial de Saúde. Foi avaliada a condição da coroa dentária, do periodonto. Para avaliar a condição da coroa dental, empregou-se o índice CPO-D e do periodonto os índices: sangramento à sondagem (SS), profundidade de sondagem (PS), nível de inserção clínica (NIC), índice de placa (IP), índice gengival (IG). Os dados foram tabulados em duplicata e analisados no programa Excel. Nos centros de recuperação haviam 89 usuários institucionalizados, desses apenas 74 participaram do estudo. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, foram avaliados para a doença cárie 72 indivíduos e doença periodontal 61. Considerando o consumo de drogas, verificou-se que entre os usuários institucionalizados 70,4% faziam uso de tabaco, 90,3 de bebida alcoólica, 68,1 de maconha e 54,9% de crack. A prevalência da doença cárie foi de 98,6% e, quanto à severidade, 44,1% dos elementos dentários haviam sido perdidos: 39,9% cariados e 16% restaurados. Quanto à necessidade de tratamento odontológico, 53,1% necessitam de restauração de 1 superfície dental, 19,8% restauração de duas ou mais superfícies, 0,4% coroa por qualquer razão, 1,7% endodontia e restauração, 24,4% exodontia. A prevalência da doença periodontal foi de 78,7%. Entre os sítios dentais avaliados, 35,3% apresentavam sangramento à sondagem, 28,4% placa visível, 4,6% alteração na profundidade de sondagem, 11,4% alteração no nível de inserção clínica, 64,9% gengivite e 9,6% recessão gengival. Quanto à condição periodontal, verificou-se que entre os sítios dentais avaliados foi baixa a prevalência de sangramento à sondagem e de placa bacteriana visível, sendo que o mesmo não ocorreu com a doença periodontal, que apresentou alta prevalência. Conclui-se que na população estudada é alta a prevalência da doença cárie. Entre as necessidades de tratamento odontológico destaca-se a restauração do elemento dental.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Cárie Dentária. Doença Periodontal. Usuários de drogas

ABSTRACT

With the increased consumption of legal and illegal drugs the grievance on public health has increased, reflecting also in dentistry, compromising the condition of oral health. This study aims to evaluate the oral health status of institutionalized adults dependent on illicit and licit drugs. It is an epidemiological, cross-sectional, descriptive study conducted with institutionalized males of six existing rehabilitation and treatment centers for persons addicted to illicit and licit drugs in the southwestern region of Bahia. Initially, the aid centers for treatment were located and the institutionalized users were invited to participate of the survey. Next, they answered a form with sociodemographic questions and standard consumption of licit and illicit drugs. In a location with adequate natural illumination, two standardized examiners performed the clinical examination of the oral cavity with clinical mirror and periodontal probe, World Health Organization model. The condition of the dental crown, the periodontal and the salivary flow were evaluated. To assess the condition of the dental crown, we used the DMFT index and for the periodontal, the indicators: bleeding on probing, probing depth, clinical insertion level, plaque index, gingival index. The data were tabulated in duplicate and analyzed in Excel. The rehabilitation centers had 89 institutionalized users and 74 of them participated in the study. After applying inclusion and exclusion criteria, 72 individuals were assessed for caries and 61 for periodontal disease. Considering drug consumption, it was found that among the 73 institutionalized users, 70,4% were using tobacco, 90,3% alcoholic beverages, 68,1% marijuana and 54.9% crack. The prevalence of caries was 98.6% and, as for severity, 44.1% of the teeth had been lost: 39.9% decayed and 16% restored. Regarding the need for dental treatment, 53.1% needed one tooth surface restoration, 19.8% restoration of two or more surfaces, 0.4% a crown for any reason, 1.7% endodontic and restoration and 24.9 % needed extraction. As for the salivary flow, 4.1% had hypersalivation, 37% hyposalivation and 58.9% normal salivary flow, being the average flow 1.5 ml/min. The periodontal disease prevalence was 78.7%. Among the evaluated dental sites, 35.3% had bleeding on probing, 28.4% visible plaque, 4.6% alteration in probing depth, 11.4% alteration in the clinical insertion level, 64.9% gingivitis and 9,6% gingival recession. It is concluded that there is high prevalence of caries in this population. Among the dental treatment needs, the restoration of the dental element is highlighted. As for the periodontal condition, it was found that among the evaluated dental sites there was low prevalence of bleeding on probing and visible plaque; the same did not occur with periodontal disease that showed high prevalence.

Keywords: Oral Health. Dental caries. Periodontal disease. Drug users

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabelas:

Manuscrito 1: Cárie dentária e necessidade de tratamento em usuários de drogas institucionalizados.

Tabela 1. Caracterização do estado civil, hábitos de higiene oral, acesso ao tratamento odontológico e ao consumo de drogas lícitas e ilícitas em indivíduos em recuperação. Jequié-BA, 2015. 52

Tabela 2. Número e percentual de dentes com experiência ou não da doença cárie em usuários de drogas lícitas e ilícitas em recuperação. Jequié-BA, 2015. 52

Tabela 3. Número e percentual dos componentes do índice CPO-D em usuários de drogas lícitas e ilícitas. Jequié-BA, 2015. 53

Tabela 4. Componente das necessidades de tratamento odontológico em usuários de drogas lícitas e ilícitas. Jequié-BA, 2015. 53

Manuscrito 2: Condição periodontal de usuários de drogas institucionalizados.

Tabela 1. Caracterização do estado civil, hábitos de higiene oral, acesso ao tratamento odontológico e ao consumo de drogas lícitas e ilícitas dos indivíduos em recuperação. Jequié-BA, 2015. 67

Tabela 2. Valores numéricos e percentuais dos Índices de Placa, Sangramento a Sondagem, Profundidade de Sondagem, Nível de Inserção Clínica, Índice Gengival e Recessão gengival, segundo a idade. Jequié-BA, 2015. 68

Tabela 3. Valores numéricos e percentuais de sítios dentais avaliados pelos Índices: Gengival e de Placa, segundo a faixa etária. Jequié-BA, 2015. 68

Tabela 4. Valores numéricos e percentuais da classificação por sítio, segundo Índices: Nível de Inserção Clínica e Profundidade de Sondagem, por faixa etária. Jequié-BA, 2015. 68

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	15
2.1 Geral.....	15
2.2 Específicos.....	15
3. REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Consumo de drogas lícitas e ilícitas	16
3.1.1 <i>Tabaco</i>	17
3.1.2 <i>Álcool</i>	19
3.1.3 <i>Maconha</i>	20
3.1.4 <i>Crack</i>	23
3.2 Consumo de drogas e doenças bucais	25
3.2.1 <i>Doença cárie</i>	26
3.2.2 <i>Doença periodontal</i>	27
3.3 Epidemiologia das doenças bucais em drogaditos	28
4. MATERIAL E MÉTODO	32
4.1 Tipo de estudo.....	32
4.2 Campo do estudo.....	32
4.3 População do estudo.....	32
4.4 Obtenção dos dados.....	33
4.5 Instrumentos de coleta de dados.....	33
4.6 Exame clínico da cavidade bucal.....	33
4.7 Análise dos dados.....	36
4.8 Questões éticas.....	37
5. RESULTADOS	38
5.1 <i>Artigo 1: CÁRIE DENTÁRIA EM DEPENDENTES DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS INSTITUCIONALIZADOS.</i>	39
5.2 <i>Artigo 2: DOENÇA PERIODONTAL EM DEPENDENTES DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS INSTITUCIONALIZADOS..</i>	54
6. CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	70
Anexo A: Aprovação do CEP-UESB	80
Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido	81
Apêndice B: Questionário de coleta de dados	83

INTRODUÇÃO

O consumo de drogas ocorre desde a pré-história, sendo que neste período muitas substâncias psicoativas foram usadas em diversas finalidades, tais como: estado de êxtase místico-religioso, prazer, lúdico e até curativo (MACRAE, 2003). Nas últimas décadas, houve um crescimento no consumo de drogas, elevando o número de indivíduos dependentes químicos. Este fenômeno social se tornou um grave problema de saúde pública em todos os países do mundo, situação essa até então pouco estudada.

No Brasil, as drogas ilícitas mais consumidas por usuários que buscam auxílio em centros de recuperação e tratamento de dependentes químicos são a maconha, cocaína, heroína e o crack (PEDREIRA et al., 1999). Vale destacar, que nem sempre o consumo de drogas ilícitas é realizado de forma exclusiva, estando associado com o consumo de drogas lícitas como o tabaco e o álcool.

A ação das drogas ilícitas na cavidade bucal vem sendo estudada, visto que o uso abusivo produz alterações na saúde bucal, a exemplo da xerostomia, elevado número de dentes cariados, perdidos e obturados, redução do fluxo salivar e capacidade tampão, bruxismo, halitose, queilite angular e estomatite (PEDREIRA et al., 1999; PEREIRA, 2012).

Dentre os agravos que acometem a saúde bucal, destacam-se as doenças: cárie dentária e periodontal. A cárie é uma doença infectocontagiosa tida como incurável, cerca de 95% da população mundial é comprometida por tal doença (KRASSE, 1988). Já a doença periodontal, é crônica, progressiva e multifatorial, evolui continuamente com períodos de exacerbação e remissão, resultante de uma resposta inflamatória e imune do hospedeiro à presença de bactérias e seus produtos (ALMEIDA; MUSSI, 2006).

Estudos sugerem que drogas ilícitas como a maconha e o crack podem ter uma relação direta com a doença periodontal, pois são fumadas e entram em contato imediato com a gengiva e o periodonto (THOMSON et al., 2008; LÓPEZ; BAELUM, 2009).

A literatura ainda relata a ação do tabaco sobre o periodonto, que vai desde a perda de inserção, formação de bolsas periodontais, até à perda do elemento

dental, quando não tratado de forma adequada (TONETTI, 1998; ALBANDAR; RAMS, 2002; JOHNSON; SLACH, 2001).

A rapidez da instalação do biofilme dental independe do indivíduo ser ou não fumante, apesar do desenvolvimento da gengivite ser menor entre fumantes, por ser o tabaco um fator externo capaz de modular a expressão da gengivite (LIE et al., 1998).

Outros estudos identificaram que a prevalência de periodontopatógenos não difere entre fumantes e não fumantes (DARBY et al., 2000; BOSTROM et al., 2001), porém existem alguns estudos que discordam (HAFFAJEE, SOCRANSKY, 2001; EGGERT et al., 2001). O consumo do tabaco produz efeito crônico na vascularização do periodonto (vasoconstricção), o qual pode ser observado clinicamente pelas seguintes características: gengiva pálida, menor sangramento à sondagem e menor número de vasos sanguíneos visíveis clínica e histologicamente, trazendo como consequência interferências no reparo tecidual (PALMER et al., 2005).

O tabagismo interfere nas reações vasculares e imunológicas, o que leva ao comprometimento do suporte dos tecidos periodontais, principal fator de risco para a doença periodontal destrutiva crônica. O tabaco isolado não é capaz de desenvolver a doença periodontal, pode-se destacar que para o surgimento desta doença, faz-se necessário a presença de patógenos provenientes do biofilme dental e a genética, uma vez que essa também desempenha um importante papel no desenvolvimento da doença periodontal (Polk et al, 2012)

Alguns usuários do tabaco podem desenvolver a periodontite crônica, resultando assim numa destruição periodontal mais agressiva enquanto, outros não, dependendo, portanto, dos seus genes (BERNARDES, et al., 2015). Entre os consumidores de tabaco, a chance de desenvolver periodontite crônica é três vezes maior do que os não fumantes (JOHNSON; HILL, 2004). Os fumantes, geralmente, apresentam pior nível de higiene bucal, a qual vem acompanhada de fatores socioeconômicos isolados, que são capazes de contribuir totalmente para o aumento da prevalência e severidade da doença periodontal (TONETTI, 1998; ZEE, 2009).

Considerando que as doenças cárie e periodontal são as principais causadoras da perda dentária (LOURO et al., 2001), faz-se necessário identificar os fatores de risco que interferem no início e na progressão destas doenças

(RAGGHIANI et al., 2004). Indivíduos dependentes de drogas ainda apresentam perda da autoestima, mudanças no padrão de comportamento, que influenciam no descuido quanto à higiene geral e bucal favorecendo assim um maior comprometimento da saúde bucal.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

- Avaliar a condição de saúde bucal em dependentes de drogas lícitas e ilícitas institucionalizados.

2.2. Específicos

- Conhecer a prevalência, severidade e necessidade de tratamento da doença cárie dental em adultos dependentes de drogas lícitas e ilícitas institucionalizados.
- Mensurar a prevalência e severidade das doenças periodontais em adultos dependentes de drogas lícitas e ilícitas institucionalizados.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Consumo de drogas lícitas e ilícitas

O consumo de drogas é uma prática humana milenar e universal, e não existe sociedade que não tenha recorrido ao seu uso com finalidades diversas. Entretanto, a partir da segunda metade do século XX, essa utilização tornou-se uma preocupação universal em função da frequência do consumo e os riscos que podem acarretar prejuízos irreparáveis à saúde e a vida social, econômica e cultural dos dependentes químicos e seus familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; COSTA, 2011).

A dependência de drogas é uma doença complexa, caracterizada por uma busca compulsiva, algumas vezes incontrolável, sendo que seu uso persiste mesmo diante de consequências extremamente negativas à saúde. Estudos epidemiológicos apontam que o consumo de drogas, seja lícita ou ilícita, vem se configurando como uma situação a ser resolvida na área de Saúde Pública (BARROS; PILLON, 2006).

Drogadição, termo que faz referência ao consumo de drogas entre jovens e adultos, fato que, nas últimas décadas, tem ocorrido cada vez mais precocemente nas sociedades ocidentais (PEDREIRA et al., 1999).

Toda droga, lícita ou ilícita, tem poder devastador sobre os tecidos bucais (COLODEL et al., 2008), tornando comum entre os dependentes químicos a presença de uma saúde bucal deficiente (REECE, 2009). Sendo assim, uma variedade de condições orais patológicas podem ser encontradas em usuários de drogas (BAUS et al., 2002; COSTA et al., 2011), tais como elevado número de dentes acometidos pela doença cárie (GUPTA et al., 2012), distúrbios periodontais de rápida evolução (PÉRET; BONATO, 2008; GUPTA et al., 2012).

Ainda como consequência do uso de drogas lícitas ou ilícitas poderá haver o surgimento de lesões de tecidos orais moles e duros com potencial de malignização, devido à baixa imunidade há a predisposição a infecções orais tais como a candidíase (REES, 1992; PORTER; SCULLY, 2000; ROOBAN, 2008).

Diversos motivos fazem com que estes indivíduos apresentem maior risco de ter a saúde bucal comprometida, dentre eles, o acesso limitado aos cuidados odontológicos, hábitos de higiene oral deficiente, falta de cuidado com a saúde bucal

e geral, efeitos físicos da substância na mucosa oral (HORSTTER et al., 1996; SHERIDAN et al., 2001; FRIEDLANDER et al., 2003; ROBINSON; ACQUAH; GIBSON, 2005; JOHNSON et al., 2008; MORIO et al., 2008; LASLETT et al., 2008; BARBADORO et al., 2008) e deficiências nutricionais (PÉRET; BONATO, 2008; GUPTA et al., 2012).

Agravando este quadro, há o mascaramento da dor pelo efeito analgésico de algumas drogas, que levam a ausência de dor mesmo em condições de extrema precariedade de saúde bucal, o que explica a convivência de dependentes químicos com os problemas dentais (FRIEDLANDER; MILLS, 1985).

3.1.1. *Tabaco*

Há relatos de que o início do consumo do tabaco, que é derivado da planta *Nicotiana Tabacum*, ocorreu por volta do século. X a.C. com o intuito de obter experiências transcendentais, durante rituais mágico-religiosos, em sociedades indígenas da América Central (BRASIL, 1998). O uso do tabaco nas sociedades indígenas difere da sua utilização nas sociedades urbanas, nessas o consumo está associado ao prazer social devido às suas propriedades estimulantes ou tranquilizantes a depender da quantidade das dose, enquanto que nas indígenas o consumo ocorre com finalidade meramente transcendental (BOEIRAS, 2002).

A partir do século XVI, houve a disseminação do tabaco pela Europa (BRASIL, 1998) e, atualmente, a sua produção é concentrada em alguns poucos países, como China, Índia, Brasil, Estados Unidos, Zimbábue e Indonésia (TOBACCO ATLAS, 2007), sendo o Brasil o maior exportador mundial e o segundo maior em produção (HEEMANN, 2009).

Mais de quatro mil toxinas estão presentes no tabaco, dentre as quais se destacam o alcatrão cuja combustão gera resíduos que se depositam no filtro dos cigarros, manchando a pele dos dedos e os dentes (TORMENA JÚNIOR, 2004; PALMER et al., 2005), monóxido de carbono, agentes carcinogênicos como a nitrosamina e substâncias psicoativas como a nicotina (PALMER et al., 2005).

Atualmente, o consumo de tabaco tornou-se um grande problema de saúde pública, por ser a principal causa de morte evitável e das mortalidades advindas de suas consequências (SBPT, 2010). Dados da Organização Mundial de Saúde alertam para a necessidade de ações visando à reversão da epidemia global de

tabagismo, visto que somente no ano de 2008, aproximadamente cinco milhões de pessoas morreram devido ao seu consumo, número este superior à somatória dos óbitos provocados pela tuberculose, AIDS e malária (WHO, 2008).

O hábito de fumar tabaco resulta de um comportamento complexo que recebe influência de estímulos ambientais, fatores pessoais, condicionamentos psicossociais e de ações biológicas da nicotina. A nicotina é responsável pela liberação de inúmeros mediadores (dopamina, serotonina, beta endorfinas, acetilcolina, noradrenalina, vasopressina, glutamato e GABA) que estão associados, dentre outras ações, ao prazer, à diminuição do apetite, ao alerta, à melhora do humor e à ansiedade (ARAÚJO et al., 2005).

A chance de pessoas que fazem uso intenso e constante do tabaco desenvolver câncer de boca é maior, podendo ainda desencadear lesões brancas (palatite nicotínica, leucoplasia), que podem ser consideradas lesões cancerizáveis (LOPES et al., 2012).

Na cavidade bucal, o tabaco também interfere em processos químicos, como exemplo, a redução de imunoglobulina A na saliva, que contribui para um maior comprometimento do estado periodontal (WASZKIEWICZ et al., 2012), induzindo a mudanças na coloração da estrutura dentária e gengival, leucoplasia da gengiva, estomatite nicotínica, retardo da cicatrização, aumento transitório no fluxo de fluido gengival, gengivite e periodontite mais graves, maior acúmulo de cálculo (CARRANZA JÚNIOR, 1997).

Na doença periodontal, o tabaco interfere nos fatores etiológicos, imunológicos e fisiológicos. Na etiologia, ele não intensifica os efeitos quanto ao nível de acúmulo de placa e redução da colonização de bolsas periodontais superficiais por patógenos periodontais, entretanto, em bolsas periodontais profundas acontece o inverso, ou seja, o tabaco potencializa o aumento dos níveis de patógenos periodontais (CARRANZA et al., 2011).

Do ponto de vista imunológico, há uma quimiotaxia para os neutrófilos, alterando a fagocitose e o processo oxidativo, aumenta o fator de necrose tumoral- α e prostaglandinas 2 no fluido crevicular gengival, aumento da colagenase e elastase dos neutrófilos no fluido crevicular gengival, acréscimo na produção de prostaglandinas 2 pelos monócitos em resposta a lipopolissacarídeos bacterianos. Já, fisiologicamente, os sinais clínicos da inflamação gengival são menos

pronunciados em decorrência da vasoconstricção que acontece nos vasos sanguíneos locais com redução dos níveis de inflamação, redução da secreção do fluido crevicular gengival e do sangramento à sondagem, redução da temperatura subgengival, aumento do tempo necessário para recuperação do efeito da anestesia local (CARRANZA, 2011).

A nicotina no periodonto, além de comprometer a revascularização na cicatrização de feridas de tecidos moles e duros (RIEBEL et al., 1995), pode alterar a adesão de fibroblastos na superfície radicular (RAULIN et al., 1988). Ainda, interferindo diretamente na reparação das cirurgias periodontais, situação semelhante ocorre nas cirurgias regenerativas e na instalação de implantes devido à redução da síntese de colágeno e o aumento da liberação de colagenase (TIPTON; DABBOUS, 1995; GAMAL; BAYOMY, 1995).

Diante disto, pacientes que fumam exibem não somente um aumento na prevalência e gravidade da doença periodontal, como não respondem ao seu tratamento e apresentam maior exposição a outras doenças (PALMER et al., 2005). Os compostos químicos encontrados no tabaco produzem ainda alterações celulares que podem resultar em células neoplásicas (LEE; MOHAMMADI; DIXON, 1991).

3.1.2. *Álcool*

Dentre as drogas, o álcool é a mais antiga e que muda mentes e emoções (MORENO et al, 2009), na idade média foi considerada como uma droga saudável, sendo utilizada para fins terapêuticos. Atualmente, é usado na alegria e na tristeza, abrangendo todas as classes sociais e em todos os contextos (ANDRADE et al. 2010).

O uso excessivo de álcool se constitui em uma problemática acentuadamente complexa na sociedade atual. Existem evidências de que o seu consumo é prevalente em todo o mundo, está associado a problemas de saúde pública, pois constituem fator de risco para uma grande variedade de problemas de saúde, sociais, financeiros e de relacionamento para os indivíduos e suas famílias (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

O álcool, além de causar doenças gastrointestinais, distúrbios vasculares e desordens no sistema nervoso central, facilita a penetração de carcinógenos na mucosa bucal (LÍBER, 1993). Essa penetração ocorre devido ao aumento da

permeabilidade celular da mucosa aos agentes carcinogênicos contidos no fumo e ao efeito solúvel que o álcool apresenta devido à presença das nitrosamidas e dos hidrocarbonetos, causam ainda injúria celular produzidas pelos metabolitos do etanol, os chamados aldeídos, promovem deficiências nutricionais secundárias ao seu consumo crônico, levando ao desenvolvimento da cirrose hepática e/ou câncer (MARCUCCI, 2005).

O álcool desidrata o organismo e, geralmente, apresenta um potencial hidrogeniônico mais ácido do que é considerado natural para a boca, levando a descamação das células da mucosa oral, provocando irritação, sensação de boca seca, ardência (MACHADO; MIRANDA, 2007). Em caso de alcoolismo crônico, os danos à cavidade oral são bem mais graves, podendo levar a infecções fúngicas, perda de estrutura dentária e doenças periodontais (SILVEIRA et al., 2003).

(Andréia sugere falar mais sobre o álcool e o tabaco, porém são poucos os artigos que reportam de maneira específica sobre os efeitos dessas drogas sobre a saúde dental (gengivite e periodontite)

3.1.3. *Maconha*

Droga derivada da planta do cânhamo - *Cannabis Sativa*, originária da Ásia Central, foi introduzida na Índia por volta do século VIII a.C., é a droga ilícita mais consumida no mundo (GAHLINGER, 2001; HONÓRIO et al., 2006; RIBEIRO et al., 2005; SILVA et al., 2007; RANG et al., 2004). Por se tratar de uma planta dioica, isto é, apresenta espécimes de sexos separados, nas do sexo feminino, as flores e inflorescências secretam uma resina que contém princípios ativos chamados canabinoides, que são responsáveis pelos efeitos psíquicos da droga. Os canabinoides são classificados em dois grupos: os psicoativos e os não psicoativos (GAHLINGER, 2001; HONÓRIO et al., 2006; RIBEIRO et al., 2005; SILVA et al., 2007; RANG et al., 2004).

Para o seu consumo, os usuários fumam a mistura pura das folhas, sementes, caules e flores secas (GAHLINGER, 2001). No Brasil, dados apontam que 8,8% da população já usou pelo menos uma vez a maconha na vida, 2,6% usaram no ano e 1,9% fizeram uso no mês (CARLINI et al., 2007).

O principal canabinoide responsável pelo efeito psicofarmacológico da maconha é o Delta-9-tetrahidrocanabinol (delta-9-THC), sua concentração na planta

varia entre 0,3% a 30%. (GAHLINGER, 2001; HONÓRIO et al., 2006; RIBEIRO et al., 2005; SILVA et al., 2007; RANG et al., 2004). O delta -9-THC é a principal substância psicoativa, responsável pelo efeito perturbador ou alucinógeno devido à modificação da atividade do Sistema Nervoso Central (SNC), distorcendo o seu funcionamento, passando a trabalhar de maneira desordenada e de forma delirante (CARLINI et al. 2007).

A latência, ou seja, a diferença entre o tempo de administração e o surgimento dos efeitos, depende da concentração do tetrahydrocannabinol, quando a droga é fumada, 30% do tetrahydrocannabinol são destruídos pela queima, 20% a 40% eliminados na fumaça, em face à sua alta lipossolubilidade, o restante é altamente absorvido pelos pulmões para a corrente sanguínea, seu pico de concentração acontece em 15 a 45 minutos após ter sido inalado (GAHLINGER, 2001; RIBEIRO et al., 2005; WATANABE et al., 1991; DEUSTCH, 1993; GLAZ-SANDBERG, 2007).

Ao atingir o sistema nervoso central, a duração é de 1 a 3 horas, porém alguns pacientes podem exibir os sinais e sintomas de intoxicação por 12 a 24 horas, devido à lenta liberação dos canabinoides a partir do tecido adiposo em decorrência da sua lipossolubilidade (GAHLINGER, 2001; RIBEIRO et al., 2005; WATANABE, 1991; DEUSTCH, 1993; GLAZ-SANDBERG, 2007).

São vários os efeitos provenientes do seu uso, esses vão desde os efeitos agudos, que são os euforizantes onde há o aumento do desejo sexual, da autoconfiança e grandiosidade, da sociabilidade, da capacidade de introspecção, da percepção das cores, sons, texturas e paladar, hilaridade, lentificação do tempo, sensação de relaxamento (GAHLINGER, 2001; SEIBEL, TOSCANO JR., 2001; KALANT, 2004; RIBEIRO et al., 2005).

Os efeitos do uso crônico são semelhantes aos agudos, nas complicações físicas ocorre piora da asma, infecções recorrentes dos pulmões e do trato respiratório superior, aumento do risco de desenvolver câncer de pulmão e de outros tumores malignos, infertilidade, impotência, intensifica os efeitos cardiovasculares, assim como as complicações neurológicas, psiquiátricas e as complicações sociais (GAHLINGER, 2001; SEIBEL; TOSCANO JR., 2001; KALANT, 2004; RIBEIRO et al., 2005).

Dentre os efeitos físicos, encontram-se presentes a taquicardia, taquipnéia, hipotermia, tontura, retardo psicomotor, incoordenação motora, redução da acuidade auditiva, aumento da acuidade visual, broncodilatação, hipotensão ortostática, aumento do apetite, xerostomia, tosse, olhos avermelhados (GAHLINGER, 2001; SEIBEL; TOSCANO JR., 2001; KALANT, 2004; RIBEIRO et al., 2005).

Nos efeitos psíquicos ocorrem a despersonalização, depressão, alucinações e ilusões, ansiedade, sonolência e irritabilidade, prejuízos à concentração, na memória de curto prazo, excitação psicomotora, ataques de pânico, paranoia, fator desencadeador da esquizofrenia nos indivíduos predispostos ou piora do quadro. Quanto ao déficit motor, esse traz prejuízo na capacidade de dirigir automóveis, no déficit cognitivo, há a perda de memória de curto prazo, limitações na diferenciação entre tempo e espaço, redução das atividades da vida diária, piora na capacidade de concentração (GAHLINGER, 2001; SEIBEL; TOSCANO JR. 2001; KALANT, 2004; RIBEIRO et al., 2005).

Como todos os usuários de drogas lícitas ou ilícitas, os usuários da maconha geralmente apresentam a saúde bucal em condições precárias quando comparados a indivíduos não usuários, com um risco mais elevado à cárie e à doença periodontal (SILVERSTEIN et al., 1978; PEDREIRA et al., 1999).

Em estudo de coorte prospectivo, observou-se que a maconha age como um fator de risco para a doença periodontal, independente do uso do tabaco. Como os efeitos do tabaco acontecem de forma sistêmica pela ação da nicotina e outras toxinas, essas interferem na função inflamatória e imunológica produzindo consequências sob o periodonto. Nos mais de 400 compostos que a maconha contém, 60 deles são canabinoides e se assemelham aos encontrados no tabaco (com exceção apenas da nicotina), apresentando riscos sistêmicos à saúde semelhantes aos fumantes de tabaco (SILVERSTEIN et al., 1978; PEDREIRA et al., 1999).

Esses constituintes prejudiciais seriam encontrados na queima (fumaça) dessas substâncias mais do que devido aos seus componentes ativos. A origem da doença periodontal pode estar associada à inalação mais profunda, por um maior tempo e contato prolongado da maconha na boca. A investigação dessa hipótese é um grande desafio, devido ao uso concomitante do tabaco (THOMSON et al., 2008).

Existe uma forte associação entre a utilização da maconha e a doença periodontal em adultos jovens, indicando que, em longo prazo, a maconha é prejudicial para o periodonto. A perda de inserção periodontal em fumantes regulares de maconha é três vezes maior do que os não fumantes (THOMSON et al., 2008). Porém, não há evidências suficientes para sugerir que o uso da maconha está associado à doença periodontal em adolescentes, embora se saiba que a exposição à fumaça da maconha tem efeito prejudicial aos tecidos de suporte dos dentes, sendo necessários outros estudos para ratificar essa hipótese (THOMSON et al., 2008).

3.1.4. Crack

O crack surge na década de 1980, quando as características das vias de administração da cocaína foram alteradas para ser fumada. Ele é obtido pela reação do cloridrato de cocaína com bicarbonato de sódio ou amoníaco em água, que em seguida é fervida e, ao secar, formam-se pequenas pedras (CASALE, 1993). A sua descoberta levou a um aumento do consumo da cocaína (TERRA FILHO et al., 2004).

Assim como a cocaína, o crack possui várias vias de administração, podendo ser utilizadas as vias oral, nasal, intravenosa, inalatória (fumo), ou por aplicação direta em mucosas. Todas essas vias de administração produzem o mesmo efeito de euforia, porém com pico e duração diferentes (MACHADO, 2011).

Nos Estados Unidos, no início da década de 1980, houve uma verdadeira epidemia do uso do crack, trazendo diversas consequências sanitárias, sociais e de segurança pública. Devido ao alto preço da cocaína, os cartéis da droga experimentaram um excesso de produção e acúmulo de estoques, e a maneira que eles encontraram para enfrentar tal situação foi converter o cloridrato de cocaína em crack o qual a dose era vendida a preço bem mais baixo, atingindo assim a população de renda mais baixa, multiplicando o número de consumidores (MACHADO, 2011).

Fatores como baixo custo, a não necessidade de material para injetar e a obtenção quase imediata de seus efeitos por via de circulação pulmonar têm contribuído para o aumento de seu uso nos últimos anos (COSTA LEITE; ANDRADE, 1999; DRISCOLL, 2003; BLANKSMA; BRAND, 2005).

O prejuízo social ocasionado pelo consumo do crack é muito grande, visto que, ao ganhar as ruas, passou a ser vendido pelas gangues de latinos e afro-americanos, aumentando a disputa pela venda de drogas, o que implicou em uma escalada de violência. Os usuários dependentes para garantir o consumo passaram a cometer furtos e roubos subindo o índice da criminalidade e prostituição, o que levou a um aumento da propagação da AIDS, e o surgimento dos “bebes do crack” (MACHADO, 2011).

Os usuários de crack possuem as mesmas alterações que usuários de cocaína, acrescidas de aumento da temperatura corporal, da frequência cardíaca e da pressão arterial e, ainda, problemas respiratórios agudos como tosse, falta de ar, sangramento pulmonar alteração do comportamento tornando-os agressivos e paranoicos. Na cavidade bucal, causa diversos danos, por induzir mudanças inflamatórias ocasionando aumento da queratinização no epitélio oral (LIMA et al., 2007).

Para potencializar o efeito do crack, os usuários a friccionam sobre a superfície gengival, causando necrose tecidual devido à deficiência do suprimento sanguíneo proveniente da vasoconstricção, além da erosão gengival na região onde ocorre a fricção, em consequência da xerostomia há uma alteração da microbiota bucal, levando a um aumento de *Candida Albicans* (PARRY et al., 1996).

Quando fumado, o crack entra em contato direto com a mucosa bucal e pode provocar lesões como úlceras na boca e oro laringofaringe (MITCHELL-LEWIS et al., 1994), erosões no esmalte dentário, bruxismo, dor mio facial e na articulação têmporomandibular. A queima do crack produz também efeitos irritativo, vasoconstritor e o aumento da temperatura da fumaça pode levar ao surgimento de lesões necróticas da língua e epiglote, queimaduras da mucosa e da laringe (BEZMALINOVIC; GONZALEZ; FARR, 1988; LEE; MOHAMMADI; DIXON, 1991; COOK, 2011).

O usuário de crack, normalmente, tem baixa condição socioeconômica o que irá influenciar na maior incidência das doenças periodontais (BASTOS et al., 2011). Devido à baixa autoestima esses indivíduos apresentam descuido com a higiene bucal tornando-a precária, não procuram atendimento odontológico, fazendo com que apresentem altos percentuais do biofilme dental e sangramento gengival

(FRIEDLANDER; MILLS, 1985; PARRY et al., 1996; SAYAGO, 2011; RIBEIRO et al., 2002).

Alguns autores sugerem que nos usuários de crack a maior ocorrência de lesões na cavidade bucal pode ocorrer devido às deficiências do sistema imune associado ao contato da droga localmente e à redução do fluxo salivar (MITCHELL-LEWIS et al., 1994; WOYCEICHOSKI et al., 2008). Há ainda mascaramento da dor devido ao efeito de analgesia das drogas na cavidade bucal, como consequência, eles conseguem conviver com os agravos da saúde que acometem seus dentes (FRIEDLANDER; MILLS, 1985).

Os usuários de crack, frequentemente, consomem outras drogas ilícitas e lícitas a exemplo do tabaco, que é um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença periodontal. Com o crescente aumento do número de usuários de crack, torna-se importante conhecer a condição periodontal dessa população, sobretudo, quando está associado ao uso da maconha, tabaco e um estilo de vida que negligencia a higiene bucal. Isso pode aumentar, em longo prazo, a prevalência e severidade das doenças cárie e periodontal (ALBINI, 2013). Geralmente, nos períodos de abstinência, esses indivíduos sentem-se envergonhados pela condição bucal que apresentam (DAVOGLIO, 2009; DASANAYAKE et al., 2010; PEREIRA, 2012).

3.2. Consumo de drogas e doenças bucais

O uso frequente de drogas gera complicações sociais e individuais que interferem diretamente na saúde do indivíduo, por aumentar o comportamento de risco, a violência e outros problemas sociais. Entretanto estas não são as únicas consequências, o abuso destas substâncias também contribui com agravos da condição de saúde bucal (SHEKARCHIZADEH et al., 2013).

Segundo Junqueira et al. (2012), por sofrerem de privação social, os usuários de drogas apresentam os piores índices de necessidade de saúde, possivelmente, devido à falta de programas preventivos, higiene bucal insatisfatória e acesso insuficiente aos serviços odontológicos. Por ser a boca o local de entrada desses agentes, torna-se bastante susceptível aos efeitos maléficos dessas

substâncias (LOPES et al., 2012) elevando a prevalência das duas principais doenças que acometem a cavidade bucal, a cárie dentária e doença periodontal.

3.2.1. Doença cárie

A cárie dentária é uma doença infecto-contagiosa que acomete cerca de 95% da população mundial. O principal e mais virulento microrganismo causador deste agravo é o *Streptococcus mutans*, em função das características acidogênicas e acidúricas. Este microrganismo utiliza a sacarose como fonte de carbono para a sintetização de polímeros que estabelecem sua ligação com a superfície dental, formando a placa bacteriana. A manutenção da placa na superfície do esmalte provoca perda de minerais do dente, ocasionando a desmineralização de esmalte e, posteriormente, da dentina (STAMFORD et al., 2005).

Em condições normais ou fisiológicas, a superfície dental apresenta carga negativa e a saliva encontra-se saturada de íons cálcio e fosfato, o que favorece o estado cristalino da hidroxiapatita do esmalte dentário. A produção de ácidos decorrente do metabolismo bacteriano atua diminuindo o pH da placa bacteriana e da saliva. Estes, por sua vez, ligam-se às hidroxilas da hidroxiapatita presentes no esmalte dental, favorecendo a formação de fosfato de cálcio e a consequente dissolução do esmalte dental. Essa perda de superfície dental é o que permite a instalação da doença cárie (STAMFORD et al., 2005).

Estudos realizados em usuários de drogas ilícitas evidenciaram maior prevalência de dentes cariados e comprometimento do estado de saúde bucal (COLODEL et al., 2008), em função dos maus hábitos de higiene bucal que os usuários passam a adquirir, somados a tendência do consumo de alimentos doces, padrões alimentares irregulares, má nutrição e a baixa frequência de visitas ao cirurgião-dentista (SHEKARCHIZADEH et al., 2013).

A ação local das drogas na cavidade bucal resulta em cárie excessiva e distúrbios periodontais de rápida evolução, que podem estar relacionados com deficiências nutricionais e negligência da higiene pessoal (PÉRET; BONATO, 2008; GUPTA et al., 2012) e, ainda, halitose, estomatite, bruxismo, desgaste dental, queilite angular e outras (GUPTA et al., 2012).

Dentre os fatores que elevam o aparecimento das alterações bucais em dependentes químicos, destaca-se o elevado índice de cárie dentária, isso ocorre

devido à baixa importância por eles atribuída para a higiene bucal (SHEKARCHIZADEH et al., 2013; RIBEIRO et al. 2002), o aumento do consumo de alimentos cariogênicos entre as refeições (RIBEIRO et al. 2002), redução do fluxo salivar que eleva o número de *Streptococcus mutans* (PEDREIRA et al. 1999), alteração da capacidade tampão da saliva, diminuição das concentrações de cálcio e fosfato, desequilíbrio na queda do pH e, conseqüentemente, na formação dos cristais de hidroxiapatita (DI CUGNO et al. 1981).

3.2.2. Doença periodontal

A doença periodontal é uma doença crônica progressiva de origem multifatorial, em que há o envolvimento de microrganismos, genética, aspectos ambientais e a resposta do hospedeiro, fatores que podem modificar a sua expressão e a suscetibilidade ao seu desenvolvimento (OFFENBACHER, 1996).

As doenças periodontais estão entre as doenças crônicas mais comuns, estima-se que 30% da população adulta é acometida por esta enfermidade. Essas doenças estão entre as causas mais importantes de desconforto e perda de dentes em adultos. Atualmente, há evidências de que a periodontite além de comprometer os tecidos que circundam os dentes, aumenta, também, o risco para o desenvolvimento e exacerbação de determinadas doenças sistêmicas. Vale destacar que a prevenção e tratamento da doença periodontal faz-se necessário para manter a saúde periodontal e o equilíbrio da saúde sistêmica (CURY et al., 2003).

O processo inflamatório que ocorre nos tecidos vizinhos aos dentes em resposta ao acúmulo do biofilme dental é a principal característica da instalação da doença periodontal. A gengivite é uma inflamação gengival na qual o epitélio juncional permanece aderido ao dente em seu nível original. Com a evolução da doença, ocorre a extensão da inflamação para o interior dos tecidos periodontais de suporte. A perda óssea inicial marca a transição da gengivite para a periodontite, a qual quando não diagnosticada e tratada pode levar à perda dental (CARRANZA; CAMARGO; TAKEI, 2011).

Gengivite e periodontite são doenças distintas, a gengivite é comumente analisada pelo indicador de sangramento gengival pós-sondagem, enquanto a medição da profundidade de sondagem de bolsas periodontais tem sido usada como indicador de periodontite. Essas condições são estudadas de forma distintas por

apresentarem etiologias distintas, não há evidências que afirmem que toda gengivite evolua para uma periodontite (PAPAPANOU, 1996).

A periodontite é uma infecção crônica e progressiva onde há períodos de aquiescência e exacerbação, ela é causada por bactérias, as quais levam a uma resposta inflamatória do organismo em que há a destruição do osso alveolar com perda dos tecidos de sustentação (LOESCHE; GROSSMAN,2001).

Algumas vezes a periodontite nada mais é do que a manifestação das doenças sistêmicas pré-existentes, e pode ser classificada em duas categorias: periodontite e neutropenia cíclica/familiar. A periodontite pode ser a manifestação de algumas desordens hematológicas, tais como neutropenia adquirida, leucemia; a neutropenia cíclica/familiar, de ordem genética, a síndrome de Down, síndrome da deficiência de adesão leucocitária, síndrome de Papillon-Lefèvre. Nessas situações, o indivíduo apresenta sua resistência muito reduzida, logo a doença sistêmica torna-se um determinante principal no desenvolvimento da periodontite. Portanto a condição periodontal é referida como uma manifestação sistêmica (GENCO et al., 2007).

Vale ressaltar que o tecido conjuntivo e o metabolismo ósseo apresentam algumas desordens genéticas raras, como a hipofosfatase e a Síndrome de Ehlers-Danlos. Estes agravos levam a uma perda óssea que ocorre ao redor dos dentes, sendo esta semelhante à periodontite, entretanto o biofilme não se apresenta como principal fator desencadeante na perda óssea periodontal (GENCO et al., 2007).

3.3. Epidemiologia das doenças bucais em drogaditos

Estudos epidemiológicos que avaliaram a saúde bucal de usuários de drogas lícitas e ilícitas identificaram indicadores de saúde bucal desfavoráveis, com prevalência elevada das doenças cárie e periodontal em usuários de drogas lícitas e ilícitas

Ao avaliar a condição da coroa dentária de 102 indivíduos do sexo masculino, com média de idade de 17/29 anos, institucionalizados em um centro de recuperação de Bauru-SP, os autores identificaram uma média do índice CPO-D de 14,88, que apesar de alto, está em consonância com outros estudos. Identificou-se ainda que a diferença entre CPO-D de drogaditos e de uma população está em sua

composição, visto que entre usuários de drogas prevalecem os componentes cariados/perdidos, evidenciando o reduzido acesso à assistência odontológica (RIBEIRO et al., 2002).

Outro estudo realizado com 108 indivíduos que faziam consumo de droga, de ambos os sexos, com idade entre 21 a 60 anos, institucionalizados em um programa de recuperação do Hospital Benedita Fernandes, em Araçatuba-SP, os autores identificaram uma média do CPO-D de 14,4. Ao analisar este índice, os autores identificaram que prevaleceu o componente perdido, visto que em média cada usuário apresentou 8 dentes perdidos (CIESIELSKI, 2013).

Em uma revisão da literatura que objetivou conhecer o impacto do uso do crack na saúde bucal, os autores identificaram uma possível relação entre o uso do crack e várias alterações bucais, tais como: ocorrência de cárie, erosão dentária, doença periodontal, úlceras e candidíase oral. (ANTONIAZZI et al., 2013)

No município de Salvador-Ba foi realizado um estudo de caso com um grupo controle de 40 voluntários de um Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), dependentes de crack e cocaína, e 120 pacientes da Faculdade de Odontologia da UFBA. Entre os dependentes químicos, a média do índice CPO-D foi de 13,75 e no grupo controle de 14,22; não foram identificadas diferenças significativas na média do CPO-D entre os grupos de caso e de controle. Segundo o autor, a ausência de diferença entre as médias do índice CPO-D do grupo caso e controle pode ser consequência do acesso reduzido aos serviços odontológico, falta de programas preventivos e a preponderância dos serviços de extração dentária sobre os procedimentos restauradores para os indivíduos dos dois grupos (TEIXEIRA NETO, 2009).

Outro estudo de caso controle realizado para avaliar a condição de saúde bucal de 70 indivíduos com idade superior a 18 anos de idade, sendo que 35 do grupo de caso que eram pacientes dependentes químicos em tratamento do Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), e de Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (Ipq/SC) e 35 pacientes do grupo controle, que não faziam uso de drogas e oriundos da Clínica de Odontologia, da Universidade Federal de São Carlos (UFSC). Nos indivíduos do grupo controle, a média do CPO-D foi 12,3 e entre os dependentes químicos (casos) foi 9,8 (CAPTZAN, 2014). Ainda, segundo os autores, estudos revelam que a

prevalência de doença periodontal entre indivíduos que faziam consumo de droga é superior a de uma população que não consome drogas.

Um estudo transversal realizado com 125 pacientes, de ambos os sexos, com idade média de 50 anos atendidos no Ambulatório de Clínica Médica do Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará, para avaliar a saúde bucal e hábito tabagístico. Os resultados mostraram que há diferenças significativas entre o percentual da perda dos dentes entre 86% fumantes, 63% ex-fumantes e 24% não fumantes. Os autores concluíram que o tabagismo está associado à deterioração da saúde bucal, provocando um impacto negativo (PEREIRA et al., 2014).

Ao avaliar as alterações bucais em 22 usuários de drogas de ambos os sexos, com média de idade de 31,9 anos, verificou-se que destes 16 apresentavam doenças periodontais. O que revela uma alta prevalência para este grupo estudado (COLODEL et al., 2008).

Ao ser avaliada a condição periodontal em 52 usuários de cocaína e/ou crack, residentes em Salvador-Ba, de ambos os sexos, com média de idade de 28/72 anos de idade, os autores identificaram a presença de doença periodontal de moderada a severa. Dos 52 usuários avaliados, 61% apresentavam cálculo e 25% tinham bolsa periodontal de 4 a 5mm, 46% tinham perda de inserção periodontal de 4 a 5mm (TEIXEIRA NETO, 2009).

Ao comparar a condição periodontal de indivíduos do sexo masculino que fumavam crack e tabaco (n=52), tabaco (n=52) e não fumantes (n=52) do Instituto de Pesquisa e Tratamento de Alcoolismo (IPTA) e da Clínica de Odontologia, da Universidade Federal do Paraná, o autor concluiu que os usuários que fumavam crack/tabaco e tabaco apresentaram piores parâmetros clínicos periodontais em relação a indivíduos não fumantes (INVERNICI, 2012).

A condição periodontal de 137 indivíduos do sexo masculino, usuários de drogas ilícitas foi avaliada, esses indivíduos institucionalizados no Instituto de Pesquisa e Tratamento de Alcoolismo em Campo Largo-PR apresentavam média de idade de 30/31 anos, desses 64% consumiam mais de um tipo de droga (tabaco, maconha e crack), identificou-se que 71% apresentavam periodontite. Entre os que apresentavam periodontite, prevaleceu a periodontite leve. A autora concluiu que um elevado percentual de usuários de drogas ilícitas negligenciou a higiene oral e

apresentou uma condição periodontal deficiente, prevalecendo entre as doenças periodontais gengivite moderada e periodontite leve (ALBINI, 2013).

Em um estudo que avaliou a condição bucal de 60 dependentes químicos, de ambos os sexos com idade acima de 18 anos, em tratamento em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II AD), no interior do estado de São Paulo, os autores encontraram uma prevalência de 67% de doença periodontal (ALVES; NAI; PARIZI, 2013).

Estudo conduzido com 108 pacientes, de ambos os sexos, com idade variando de 21 a 60 anos, com idade média de 41 anos, recém-admitidos em programa de recuperação e desintoxicação do consumo de drogas, em regime de internato, no Hospital Benedita Fernandes, Araçatuba-SP, para correlacionar o efeito das drogas com alterações da normalidade e ocorrência de enfermidades na boca, os autores identificaram uma prevalência de 23% de periodontite (CIESIELSKI, 2013).

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Epidemiológico, transversal e descritivo.

4.2. Campo do estudo

Esse estudo foi realizado nos municípios de Jequié, Barra do Choça, Brejões e Vitória da Conquista, todos situados na região sudoeste do estado da Bahia, seis centros de recuperação e tratamento para usuários de drogas lícitas e ilícitas foram identificados.

4.3. População do estudo

Indivíduos do sexo masculino, com idade entre 18 e 64 anos, usuários de drogas lícitas e ilícitas institucionalizados nos Centros de Recuperação de Dependentes de Drogas Lícitas e Ilícitas, Fazenda Esperança em Brejões, Projeto Desafio Jovem, Comunidade Terapêutica Luz do Amanhecer em Cristo e Centro de Recuperação e Amparo ao Menor, em Vitória da Conquista, Comunidade Terapêutica Fazenda Vida e Esperança, em Barra do Choça, e Ser Livre, em Jequié, aceitaram o convite para participar do estudo.

Na Fazenda Esperança, dos 17 dependentes químicos institucionalizados, 14 concordaram participar do estudo; no Projeto Desafio Jovem, todos os 6 internos aceitaram participar; no Ser Livre dos 12 internos, 9 participaram, na Comunidade Terapêutica Luz do Amanhecer em Cristo, todos os 11 internos aceitaram participar, no Centro de Recuperação e Amparo ao Menor, dos 22 internos, 21 participaram e na Comunidade Terapêutica Fazenda Vida e Esperança, dos 21 internos, 11 participaram.

Neste estudo, foram adotados os seguintes critérios de exclusão: apresentar doença sistêmica, indivíduos submetidos a tratamento periodontal nos últimos 3 meses e ausência dos dentes, índices utilizados na avaliação periodontal. Na avaliação da doença cárie, este critério de exclusão não foi considerado.

4.4. Obtenção dos dados

A coleta de dados foi realizada em uma população de usuários de drogas lícitas e ilícitas institucionalizados em centros de recuperação existentes na região sudoeste do Estado da Bahia. Ela foi realizada em duas etapas, inicialmente aplicou-se um questionário elaborado pelos autores, posteriormente foi realizado o exame clínico para avaliar a condição dentária e periodontal, ambas as etapas foram realizadas no mesmo dia em momentos diferentes. Os dados foram obtidos em janeiro de 2015.

Previamente à coleta dos dados do questionário e do exame clínico da cavidade bucal, realizou-se padronização da equipe responsável pela pesquisa com o objetivo de uniformizar as condutas e procedimentos para aplicação do formulário e realização do exame clínico da cavidade bucal.

4.5. Instrumentos de coleta de dados

Para obter os dados, foi elaborado um questionário o qual apresentava os seguintes blocos: 1) informações pessoais: cidade onde reside; zona (rural ou urbana); idade em anos; estado civil (solteiro, casado, viúvo e desquitado); escolaridade (analfabeto ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo); 2) doenças autorreferidas (cardíacas, renais, gástricos, respiratórios, alergia, reumatismo, diabetes), consumo de medicamentos; 3) saúde bucal (hábitos de higiene bucal) e acesso aos serviços; 4) consumo de drogas lícitas (tabaco e álcool) e ilícitas (maconha, crack, cocaína) (Apêndice A); 5) Ficha clínica para avaliar a doença cárie (Anexo 1) e periodontal (Anexo 2).

Após responder o questionário, os sujeitos que participaram do estudo foram submetidos ao exame clínico da cavidade bucal para avaliar a condição da coroa dentária e do periodonto.

4.6. Exame clínico da cavidade bucal

Dois pesquisadores participaram de oficinas de padronização para avaliar a cavidade bucal, sendo um para examinar a condição dentária e outro a periodontal; dois anotadores também foram capacitados.

Previamente à realização do estudo, encaminhou-se ofício aos coordenadores dos 6 (seis) centros de recuperação e tratamento para usuários de drogas lícitas e ilícitas solicitando autorização para a realização do estudo e, também, apresentando os pesquisadores que realizariam a coleta de dados. Foi anexada uma cópia do projeto de pesquisa que seria desenvolvido. Após apresentação e esclarecimentos, foi solicitado aos coordenadores autorização para realização do estudo assim como agendamento para sua realização.

No dia agendado para a coleta de dados, o coordenador do centro de recuperação e tratamento para usuários de drogas lícitas e ilícitas foi informado que os reunissem em um mesmo local, a fim de esclarecer os objetivos do estudo, os métodos que seriam utilizados para a obtenção dos dados, da entrevista e do exame clínico da cavidade bucal.

Aos que aceitaram o convite para participar da pesquisa e atendiam aos critérios de inclusão, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, um formulário foi respondido posteriormente deu-se início a realização do exame clínico da cavidade bucal, no qual foi avaliada a condição da coroa dentária e do periodonto de cada usuário.

Os pesquisadores paramentaram de maneira adequada utilizando os equipamentos de proteção individual recomendados para estudos epidemiológicos em saúde bucal, o exame clínico foi realizado na própria instituição, em local com iluminação natural.

Durante o exame clínico da cavidade bucal, os participantes do estudo encontravam-se sentados em uma cadeira, com a cabeça apoiada em uma parede e os pesquisadores utilizavam sonda periodontal preconizada pela Organização Mundial de Saúde, espelho odontológico nº4, espátulas de madeira e gazes.

No exame clínico da condição da coroa dentária todos os dentes presentes na cavidade bucal foram avaliados, sendo os códigos e critérios utilizados e propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997).

O índice utilizado para avaliar a condição dentária foi o CPO-D e para a condição da coroa utilizou-se os critérios: sadia, cariada, restaurada com cárie, restaurada sem cárie, perdida por cárie, perdida por outras razões, selante, apoio de ponte ou coroa, implante, coroa não erupcionada, trauma e dente excluído (OMS, 1997). Para a necessidade de tratamento odontológico foram adotados os seguintes

critérios: sem necessidade, necessidade de restauração de uma superfície, restauração de duas ou mais superfícies, coroa por qualquer razão, faceta estética, tratamento pulpar mais restauração, extração, remineralização de mancha branca, selante e sem informação (OMS, 1997).

Na análise da condição do periodonto foram avaliados os dentes índices 16-21-24-36-41-44 (RAMFJORD, 1959), na ausência desses utilizava-se um dos dentes presentes para mesial ou distal, foram excluídos os dentes: -18-28-38-48-, foram aplicados os índices periodontais: sangramento à sondagem, profundidade de sondagem, nível de inserção clínica (LINDHE; LANG; KARRING 2010), índice de placa (SILNES; LÖE, 1964), índice gengival para mensurar a doença periodontal (LÖE; SILNES, 1963).

Nos exames, Profundidade de Sondagem e Nível de Inserção Clínica, em cada um dos seis dentes índices foram avaliados três sítios nas faces vestibular (mésio-vestibular, médio-vestibular, disto-vestibular) e três na palatina e/ou lingual (mésio-lingual/palatina, médio-lingual/palatina e disto-lingual/palatina).

A profundidade de sondagem foi classificada em: $\leq 3\text{mm}$; ≥ 4 e $\leq 6\text{mm}$ e $\geq 7\text{mm}$ (ALBINI, 2013). Para efeito de análise, os resultados foram categorizados em: com doença, aqueles que apresentavam profundidade de sondagem ≥ 4 mm e, sem doença, aqueles com profundidade de sondagem $\leq 3\text{mm}$.

O Nível de Inserção Clínica foi classificado em: $\leq 3\text{mm}$; ≥ 4 e $\leq 6\text{mm}$ e $\geq 7\text{mm}$ e para análise, os dados foram categorizados em com doença, aqueles que apresentavam nível de inserção clínica ≥ 4 mm e, sem doença, aqueles com nível de inserção clínica $\leq 3\text{mm}$.

Para avaliação do índice gengival, foram observados os sinais clínicos característicos de inflamação, vermelhidão, edema e característica morfológica da gengiva. Nos dentes índices, foi observado a gravidade e a quantidade da inflamação gengival utilizando os escores proposto por Løe; Silness (1963) em cada sítio dental, categorizando-os em: grau 0 (ausência de inflamação gengival), grau 1 (leve inflamação), grau 2 (moderada inflamação) e grau 3 (severa inflamação).

O Sangramento à Sondagem foi avaliado de forma dicotômica percorrendo a sonda periodontal no sulco gengival aguardando por um período de 15 segundos. Decorrido esse tempo registou-se “sim” para os dentes que apresentavam sangramento e “não” para os que não apresentavam sangramento.

No Índice de Placa, a mesma foi avaliada quantitativamente, a sonda periodontal percorria as faces dos dentes índices verificando a quantidade de placa presente ou a ausência de placa visível. Foram utilizados os critérios proposto por Silness; Løe (1963), onde os sítios dentais foram categorizados em: grau 0 (sem placa visível); grau 1 (leve acúmulo de placa); grau 2 (moderado acúmulo de placa) e grau 3 (severo acúmulo de placa).

Para classificar o indivíduo portador de periodontite, foi considerado a presença de, pelo menos, um sítio dental com profundidade de sondagem ≥ 4 mm e nível de inserção clínica ≥ 4 mm (AAP, 2000).

Para participar da mensuração do fluxo salivar, os indivíduos não deveriam comer, beber, fumar, realizar higiene bucal uma hora antes da coleta. Aqueles que atendiam a este critério foram encaminhados para um ambiente limpo e iluminado, onde uma hora antes da coleta da saliva ingeriam 300ml de água, excluindo, portanto, o viés hidratação do organismo. Para estimular a salivação, solicitou-se a mastigação de um pedaço (3cm) de mangueira de látex estéril sem açúcar durante 6 minutos (PEDRINI; FRANÇA; KREIRGER, 2009).

A saliva produzida no primeiro minuto foi desprezada e a dos demais cinco minutos coletada a cada minuto. O indivíduo permaneceu com a cabeça levemente inclinada para baixo, sem movimentar língua ou lábios, deixando acumular saliva no assoalho da boca para, em seguida, eliminá-la em uma proveta estéril graduada. Para análise do fluxo salivar, o total de saliva produzido nos cinco minutos foi dividido por cinco. Para mensurar o fluxo salivar foi considerado o valor médio por minuto de saliva. (PEDRINI; FRANÇA; KREIRGER, 2009). Durante o exame clínico, o pesquisador estava acompanhado por um anotador capacitado para realizar o registro de todos os dados.

4.7. Análise dos dados

Os dados obtidos foram registrados, tabulados e analisados em planilha no software SPSS versão 15.0 para Windows (SPSS Inc, Chicago, IL, EUA). Para análise das variáveis qualitativas, utilizaram-se as frequências e percentual, enquanto para as quantitativas, as medidas de tendência central e de dispersão.

4.8. Questões éticas

Este projeto de pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Parecer nº 404.926/2013-CEP/UESB). Todos os participantes aceitaram o convite para participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5. RESULTADOS

O resultado deste estudo foi apresentado em dois artigos científicos, elaborados de acordo com as instruções para os autores que constam no site das revistas selecionadas para a submissão. Estes manuscritos visam atender o objetivo proposto por este estudo, uma vez que permite compreender de que forma as drogas ilícitas e lícitas interferem na saúde bucal.

Para responder aos objetivos específicos, elaboramos os artigos: “Cárie dentária e necessidade de tratamento em usuários de drogas institucionalizados” e “Condição periodontal de usuários de drogas institucionalizados”.

Pretendemos assim atender ao objetivo deste estudo que foi avaliar a condição de saúde bucal em dependentes de drogas ilícitas e lícitas institucionalizados.

O artigo 1, intitulado Cárie dentária e necessidade de tratamento em usuários de drogas institucionalizados foi encaminhado para publicação na Revista de Odontologia da UNESP e o artigo 2, de título Condição periodontal de usuários de drogas institucionalizados foi encaminhado para publicação na Revista Gaúcha de Odontologia.

Artigo 1: **CÁRIE DENTARIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO EM USUÁRIOS DE DROGAS INSTITUCIONALIZADOS.**
DENTAL CARIES AND TREATMENT NECESSITY IN INSTITUTIONALIZED DRUG USERS.

Marina **Ferraz** Neves Oliveira: Professora Assistente. Curso de Odontologia. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié-BA. Brasil.

Cezar **Augusto** Casotti – Professor Titular. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié-BA. Brasil.

Endereço para correspondência

Marina Ferraz Neves Oliveira: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Rua José Moreira Sobrinho, s/n. Bairro: Jequiezinho, Jequié-BA. CEP: 45.208-091.

Email: mfnoiveira@yahoo.com.br. Fone (77) 99815-5885.

Encaminhado para a Revista de Odontologia da UNESP

RESUMO: Introdução: a dependência em drogas é uma doença complexa, incurável sendo que seu uso persiste mesmo diante de consequências extremamente negativas. Objetivo: Avaliar a prevalência e severidade da doença cárie em indivíduos usuários de drogas lícitas e ilícitas. Método: estudo epidemiológico, transversal, descritivo, realizado com adultos, usuários de drogas lícitas e ilícitas, institucionalizados em centros de recuperação de municípios da região sudoeste do estado da Bahia. Utilizou-se formulário com questões sociodemográficas acerca do consumo de drogas lícitas e ilícitas. Para avaliar a cárie dentária, empregou-se o índice dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), sendo as unidades dentárias avaliadas com sonda modelo Organização Mundial da Saúde (OMS) e espelho bucal plano. Os dados foram tabulados e analisados no programa Excel. Resultados: foram avaliados 72 indivíduos, com idade entre 18 e 64 anos, com média de 35,5 (Dp±10,7) anos. Verificou-se que 71,4% são solteiros, 73,7% com baixo nível de escolaridade, 74,6% não utilizam fio dental. A prevalência da cárie foi 98,6%, sendo a média CPO-D 15,6. Em indivíduos de 18 a 34 anos a média CPO-D foi 12,1 e de 35 a 64 anos 19,8. Quanto à dentição, 52,6% dos dentes foram acometidos pela doença. Dentre os dentes acometidos 39,9% estavam cariados, 44,1% perdidos e 16% obturados. Conclusão: Nós concluímos que na população estudada é alta a prevalência da doença cárie. Entre as necessidades de tratamento odontológico destaca-se a restauração do elemento dental.

Descritores: Drogadição¹; Saúde bucal²; Cárie dental³; Usuários de drogas⁴

ABSTRACT: Introduction: dependence on drugs is a complex disease, incurable and that its use persists in the face of extremely negative consequences. Objective: was to evaluate the prevalence and severity of caries in users of legal drugs. Methods: It is an epidemiological, cross-sectional, descriptive study, held with adults, users of legal and illegal drugs, institutionalized in rehabilitation centers of municipalities in the southwestern region of the state of Bahia. We used a form with sociodemographic questions about the use of licit and illicit drugs. To assess tooth decay, we used the decayed, missing and filled teeth index (DMF-T), and the dental units were assessed with a World Health Organization (WHO) Model probe and a dental mirror. Data were tabulated and analyzed in Excel. Results: 73 individuals were evaluated, aged between 18 and 64, mean age 35.5 (SD ± 10.7). It was found that 71.4% are single,

73,7% with low level of education, 74.6% do not use dental floss. Caries prevalence was 98.6%, DMF-T average 15.6. In 18-34 years old individuals, the DMF-T average was 12.1 and from 35 to 64 years old it was 19.8. Regarding dentition, 52.6% of the teeth were affected by the disease. Among the affected teeth, 39.9% were decayed, 44.1% lost and 16% filled. Conclusion: We conclude that there is a high prevalence of caries in this population. Among the dental needs, the restoration of the dental element has to be highlighted.

Keywords: Drug addiction¹; Oral health²; Dental caries³; Drug users⁴

INTRODUÇÃO

Analisando a evolução histórica do ser humano é possível verificar que cada época apresenta uma maneira particular de lidar com o binômio saúde-doença¹. Diante disto, o estilo de vida adotado pelos indivíduos tem sido apontado como um dos principais modulares dos níveis de saúde. Dentre esses destacam-se o sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, consumo de drogas².

A dependência em drogas é uma doença complexa, incurável sendo que seu uso persiste mesmo diante de consequências extremamente negativas. Estudos epidemiológicos apontam que este fenômeno tornou-se um problema dimensional na Saúde Pública³. Estima-se que, atualmente, entre 3,6 a 6,9% da população mundial usa algum tipo de droga ilícita, o que corresponde a uma parcela de 167 a 315 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos de idade consumindo algum tipo de substância legalmente proibida⁴.

As drogas tanto lícitas como ilícitas têm poder devastador sobre os tecidos bucais⁵. Estudos revelam que sua ação na cavidade bucal, associado a deficiências nutricionais e a negligência com a higiene pessoal^{6,7} ocasionam efeitos deletérios à saúde bucal, resultando em elevado número de dentes cariados, perdidos, obturados e com extração indicada⁷.

Ainda que o cirurgião-dentista se depare com muitas das manifestações da dependência das drogas na cavidade bucal, esses profissionais, geralmente, desconhecem as profundas consequências do uso, como o aumento da susceptibilidade a infecções, xerostomia e hemorragias pós-operatórias, o que pode comprometer os resultados do tratamento odontológico instituído, expondo, desnecessariamente, o paciente a riscos⁸.

Além disso, os usuários de drogas apresentam maior risco de ter a saúde bucal comprometida devido ao descuido em geral e, também, por não buscarem cuidados odontológicos, apresentarem dieta não balanceada e hábitos deficientes de higiene oral^{9,10}.

Diante do exposto, este estudo objetivou avaliar a prevalência e severidade da doença cárie e necessidade de tratamento em indivíduos que faziam consumo de droga, institucionalizados em centros de recuperação existentes na região sudoeste do estado da Bahia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, descritivo, realizado com a população dos usuários de drogas lícitas e ilícitas institucionalizados em seis centros de recuperação existentes nas cidades de Brejões, Barra do Choça, Vitória da Conquista e Jequié, situadas na região sudoeste do estado da Bahia.

Inicialmente, os usuários de drogas lícitas e ilícitas institucionalizados nestes centros de recuperação foram conduzidos a uma sala na qual os pesquisadores explicaram os objetivos da pesquisa e a forma como seria efetuada a coleta dos dados.

Após identificados os que aceitaram participar do estudo, sendo excluídos os indivíduos que apresentavam doença sistêmica. Os usuários de drogas institucionalizados que atenderam aos critérios de seleção foram convidados a assinar cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em seguida, os indivíduos responderam a um formulário contendo questões relacionadas às informações pessoais (idade, estado civil e escolaridade), hábitos de higiene bucal, acesso aos serviços de atenção à saúde bucal, consumo de drogas lícitas (tabaco e álcool) e ilícitas (maconha, crack e outros).

Posteriormente à aplicação do formulário, iniciou-se o exame clínico da cavidade bucal, sendo este realizado por um examinador padronizado, em ambiente com iluminação natural adequada, estando os participantes sentados com a cabeça apoiada em uma parede. Para realizar os exames, utilizou-se sonda periodontal modelo proposto pela OMS, espelho odontológico plano nº4 e gaze esterilizada.

Para mensurar a doença cárie e a necessidade de tratamento odontológico, utilizou-se o índice CPO-D, sendo os códigos e critérios empregados os recomendados pela Organização Mundial de Saúde-OMS¹¹(1997).

O fluxo salivar foi mensurado somente em indivíduos que 1 hora antes da coleta não haviam ingerido nenhuma alimentação sólida ou líquida, não fumaram, e que não tivessem realizado higiene bucal. Aqueles que atendiam ao critério em ambiente limpo e iluminado, 1 hora antes da coleta da saliva ingeriam 300 ml de água, para excluir o viés hidratação do organismo. Para estimular a salivação, utilizou-se a mastigação de um pedaço (3cm) de mangueira de látex estéril sem açúcar por 6 minutos¹².

Durante a coleta da saliva, aquela produzida no primeiro minuto foi desprezada e a dos demais 5 minutos coletada. O indivíduo permaneceu com a cabeça levemente inclinada para baixo, sem movimentar língua ou lábios, deixando acumular saliva no assoalho da boca, para, em seguida, eliminá-la em uma proveta estéril graduada. A saliva produzida nos 5 minutos foi dividida por cinco, fornecendo o fluxo salivar médio por minuto¹².

Os dados foram tabulados em duplicata em uma planilha do Microsoft Excel foram analisados obtendo-se os valores absolutos e percentuais das variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão das variáveis numéricas.

RESULTADOS

No referido estudo, 72 indivíduos do sexo masculino que faziam uso de maconha, tabaco, álcool e crack, em diferentes associações concordaram em participar. A idade variou entre 18 e 64 anos, sendo a média de 35,5 anos ($Dp\pm 10,7$). Destes indivíduos 40 apresentavam idade de 18 a 34 anos, sendo a média de 27,6 anos ($Dp\pm 5,1$), e 33 com idade entre 35 a 64 anos, sendo a média da idade de 44,9 anos ($Dp\pm 7,9$).

Entre os entrevistados com idade de 18 a 34 anos, o consumo de tabaco, maconha e crack, respectivamente, há 10,9 anos ($Dp\pm 4,8$), 10,6 anos ($Dp\pm 5,8$) e 8,3 anos ($Dp\pm 4,1$). Enquanto nos com idade de 35 a 64 anos, a ingestão de álcool ocorreu durante 21,9 anos ($Dp\pm 12,8$) e o consumo de tabaco, maconha e crack, respectivamente, há 20,4 anos ($Dp\pm 10,6$), 18,4 anos ($Dp\pm 11,3$) e 10,3 anos ($Dp\pm 7,5$).

Ao avaliar o consumo de drogas lícitas e ilícitas entre os usuários em tratamento, verificou-se que 49 (68,1%) faziam uso de maconha, em média, há 12,7 anos ($Dp\pm 8,7$); 39 (54,9%) de crack, em média, 8,6 anos ($Dp\pm 5,5$); 65 (90,3%) de álcool, em média, 16,9anos ($Dp\pm 10,8$) e 50 (70,4%) de tabaco, em média, 14,5 anos ($Dp\pm 9,5$).

Quanto ao grau de escolaridade dos usuários institucionalizados, verificou-se que 2 (2,8%) eram analfabetos; 40 (55,6%) tinham o ensino fundamental incompleto; 11 (15,3%) ensino fundamental completo; 9 (12,5%) ensino médio

incompleto; 6 (8.3%) ensino médio completo; 3 (4.2%) superior incompleto e 1 (1.4%) superior completo. (Tabela 1).

Quanto à ocorrência da doença cárie entre os usuários avaliados por este estudo, percebe-se que a prevalência foi de 98,6% e a média do CPO-D de 15,6 ($dp \pm 7,5$), enquanto entre os com idade de 18 a 34 anos, a média do CPO-D foi 12,1 ($dp \pm 6,9$) e entre os com 35 a 64 anos foi 19,8 ($dp \pm 5,8$). (Tabela 2 e 3)

Neste estudo, verificou-se que aos 18 a 34 e 35 a 64 anos do total de dentes presentes na cavidade bucal, respectivamente 76,9% e 64,1%, não necessitavam de tratamento odontológico. (Tabela 4).

Ao avaliar o fluxo salivar dos usuários em recuperação, observou-se que a média do fluxo salivar dos entrevistados é 1.50ml/min ($dp \pm 1.0$), sendo entre os indivíduos com idade de 18 a 34 anos de 1.3 ml/min ($dp \pm 0.7$) e aos 35 a 64 anos de 1.7ml/min ($dp \pm 1.3$). De acordo com o fluxo salivar foi possível verificar que 3 (3.9%) indivíduos apresentaram hipersalivação, 27 (35.5%) hiposalivação e 43 (56.6%) fluxo salivar normal.

DISCUSSÃO

Entre os indivíduos institucionalizados nos centros de recuperação de drogas nos municípios da região sudoeste do estado da Bahia, o consumo de drogas ilícitas normalmente vem acompanhado de drogas lícitas, formando as duas as mais diversas associações. Considerando que as drogas lícitas e ilícitas possuem ação danosa sobre os tecidos bucais, a associação destas contribuirá para a potencialização dos danos causados a esses tecidos.

Na região sudoeste da Bahia, identificou-se seis instituições filantrópicas que ofertam suporte ao dependente de drogas ilícitas e lícitas, sendo todas direcionadas ao público masculino. Nessa região, o centro de recuperação que atendia mulheres foi fechado, impedindo assim traçar um diagnóstico da condição de saúde desta parcela dos usuários de drogas. Estudos realizados em Porto Alegre-RS¹³ e Florianópolis-SC¹⁴ avaliaram somente a população masculina. Em Curitiba-PR¹⁵ e Londrina-PR⁵, prevaleceram os homens. Essa distribuição parece ser unânime nos estudos relacionados aos efeitos das drogas na cavidade bucal.

Neste estudo, 71,4% dos indivíduos institucionalizados são solteiros, com idade entre 18 a 64 anos, com média de 35,5 anos, corroborando com estudo

realizado em Porto Alegre-RS, em que 81% eram solteiros, com idade entre 18 e 49anos, sendo a média 27,6 anos¹³. Em Salvador-BA, ao avaliar 160 indivíduos do sexo masculino maiores de 16 anos, a maior parte dos entrevistados também era de solteiros¹⁶.

Entre os indivíduos institucionalizados, prevaleceram os com baixa escolaridade, 71% estudaram até o ensino fundamental II. Corroborando com este achado, identificou-se estudos realizados em Porto Alegre-RS¹³ e Florianópolis-SC¹⁴ em que, respectivamente, 47% e 60% haviam concluído o ensino fundamental.

Quanto aos hábitos de higiene bucal, importante medida para a prevenção da doença cárie, entre os entrevistados 74,6% não utilizam fio dental, valores superiores foram obtidos ao avaliar 60 pacientes atendidos por dois Centros de Atenção Psicossocial II, em duas cidades do interior do estado de São Paulo, onde 95% dos entrevistados não faziam o seu uso¹⁷.

As drogas tanto lícitas como ilícitas têm poder devastador sobre os tecidos bucais⁵, resultando em elevado número de dentes cariados, perdidos, obturados e com extração indicada⁷. Na população estudada, 70,4% consomem tabaco, 90,3% álcool, 68,1% maconha e 54,9% crack. O uso rotineiro de álcool e tabaco, principalmente entre os usuários de substâncias químicas ilícitas, dá-se em função da fácil obtenção e livre comércio, fatores estes estimuladores de seu uso¹⁶.

Em usuários de drogas lícitas e ilícitas, o risco de ter a saúde bucal comprometida é maior^{9,10}, em função dos maus hábitos de higiene bucal, somado a tendência do consumo de alimentos doces¹⁵. Neste estudo, em indivíduos com idade de 18 a 64 anos a prevalência da doença cárie foi de 98,6% e a média do índice CPO-D foi 15,6 (dp±7,5). Valores próximos foram obtidos em Bauru-SP, em indivíduos com idade acima de 16 anos cuja média do CPO-D foi 14,8¹⁸ e divergentes em Araçatuba-SP, com indivíduos com idade variando de 21 a 60 anos com a média do CPO-D foi 17,1¹⁹.

Ao analisar o índice CPO-D nos grupos etários de 18 a 34 e 35 a 64 anos, identificou-se um CPO-D de 12,1 e 19,8, respectivamente. Corroborando com um estudo realizado em Madri, em indivíduos de 30 a 59anos, cuja média do CPO-D em usuários de crack e maconha variou entre 14,9 e 20,02²⁰. No Brasil, no ano de 2010²¹ na população com idade de 35 a 44 anos a média do CPO-D foi 16,1. Vale

destacar que a condição bucal de indivíduos com idade de 35 e 44 anos reflete o impacto acumulado da falta de eficientes políticas de prevenção e tratamento²².

Em usuários com idade de 18 a 64 anos, identificou-se que dos dentes acometidos pela doença cárie, 44,1% foram perdidos, 39,9% encontravam-se cariados e 16% restaurados. Quando avaliado o índice CPO-D, segundo o grupo etário, verificamos que aos 18 a 34 e 35 a 64 anos, o percentual de dentes perdidos, cariados e restaurados foram respectivamente 31,2% e 53,8%; 48,5% e 33,5%; 20,3% e 12,7%. Os usuários de drogas, devido ao descuido com a saúde bucal apresentam elevado número de dentes cariados, perdidos com extração indicada⁷.

No Brasil, na população com idade de 35 a 44 anos, 42,6% dos dentes acometidos pela cárie foram perdidos, 36,6% cariados e 12,5% obturados²¹. Em Araçatuba-SP, ao avaliar drogaditos de ambos os sexos, com idade de 21 a 60 anos, também houve predomínio do componente perdido¹⁹. A maior prevalência de dentes perdidos pode ser justificada visto que no serviço público, a extração dentária corresponde a 22% de todos os procedimentos básicos ofertados para a população adulta, sendo decorrente da precária higienização oral destes indivíduos e da procura tardia aos serviços odontológicos²¹.

Neste estudo, analisaram-se os componentes do índice CPO-D, verificando que a condição de saúde bucal dos drogaditos é desfavorável. Este quadro pode ter origem no atendimento odontológico ofertado aos usuários de drogas que ainda é negligenciado pela sociedade^{18,23}, evidenciando a ausência de estratégias direcionadas a esta parcela da população¹⁸.

Ao analisar a necessidade de tratamento odontológico, verificou-se que em indivíduos com idade de 18 a 64 anos, 72,9% dos dentes necessitavam de restauração e 24,9% de exodontia. Quando categorizamos a idade nos grupos etários de 18 a 34 e 35 a 64 anos, verificou-se que, respectivamente, 74,2% e 71,5% necessitavam de restauração e 25% e 24,4% de extração. Por sofrerem de privação social, os usuários de drogas apresentam os piores índices de saúde, possivelmente, devido a falta de programas preventivos, higiene bucal insatisfatória e acesso insuficiente aos serviços odontológicos²⁴.

Várias drogas têm efeito adverso sobre o fluxo salivar²³. Ao avaliar o fluxo salivar nos indivíduos de 18 a 64 anos, verificou-se que 56,6% apresentaram fluxo salivar normal, 35,5% hipossalivação e 3,9% hipersalivação. Em um estudo

conduzido por Ribeiro et al.¹⁸ (2002), 81,5% dos pacientes apresentavam fluxo salivar normal. Algumas drogas causam xerostomia, interferindo na redução do pH e capacidade tampão da saliva, devido sua ação vasoconstritora²⁵.

Vale destacar que, no Brasil, ao caracterizar a dependência química como um transtorno mental, é possível tratar estes pacientes como um doente multicausal, que necessita durante o tratamento de um acompanhamento multiprofissional com intervenções que visem à reintegração do indivíduo na vida em sociedade¹⁶. Na região analisada, os centros de tratamento são filantrópicos, não há oferta aos dependentes em tratamento de um atendimento multiprofissional para responder as doenças sistêmicas, bucais e mentais que acometem a estes indivíduos.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados é possível concluir que os usuários de drogas lícitas e ilícitas institucionalizados em centros de recuperação na região sudoeste do estado da Bahia apresentam alta prevalência da doença cárie. Dentre os dentes acometidos pela doença prevaleceram os perdidos, seguido de cariados e restaurados. A restauração do elemento dental representa a maior causa da necessidade de tratamento. A ocorrência da hipossalivação deve ser avaliada e considerada no planejamento de ações de promoção e recuperação da saúde bucal destes indivíduos, bem como ampliar o acesso aos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Fligie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira R. Orientação familiar para dependentes químicos: perfil, expectativas e estratégias. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro. 1999; 48(10):471-78.
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Brasília: 2004.
3. Mingoti SA. Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.
4. HairJF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Editora Bookman; 2009.
5. Colodel EV, Silva ELFM, Zielak JC, Zaitter W, Michel-Crosato E, Pizzatto E. Alterações bucais presentes em dependentes químicos. *RSBO - Revista Sul Brasileira de Odontologia*, Joinville. 2008; 6(1): 44-48.
6. Péret ACA, Bonato KB. A participação do dentista na equipe multidisciplinar para o tratamento do paciente alcoolista. *Arquivo Brasileiro de Odontologia*, Belo Horizonte, 2008;4:70-5.
7. Gupta MB, Reddyetal LP. Governo do Tocantins. Levantamento Epidemiológico CPO-D passo a passo. Tocantins: Secretaria de Estado da Saúde; Diretoria da Atenção Primária, 2012.
8. Nestler EJ. Epigenetic mechanisms of drug addiction. *Neuropharmacology*; 2014: 76:259-68.
9. Almeida AF, Mussi FC. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. *Rev. esc. enferm. USP* . 2006;40(4):456-463.
10. Raghianti MS, Greggi SLA, Lauris JRP, Sant'Ana ACP, Passanezi E. Influence of age, sex, plaque and smoking on periodontal conditions in a population from Bauru, Brazil. *J. Appl. Oral Sci*. 2004;12(4):273-279.
11. Organização Mundial da Saúde - OMS. Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal. Manual de Instruções; 1997.
12. Kato Segundo T, Ferreira EF, Costa JE. A doença periodontal na comunidade negra dos Arturós, Contagem, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2004; 20(2):596-603.

13. Albini MB, Couto ACF, Invernici MM, Martins MC, Lima AAS, Gabardo MCL et al .Sociodemographic profile and oral condition of drug users in two municipalities of the State of Paraná, Brazil. *Rev. odontol. UNESP*. 2015; 44(4): 244-249.
14. Buchele F, Marcatti M, Rabelo DR, Rachel HT. Dependência química e prevenção à “recaída”. *Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis, 2014; 13(2):233-40.
15. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Virtanen JI. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. *BMC Oral Health*. 2013;13(11):1-7.
16. Silva LHP, Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Mantovani MF, Maftum MA. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro. 2010; 14(3):585-90.
17. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, Santos SRRA. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J BrasPneumol*. 2008;34(10):845-80.
18. Ribeiro EDP, Oliveira JA, Zambolin AP, Lauris JRP, Tomita NE. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. *Pesq.Odontol.Bras*. 2002; 16(3):239-245.
19. Bastos JL, Boing AF, Peres KG, Antunes JLF, Peres MA. Periodontal outcomes and social, racial and gender inequalities in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2008. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(2): 141-53.
20. Mateos-Moreno MV, Del-Río-Highsmith J, Riobóo-García R, Solá-Ruiz MF, Celemín-ViñuelaA. Dental profile of a community of recovering drug addicts: Biomedical aspects. Retrospective cohort study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(4):671-679. doi:10.4317/medoral.18669.
21. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010. Brasília: 2013.
22. Brown LJ, Wall TP, Lazar V. Trends in caries among adults 18 to 45 years old. *J. Am. Dent. Assoc*. 2002;133(7):827-34.

23. Pedreira RHS, Remencius L, Navarro MFL, Tomita NE. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. *Rev OdontolUniv São Paulo*; 1999;13(4):395-9.
24. Junqueira SR, Frias AC, Zilbovicius C, Araujo ME. Saúde bucal e uso dos serviços odontológicos em função do Índice de Necessidades em Saúde. São Paulo, 2008. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2012; 17(4): 1015-24.
25. REGAZZI, A.J. Análise multivariada, notas de aula INF 766, Departamento de Informática da Universidade Federal de Viçosa, v.2, 2000.

Tabela 1. Caracterização do estado civil, hábitos de higiene oral, acesso a tratamento odontológico e consumo de drogas lícitas e ilícitas em indivíduos em recuperação. Jequié-BA, 2015.

Variável/categoria	Grupo etário					
	18 a 34 anos		35 a 64 anos		18 a 64 anos	
	n	%	n	%	n	%
Estado civil (n=63)						
Solteiro	30	93,8	15	48,4	45	71,4
Casado	1	3,1	15	48,4	16	25,4
Outros	1	3,1	1	3,2	2	3,2
Escova os dentes (n=72)						
Sim	39	97,5	33	100,0	71	98,6
Não	1	2,5	0		1	1,4
Quantas vezes escova (n=71)						
1 a 2 vezes	6	15,8	13	39,4	19	26,8
3 ou mais	32	84,2	20	60,6	52	73,2
Usa fio dental (n=71)						
Sim	12	31,6	6	18,2	18	25,4
Não	26	68,4	27	81,8	53	74,6
Tratamento odontológico (n=68)						
Sim	22	61,1	24	75,0	46	67,6
Não	14	38,9	8	25,0	22	32,4
Consumo de maconha (n=72)						
Sim	32	80,0	17	53,1	49	68,1
Não	8	20,0	15	46,9	23	31,9
Consumo de crack (n=71)						
Sim	26	66,7	13	40,6	39	54,9
Não	13	33,3	19	59,4	32	45,1
Consumo de álcool (n=72)						
Sim	33	84,6	32	97,0	65	90,3
Não	6	15,4	1	3,0	7	9,7
Consumo de tabaco (n=71)						
Sim	31	81,6	19	57,6	50	70,4
Não	7	18,4	14	42,4	21	29,6

Tabela 2. Número e percentual de dentes com experiência ou não da doença cárie em usuários de drogas lícitas e ilícitas em recuperação. Jequié-BA, 2015.

Grupo etário	Experiência da doença cárie			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
18 a 34	493	40,8	716	59,2
35 a 64	654	67,3	318	32,7
Total	1147	52,6	1034	47,4

Tabela 3. Número e percentual dos componentes do índice CPO-D em usuários de drogas lícitas e ilícitas. Jequié-BA, 2015.

Grupo etário	Condição dental							
	Cariados		Obturados		Perdidos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
18 a 34	239	48.5	100	20.3	154	31.2	493	100%
35 a 64	219	33.5	83	12.7	352	53.8	654	100%
Total	458	39.9	183	16.0	506	44.1	1147	100%

Tabela 4. Componente das necessidades de tratamento odontológico em usuários de drogas lícita e ilícita. Jequié-BA, 2015.

Necessidade de tratamento	Grupo etário					
	18 a 34 anos		35 a 64 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Restauração uma superfície	134	54,9	115	51,1	249	53,1
Restauração 2 ou + superfície	47	19,3	46	20,4	93	19,8
Coroa por qualquer razão	-	-	2	0,9	2	0,4
Endodontia + Restauração	1	0,4	7	3,1	8	1,7
Exodontia	62	25,4	55	24,4	117	24,9

Artigo 2: CONDIÇÃO PERIODONTAL DE USUÁRIOS DE DROGAS
INSTITUCIONALIZADOS
PERIODONTAL CONDITION OF INSTITUTIONALIZED DRUG USERS

Título resumido: Condição periodontal
Periodontal condition

Marina Ferraz Neves Oliveira: Professora Assistente. Curso de Odontologia.
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Rua José Moreira Sobrinho, s/n.
Bairro: Jequezinho, Jequié-BA. CEP: 45.208-091. Email: mfnoliveira@yahoo.com.br.
Fone (77) 99815-5885.

Cezar Augusto Casotti – Professor Titular. Programa de Pós-graduação em
Enfermagem e Saúde e Curso de Odontologia. Rua José Moreira Sobrinho, s/n.
Bairro: Jequezinho, Jequié-BA. CEP: 45.208-091. Email: cacasotti@uesb.edu.br.
Fone: (73)988514064.

Encaminhado para a Revista Gaucha de Odontologia

RESUMO:

Objetivo: avaliar a prevalência e severidade da doença periodontal em dependentes de drogas institucionalizados. **Método:** estudo epidemiológico, transversal descritivo realizado com usuários de drogas lícitas e ilícitas na região sudoeste da Bahia. Em local com iluminação natural adequada, um examinador padronizado e paramentado realizou o exame clínico da cavidade bucal, com auxílio de espelho bucal plano e sonda periodontal modelo proposto pela Organização Mundial da Saúde, no qual foi avaliada a condição periodontal a partir dos indicadores clínicos: sangramento à sondagem, profundidade de sondagem, nível de inserção clínica, índice de placa e índice gengival. **Resultados:** foram avaliados 61 indivíduos, todos do sexo masculino, com idade entre 18 a 62 anos, sendo a média de 34,2 anos. Quando avaliados os sítios dentais, identificou-se que 35,3% apresentavam sangramento à sondagem, 28,4% placa bacteriana visível, 64,9% inflamação gengival e 9,6% recessão gengival. A prevalência de doença periodontal foi de 78,7%. Dos sítios avaliados, 11,4% apresentavam perda de inserção superior a 4mm e 4,6% profundidade de sondagem superior a 4mm. **Conclusão:** entre os sítios dentais avaliados foi baixa a prevalência de sangramento à sondagem e de placa bacteriana visível, sendo que o mesmo não ocorreu com a doença periodontal, que apresentou alta prevalência.

Palavras chave: Doença Periodontal, Usuários de Drogas, Epidemiologia, Saúde Bucal.

ABSTRACT

Objective: evaluate the prevalence and severity of periodontal disease in institutionalized drug dependents. **Method:** descriptive, epidemiological, cross-sectional study of users of legal and illegal drugs in the southwestern region of Bahia. In a location with adequate natural lighting, a standardized and gown using examiner performed the clinical examination of the oral cavity, with the help of dental mirror and periodontal probe, model proposed by the World Health Organization, in which the periodontal condition was evaluated from clinical indicators: bleeding on probing, probing depth, clinical insertion level, plaque index and gingival index. **Results:** 61 subjects were evaluated, all male, aged 18 to 62, with a mean of 34.2 years old.

When evaluating the dental sites it was found that 35.3% showed bleeding on probing, 28.4% visible plaque, 64.9% gingival inflammation and 9.6% gingival recession. The prevalence of periodontal disease was 78.7%. **Conclusion:** the evaluated sites, 11.4% had insertion loss superior to 4 mm and 4.6% probing depth superior to 4mm. it is concluded that among the evaluated dental sites there was low prevalence of bleeding on probing and visible plaque, yet this did not occur with periodontal disease that showed high prevalence.

Key words: Periodontal Disease, Drug Users, Epidemiology, Oral Health.

INTRODUÇÃO

Vários são os fatores que atuam na progressão e evolução de determinadas patologias na cavidade bucal, dentre estes se destacam: características individuais, fatores sociais e comportamentais, fatores sistêmicos, genéticos e composição da microbiota bucal¹. Como fator social, destaca-se o consumo de drogas lícitas e ilícitas, sobretudo as fumadas, que também são prejudiciais à saúde bucal².

O contato com as drogas lícitas e ilícitas tem ocorrido de forma cada vez mais precoce entre os jovens. No entanto, algumas situações podem propiciar o uso destas substâncias, sobretudo as ilícitas, incluindo principalmente os problemas familiares, a curiosidade, a rejeição social e a timidez³.

Há uma mudança comportamental dos usuários quanto aos hábitos alimentares inadequados e a perda da autoestima que influenciam no descuido com a higiene geral e bucal, os quais atuam como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças bucais. As principais consequências do uso abusivo de drogas para a saúde bucal são: xerostomia, elevado número de dentes cariados, perdidos e obturados, redução do fluxo salivar e da capacidade tampão, bruxismo, halitose, doença periodontal, queilite angular e estomatite^{3,4}.

Devido ao aumento no consumo de drogas, tanto as lícitas, dentre essas o tabaco e o álcool, como as ilícitas, como a cocaína, heroína, crack, solventes, ecstasy (metilenedioximetanfetamina), tornaram-se um sério problema de saúde pública e de difícil solução devido à natureza complexa e multifatorial que envolve o consumo destas substâncias⁵.

Dentre os agravos gerados em decorrência do uso destas drogas, observa-se a instalação da doença periodontal, por ser uma doença crônica, progressiva e multifatorial que envolve microorganismos, fatores genéticos, ambientais e a resposta do hospedeiro⁶. Entre os fatores de risco associados à maior prevalência deste agravo estão a idade avançada, sexo masculino, presença de biofilme dental e o tabagismo⁷.

Vários estudos demonstram o poder de destruição acarretado pelo consumo do tabaco na forma de cigarro de papel aos tecidos de suporte dos dentes⁸. Interferindo nos fatores etiológicos, imunológicos e fisiológicos, não apresentando efeito no nível de acúmulo de placa⁹. Outros estudos sugerem uma possível ligação

das drogas ilícitas com a doença periodontal, pois estas também são fumadas e entram em contato direto com a gengiva e o periodonto assim como o tabaco^{10,11}.

Considerando que na literatura científica existe uma lacuna de conhecimento em relação aos impactos que as drogas podem causar junto aos tecidos periodontais dos usuários, em especial os que fazem uso de substâncias químicas ilícitas, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a prevalência e severidade da doença periodontal em usuários de drogas institucionalizados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, descritivo, realizado com usuários de drogas lícitas e ilícitas institucionalizados em centros de recuperação existentes no interior do Estado da Bahia. O presente estudo seguiu os princípios éticos contidos Resolução nº 466/12 do CNS. Os protocolos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Parecer nº 404.926/2013 - CEP/UESB).

A amostra foi de conveniência, tendo participado do estudo 61 indivíduos adultos, do sexo masculino, com idade entre 18 e 62 anos, que se encontravam institucionalizados e aceitaram o convite para participarem do referido estudo.

A coleta dos dados foi realizada junto aos usuários de drogas lícitas e ilícitas institucionalizados nos seis centros de recuperação existentes nas cidades de Brejões, Barra do Choça, Vitória da Conquista e Jequié, situadas na região sudoeste do estado da Bahia.

Inicialmente, os usuários de drogas lícitas e ilícitas institucionalizados foram encaminhados a uma sala na qual os pesquisadores explicaram os objetivos da pesquisa e apresentaram os métodos que seriam utilizados durante a coleta dos dados. Identificados os que atendiam aos critérios de inclusão do estudo, estes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Depois responderam um formulário para obtenção dos dados sociodemográficos, das noções de saúde geral, higiene bucal e do uso de drogas. Em seguida, foram realizados os exames bucais.

Adotou-se como critérios de exclusão os indivíduos que, durante a coleta de dados, apresentavam doenças sistêmicas, ausência de todos os dentes índices

utilizados na avaliação periodontal e aqueles que foram submetidos a tratamento periodontal nos últimos três meses.

Um pesquisador especialista em periodontia realizou o exame clínico da cavidade bucal, esse ocorreu em um ambiente com iluminação natural adequada, estando os participantes sentados com a cabeça apoiada em uma parede. Para realizar os exames, utilizou-se sonda periodontal modelo 621 da OMS, espelho odontológico plano nº4, espátula de madeira e gaze esterilizados. Para avaliar a doença periodontal, utilizaram-se os dentes índices propostos por Ramfjord¹² (1959), em que foram avaliadas as unidades 16-21-24-36-41-44, sendo os códigos e critérios utilizados os recomendados para cada um dos índices periodontais avaliados. Na ausência de qualquer dente índice, foi avaliada a unidade localizada à distal, na ausência desta, avaliou-se a unidade à mesial. Em cada dente índice foram avaliados seis sítios (mésio-vestibular, médio-vestibular, disto-vestibular e mésio-lingual/palatino, médio-lingual/palatino e disto-lingual/palatino). Os parâmetros clínicos avaliados foram: sangramento à sondagem (SS), profundidade de sondagem (PS), nível de inserção clínica (NIC)¹³, índice de placa (IP)¹⁴ e índice gengival¹⁵.

Todos os dados foram registrados em fichas individuais por um auxiliar devidamente treinado. Para fins estatísticos, a população foi dividida em dois grupos por faixa etária: o grupo 1 com idade variando entre 18-34 anos e o grupo 2 com idade entre 35-62 anos. Para análise dos dados, considerou-se o indivíduo para as variáveis sociodemográficas e o sítio para as variáveis periodontais. Considerou-se portador da doença periodontal o participante que apresentasse pelo menos um sítio com Profundidade de Sondagem e Nível de Inserção Clínica maior ou igual a 4mm, seguindo o critério adotado pela Academia Americana de Periodontia¹⁶(2000).

RESULTADOS

Neste estudo, foram avaliados 61 indivíduos em seis centros de tratamento para dependentes de drogas lícitas e ilícitas, localizados em municípios do interior do Estado da Bahia. Todos os participantes avaliados são do sexo masculino, visto que estas instituições eram específicas para homens.

A idade dos indivíduos variou entre 18 e 62 anos, idade média de 34,2 anos (Dp± 9,9). Destes indivíduos 36 (59,0%) apresentavam idade de 18 a 34 anos,

sendo a média de 27.6 anos ($Dp\pm 5.0$), e 25 (41,0%) com idade entre 35 a 62 anos, a média da idade de 43.6 anos ($Dp\pm 7.3$).

Quanto ao grau de escolaridade dos usuários institucionalizados, verificou-se que 2 (3,3%) eram analfabetos, 34 (55,7%) tinham o ensino fundamental incompleto, 09 (14,8%) ensino fundamental completo, 07 (11,5%) ensino médio incompleto, 05 (8,2%) ensino médio completo e 04 (6,6%) superior incompleto.

Na tabela 1, estão os dados referentes às condições socioeconômicas e de consumo de drogas da população estudada.

Conforme observado na Tabela 1, entre os usuários de drogas em tratamento prevaleceram os solteiros (67,2%), os que realizam higiene oral (98,3%), e aqueles que não fazem uso do fio dental (77,6%) e que já realizaram algum tratamento odontológico (62,5%).

Ao avaliar o consumo de drogas lícitas e ilícitas entre os usuários em tratamento, verificou-se que 43 (72,9%) faziam uso de maconha, em média, há 11,7 anos ($Dp\pm 8.2$), 33 (56,9%) de crack, em média, há 8,1 anos ($Dp\pm 4.3$), 55 (93,2%) de álcool, em média, há 13.5 anos ($Dp\pm 9.3$), e 44 (74,6%) de tabaco, em média, há 13.6 anos ($Dp\pm 8.8$).

Entre os entrevistados com idade de 18 a 34 anos, verificou-se que a ingestão de álcool ocorreu durante 12.8 anos ($Dp\pm 7.9$) e o consumo de tabaco, maconha e crack, respectivamente, há 10.7 anos ($Dp\pm 5.0$), 11.1 anos ($Dp\pm 5.7$) e 8.9 anos ($Dp\pm 3.9$). Enquanto nos com idade de 35 a 62 anos, a ingestão de álcool ocorreu durante 14.4 anos ($Dp\pm 11.0$) e o consumo de tabaco, maconha e crack, respectivamente, há 19.8 anos ($Dp\pm 12.0$), 12.9 anos ($Dp\pm 12.2$) e 5.9 anos ($Dp\pm 4.7$).

A Tabela 2 apresenta os valores dos parâmetros periodontais, de acordo com sítios dentais avaliados.

De acordo com a Tabela 2, quanto aos parâmetros periodontais, apenas 35,9% dos sítios avaliados apresentaram sangramento à sondagem, 28,4% placa visível na superfície dental, 4,6% profundidade de sondagem maior que 3mm, 11,4% com nível de inserção clínica maior que 3mm, 64,9% com índice gengival maior que 0 e 9,6% recessão gengival.

A Tabela 3 apresenta os valores obtidos nos exames que avaliaram os índices gengival e de placa.

Conforme descrito na Tabela 3, em sítios dentais de indivíduos com idade entre 18 a 34 e 35 a 62 anos, respectivamente 1,6% e 12,7 apresentavam severa inflamação gengival, e 2,2% e 8,0% severo acúmulo de placa na superfície dental.

A Tabela 4 mostra os valores em milímetros referentes à profundidade de sondagem e o nível de inserção clínica por sítio dental avaliado.

DISCUSSÃO

Nos centros de tratamento que atendem usuários em processo de recuperação da dependência de drogas na região sudoeste do estado da Bahia, identificou-se que o consumo de droga ilícita e lícita forma as mais variadas associações. Essas drogas quando fumadas entram em contato direto com a gengiva e o periodonto, havendo evidências de possível associação dessas com a doença periodontal^{10,11}.

O contato dos jovens com as drogas lícitas e ilícitas vêm ocorrendo cada vez mais precocemente³, paralelamente a um consumo cada vez mais frequente¹⁷. Estudos revelam que nos centros de recuperação, a procura por tratamento tem sido preferencialmente de adultos jovens^{18,19}, sendo o uso das drogas associado principalmente a problemas familiares, curiosidade, rejeição social e a timidez³. Nos centros de recuperação visitados a população institucionalizada é preferencialmente de adultos jovens e o consumo também vem ocorrendo precocemente.

As drogas mais consumidas são o álcool e o tabaco, devido o baixo custo e a aceitação social. O tabaco é geralmente a primeira droga lícita a ser usada em idade muito precoce, ainda na adolescência, seguida pelo álcool²⁰. Estas substâncias são aceitas pelas sociedades, o que estimula o consumo¹⁸. Neste estudo, 90,2% dos indivíduos avaliados relataram fazer uso de álcool, 72,1% tabaco, 70,5% maconha e 41,0% crack. Enquanto em Campo Largo e Curitiba-PR 90,9% consomem tabaco, 84,5% álcool¹⁸, e em duas cidades do interior do estado de São Paulo, 95% consomem álcool, 85% cigarro, 48% maconha e 40% cocaína/crack²¹.

Há evidências na literatura^{1,18} que indivíduos do sexo masculino são mais susceptíveis a um maior envolvimento com drogas ilícitas. Este fato justificaria em parte a presença na região onde foi realizado este estudo somente de centros de recuperação que atendam indivíduos do sexo masculino. O único centro que acolhia o público feminino foi fechado.

Alguns estudos identificaram que a higiene bucal de indivíduos em tratamento contra as drogas é deficiente^{19,22,23}, levando a um comprometimento da saúde bucal, que se dá devido ao descaso com o cuidado pessoal^{19,24,25}.

Em nosso estudo, identificou-se que 73,8% dos usuários em tratamento não fazem uso de fio dental, enquanto em estudo realizado em Bauru-SP este valor chega a 69,6%¹⁹. A deficiente higiene bucal dos indivíduos institucionalizados em tratamento pode ser fruto do desconhecimento da técnica correta de escovação ou mesmo por limitação psíquica e motora, provavelmente, gerada pelo consumo das drogas¹.

O baixo nível de escolaridade é algo comum na população de dependentes químicos^{1,19,21}. Nesta pesquisa, 55,7% dos dependentes possuíam até o ensino fundamental incompleto. A baixa escolaridade pode contribuir com a persistência ao abuso de drogas e colaborar para que o dependente químico não busque assistência curativa médica e odontológica quando necessário, ou por prevenção, revelando que este grupo não tem preocupação com os cuidados pessoais²¹.

Entre as complicações odontológicas específicas do uso de drogas, destacam-se os distúrbios periodontais de rápida evolução, que podem estar relacionados à negligência com a higiene pessoal^{26,27}. As doenças periodontais estão entre as principais responsáveis por desconforto e perda de dentes²⁸.

Um dos indicadores clínicos da doença periodontal é o sangramento a sondagem, o qual está relacionado à negligência com a higiene pessoal. Neste estudo, apenas 35,3% dos sítios dentais avaliados apresentaram sangramento, resultado bastante inferior ao encontrado por Albiniet al¹⁸ (2015), que identificou sangramento em 82,7% dos sítios dentais avaliados. Essa possível discrepância pode ter ligação com uma melhora na higiene após início do tratamento, refletido também no baixo percentual de placa encontrado na população de usuários de drogas em tratamento na região sudoeste da Bahia.

Outro fator que pode ter relação com esse baixo percentual de sangramento à sondagem é o consumo do tabaco por grande parcela da população estudada (72,1%). O consumo desta substância pode apresentar efeito modulador sobre os sinais clínicos da inflamação gengival²⁹ a ocorrência de sangramento gengival é reduzida em fumantes devido uma vasoconstrição causada pela ação direta da nicotina na microcirculação do tecido gengival²⁹.

Ao avaliar o índice de placa, verificou-se que 24% dos indivíduos avaliados apresentavam placa visível, sendo ela de 25,8% nos indivíduos com idade entre 18 a 34 anos e de 33,5% naqueles com idade de 35 a 62 anos. Diferentemente de outros estudos, a população estudada em sua maioria não apresentou placa visível no momento do exame bucal, enquanto em estudo realizado por Albiniet al.¹⁸ (2015) a prevalência de placa visível foi 92,5%. Vale destacar que durante a coleta de dados, identificou-se que 98,3% informaram que realizavam a higiene oral e 72,9% realizavam este procedimento ao menos 3 vezes ao dia.

A análise do índice gengival evidenciou que dos sítios dentais examinados 63% apresentavam inflamação gengival de leve a severa. Resultados divergentes foram encontrados em estudos realizados em duas cidades do estado do Paraná¹⁸, onde 94% dos sítios apresentavam inflamação gengival também de leve a severa.

Outros parâmetros clínicos indicados para o diagnóstico da doença periodontal são a perda da inserção clínica e a profundidade de sondagem. Entre os indivíduos institucionalizados na região sudoeste da Bahia, dos sítios avaliados 78,7% apresentavam ao menos um sítio com profundidade de sondagem maior ou igual a 4mm. Em um estudo de base populacional, realizado em uma comunidade negra de Contagem-MG, foram avaliados os fumantes e não fumantes, a prevalência da perda de Inserção clínica maior ou igual a 4mm foi de 63,5%, sendo em fumantes de 85,7% e em não fumantes de 57,3%³⁰, evidenciando assim uma pior condição periodontal entre fumantes. Fortalecendo a evidencia de possível associação do uso de drogas com uma pior condição periodontal.

CONCLUSÃO

Na população estuda quando avaliados os parâmetros clínicos da doença periodontal, identificou-se que entre os sítios dentais avaliados as prevalências dos índices sangramento à sondagem e placa bacteriana visível foram baixos. O índice gengival evidenciou uma alta prevalência de inflamação gengival. A doença periodontal, acometeu um percentual elevado dos indivíduos avaliados, sendo a moderada a mais prevalente entre os indivíduos acometidos pela doença. Medidas de promoção da saúde devem ser adotadas junto a estes indivíduos visando reduzir o impacto das drogas sobre a saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. Costa SKP, Godoy GP, Gomes DQ, Pereira JV, Lins RDAU. Fatores sociodemográficos e condições de saúde bucal em drogadependentes. *Pesquisa Brasileira em Odontologia Pediátrica e Clínica Integrada*, João Pessoa, 2011;11(1):99-104.
2. Araújo MR, Grégio AMT, Azevedo LR, Machado MAN, Mattioli T, Castro LFI. Reações adversas medicamentosas de interesse odontológico. *Rev. Odontol. Araçatuba*;2005; 26(2):28-33.
3. Pedreira RHS, Remencius L, Navarro MFL, Tomita NE. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1999; 13(4):395-399.
4. Di Cugno F, Perek CJ, Toccci AA. Salivary secretion and dental caries experience in drug addicts. *Arch Oral Biol*. 1981; 26(5): 363-367.
5. Nestler EJ. Epigenetic Mechanisms of Drug Addiction. *Neuropharmacology*. 2014;76(00):10.1016.
6. Almeida AF, Mussi FC. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. *Rev. esc. enferm. USP* . 2006;40(4):456-463.
7. Raghianti MS, Greggi SLA, Lauris JRP, Sant'Ana ACP, Passanezi E. Influence of age, sex, plaque and smoking on periodontal conditions in a population from Bauru, Brazil. *J. Appl. Oral Sci*. 2004;12(4):273-279.
8. Johnson GK, Hill M. Cigarette smoking and the periodontal patient. *J Periodontol*. 2004;75(2):196-209.
9. Carranza FA, Camargo PM, Takei HH. Perda Óssea e Padrão de Destrução Óssea. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. *Carranza Periodontia Clínica*. 11a ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2011. Cap.14. P.144-154.
10. Thomson WM, Poulton R, Broadbent, JM, Moffitt, TE, Caspi, A, Beck JD, Hancox RJ. Cannabis Smoking and Periodontal Disease Among Young Adults. *JAMA*: The Journal of the American Medical Association. 2008; 299(5):525–531.
11. López R, Baelum V. Cannabis use and destructive periodontal diseases among adolescents. *J Clin Periodontol*. 2009; 36 (3): 185-9. doi: 10.1111/j.1600-051X.2008.01364.x.

12. Ramfjord SP. Índices for prevalence and incidence of periodontal disease. *J Periodontol*. January 1959;30(1):51-59 , DOI 10.1902/jop.1959.30.1.51.
13. Lindhe J, Lang NP, Karring T. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
14. Silness J, Løe H. Periodontal disease in pregnancy II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand*. 1964;22:121-35.
15. Løe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy I. Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand*, 1963;21:533-51
16. American Academy of Periodontology. Parameters of care. *Journal of Periodontology*, Chicago. 2000; 71(5):847-883, doi:10.1902/jop.2000.71.5-S.i.
17. Colodel EV, Silva ELFM, Zielak JC, Zaitter W, Crosato EM, Pizzatto E. Alterações bucais presentes em dependentes químicos. *Rev Sul-Brasileira de Odontologia*. 2008; 6: 44-8.
18. Albini MB, Couto ACF, Invernici MM, Martins MC, Lima AAS, Gabardo MCL et al .Sociodemographic profile and oral condition of drug users in two municipalities of the State of Paraná, Brazil. *Rev. odontol. UNESP* .2015; 44(4): 244-249.
19. Ribeiro EDP, Oliveira JA, Zambolin AP, Lauris JRP, Tomita NE. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. *Pesq. Odontol. Bras*. 2002;16(3):239-245.
20. Brasil. Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD. Gabinete de segurança institucional. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. Supervisão: Carlini EA; Coordenação: Galduróz JCF. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2006.
21. Alves DM, Nai GA, Parizi JLS. Avaliação da ação do uso de drogas na saúde bucal de dependentes químicos. *Colloquium Vitae*. 2013;5(1):40-58. DOI: 10.5747/cv.2013.v005.n1.v074.
22. Carter EF. Dental implications of narcotic addiction. *Aust Dent J*. 1978;23(4):308-10.
23. Friedlander AH, Mills MJ. The dental management of the drug-dependent patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1985; 60 (5): 489-92.
24. Robinson PG, Acquah S, Gibson B. Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. *Br Dent J*. 2005; 198, 219 - 224 | doi:10.1038/sj.bdj.4812090.

25. Mateos-Moreno MV, Del-Río-Highsmith J, Riobóo-García R, Solá-Ruiz MF, Celemín-Viñuela A. Dental profile of a community of recovering drug addicts: Biomedical aspects. Retrospective cohort study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(4):671-679. doi:10.4317/medoral.18669.
26. Péret ACA, Bonato, KB. A participação do dentista na equipe multidisciplinar para o tratamento do paciente alcoolista. *Arq Bras Odontol*. 2008;4(2):70 – 75.
27. Gupta T, Shah N, Mathur VP, Dhawan A: Oral health status of a group of drug users in Delhi, India. *Community Dent Health*. 2012;29(1):49-54.
28. Piassi E de O, Lara PA, Fonseca DC, Fagundes VV. O fumo como fator modificador da doença periodontal. *Rev Int Periodontia Clin*. 2005; 2(5):67-73.
29. Bergstrom J. Oral hygiene compliance and gingivitis expression in cigarette smokers. *Scand J Dent Res*. 1990;98(6):497-503.
30. Kato Segundo T, Ferreira EF, Costa JE. A doença periodontal na comunidade negra dos Arturos, Contagem, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2004; 20(2):596-603.

Tabela 1. Caracterização do estado civil, hábitos de higiene oral, acesso ao tratamento odontológico e ao consumo de drogas lícitas e ilícitas dos indivíduos em recuperação. Jequié-BA, 2015.

Variáveis e categorias	Grupo etário					
	18 a 34 anos		35 a 62 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estado civil (n=61)						
Solteiro	29	80,6	12	48,0	41	67,2
Casado	4	11,1	11	44,0	15	24,6
Outros	3	8,3	2	8,0	5	8,2
Escova os dentes (n=59)						
Sim	34	100,0	24	96,0	58	98,3
Não	-	-	01	4,0	1	1,7
Numero vezes escova (n=59)						
1 a 2 vezes	6	17,6	10	40,0	16	27,1
3 ou mais	28	82,4	15	60,0	43	72,9
Uso de fio dental (n=58)						
Sim	9	27,3	4	16,0	13	22,4
Não	24	72,7	21	84,0	45	77,6
Gosto metálico na boca (n=59)						
Sim	15	42,9	8	33,3	23	39,0
Não	20	57,1	16	66,7	36	61,0
Sente os dentes moles (n=60)						
Sim	7	20,0	8	32,0	15	25,0
Não	28	80,0	17	68,0	45	75,0
Foi ao dentista (n=56)						
Sim	17	54,8	18	72,0	35	62,5
Não	14	45,2	7	28,0	21	37,5
Consumo de maconha (n=59)						
Sim	30	85,7	13	54,2	43	72,9
Não	5	14,3	11	45,8	16	27,1
Consumo de crack (n=58)						
Sim	24	70,6	9	37,5	33	56,9
Não	10	29,4	15	62,5	25	43,1
Consumo de álcool (n=59)						
Sim	30	88,2	25	100,0	55	93,2
Não	4	11,8	-	-	4	6,8
Consumo de tabaco (n=59)						
Sim	28	82,4	16	64,0	44	74,6
Não	6	17,6	9	36,0	15	25,4

Tabela 2. Valores numéricos e percentuais dos Índices de placa, Sangramento a Sondagem, Profundidade de Sondagem, Nível de Inserção Clínica, Índice Gengival e Recessão gengival, segundo a faixa etária. Jequié-BA, 2015.

Variáveis/categorias	Grupo Etário					
	18 a 34		35 a 62		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sangramento						
Ausência	833	68,1	371	58,3	1204	64,7
Presença	391	31,9	265	41,7	656	35,3
Placa Bacteriana						
Ausência	908	74,2	423	66,5	1331	71,6
Presença	316	25,8	213	33,5	529	28,4
Profundidade Sondagem						
Sem alteração	1175	96,0	600	94,3	1775	95,4
Com alteração	49	4,0	36	5,7	85	4,6
Nível de inserção clínica						
Sem alteração (≤ 3)	1152	94,1	496	78,0	1648	88,6
Com alteração (≥ 4)	72	5,9	140	22,0	212	11,4
Índice Gengival						
Sadio	424	34,6	228	35,8	652	35,1
Doente	800	65,4	408	64,2	1208	64,9
Recessão Gengival						
Ausência	1191	97,3	491	77,2	1682	90,4
Presença	33	2,7	145	22,8	178	9,6

Tabela 3. Valores numéricos e percentuais de sítios dentais avaliados pelos Índices Gengival e de Placa, segundo a faixa etária. Jequié-BA, 2015.

Severidade	Índice gengival				Índice de placa			
	18 a 34 anos		35 a 62 anos		18 a 34 anos		35 a 62 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grau 0	424	34,6	228	35,8	908	74,2	423	66,5
Grau 1	612	50,0	222	34,9	217	17,7	113	17,8
Grau 2	168	13,7	105	16,5	72	5,9	49	7,7
Grau 3	20	1,6	81	12,7	27	2,2	51	8,0
Total	1224	65,8	636	34,2	1224	65,8	636	34,2

Tabela 4. Valores numéricos e percentuais da classificação por sítio, segundo os índices nível de inserção clínica e profundidade de sondagem, por faixa etária. Jequié-BA, 2015.

Severidade	Profundidade de sondagem				Nível de inserção clínica			
	18 a 34 anos		35 a 62 anos		18 a 34 anos		35 a 62 anos	
	n	%	n	%	n	%	N	%
1 a 3 mm	1175	96,0	600	94,3	1042	89,7	606	86,8
4 a 6 mm	47	3,8	27	4,2	97	8,3	78	11,2
≥ 7 mm	2	0,2	9	1,4	23	2,0	14	2,0

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos foi possível concluir que os usuários de drogas lícitas e ilícitas institucionalizados em centros de recuperação na região sudoeste do estado da Bahia apresentam alta prevalência da doença cárie. Ao analisar a condição dental identificamos que prevaleceram os dentes perdidos, seguido de cariados e restaurados. Entre as necessidades de tratamento odontológico destaca-se a restauração do elemento dental.

Quando avaliados os parâmetros clínicos da doença periodontal, identificou-se que entre os sítios dentais avaliados a prevalência dos índices sangramento à sondagem e placa bacteriana visível foram baixos. O índice gengival evidenciou uma alta prevalência de inflamação gengival. A doença periodontal, acometeu um percentual elevado dos indivíduos avaliados, sendo a moderada a mais prevalente entre os indivíduos acometidos pela doença. Medidas de promoção da saúde devem ser adotadas junto a estes indivíduos visando reduzir o impacto das drogas sobre a saúde bucal.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Parameters of care. **Journal of Periodontology**, Chicago, v. 71, n. 5, p. 847-883, May 2000. (supplement)

ALBANDAR, J. M.; RAMS, T. E. Global epidemiology of periodontal diseases: an overview. **Periodontology2000**, Copenhagen, v.29, p.7-10, June 2002.

ALBINI, M. B. **Condição periodontal de usuários de drogas**. 2013. 62f. Dissertação. (Mestrado em Odontologia) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

ALMEIDA, A. F.; MUSSI, F. C. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.456-63, 2006.

ALVES, D. M.; NAI, G. A.; PARIZI, J. L.S. Avaliação da ação do uso de drogas na saúde bucal de dependentes químicos. **Colloquium Vitae**, v.5, n.1. p.40-58, 2013.

ANDRADE, T. M; ESPINHEIRA, C. G. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. CETAD Observa: Observatório baiano sobre substâncias psicoativas. Salvador: CETAD, 2010. Disponível em: <<http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra503>>. Acesso em: 15 set. 2015.

ANTONIAZZI, R. P. et al. Effects of crack cocaine in oral conditions: literature review. **Braz. J. Periodontol.**, v.23, n.1, p.13-18, 2013.

ARAÚJO, M. R. et al. Reações adversas medicamentosas de interesse odontológico. **Revista de Odontologia**, Araçatuba, v.26, n.2, p.28-33, 2005.

BAINS, M. K.; HOSSEINI-ARDEHALI, M. Palatal perforations: past and present. Two case reports and a literature review. **British Dent. J.**, v.199, p.267-269. 2005.

BARBADORO, P.; LUCREZI, D.; PROSPERO, E.; ANNINO, I. Improvement of knowledge, attitude, and behavior about oral health in a population of alcohol addicted persons. **AlcoholAlcohol**, v.43, n.3, p.347-350, 2008.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Cuiabá, v.8, p.144-149, 2006.

BASTOS, J. L. et al. Periodontal outcomes and social, racial and gender inequalities in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2008. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, Suppl. 2, p.141-153, 2011.

BAUS, J.; KUPEK, E.; PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, p. 40-46, 2002.

BERNARDES, V. de S.; FERRES, M. de O.; LOPES JÚNIOR, W. **O tabagismo e as doenças periodontais**. Faculdade de Odontologia de Lins – FOL/ UNIMEP, Lins, v.23, n.1, p. 37-45, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15600/2238-1236/fol.v23n1p37-45>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

BEZMALINOVIC, Z.; GONZALEZ, M.; FARR, C. Oropharyngeal injury possibly due to free-base cocaine. **N. Engl. J. Med.**, v.319, p.1420-1421, Nov. 1988.

BLANKSMA, C. J.; BRAND, H. S. Cocaine abuse: orofacial manifestations and implications for dental treatment. **Int. Dent. J.**, London, v.55, p.365-369, 2005.

BOEIRAS, S. L. **Atrás da cortina de fumaça: tabaco, tabagismo e o meio ambiente: estratégias da indústria e o dilema da crítica**. Itajaí: Univali, 2002.

BOSTROM, L. et al. Smoking and subgingivalmicroflora in periodontal disease. **J. Clin. Periodontol.**,v.28, n.3, p. 212-219, Mar. 2001.

BRAND, H. S., GONGGRIJP, S.; BLANKSMA, C. J. Cocaine and oral health. **British. Int.Dent J.**, London, v.204, p.365-369, 2008.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Falando sobre o tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentacao_SB2010.pdf>. Acesso em: 3 out. 2015.

BROWN R.S., JOHNSON C.D. Corrosion of dental gold restorations from inhalationof “crack” cocaine. **General Dentistry**, p.242-246, 1994.

CALATAYUD, J.; GONZÁLEZ, A. History of the development and evolution of local anesthesia since the coca leaf. **Anesthesiology**, v.98, n.6, p.1503-1508, 2003.

CAPTZAN, R. B. **Avaliação de saúde bucal e condição socioeconômica em usuários de substâncias químicas ilícitas**. Trabalho de Conclusão de curso, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CARRANZA JÚNIOR, F. A. **Glickman periodontia clínica**. Trad. André M. Rodrigues. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

CARRANZA, F. A.; CAMARGO, P. M.; TAKEI, H. H. Perda óssea e padrões de destruição óssea. In: NEWMAN, M. G. et al. **Periodontia Clínica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CASALE, J. F.; KLEIN.R.F. X. Illicit production of cocaine. **Forensic Science Review**, v.5, p. 95-107, 1993.

CHASIN, A. A. M.; SALVADORI, M. C. Estimulantes do sistema nervoso central. In: OGA, S. **Fundamentos de toxicologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

CIESIELSKI, F. **Aspectos psicossociais e condições bucais em dependentes químicos internados para desintoxicação**. 2013. 190f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2013.

COLODEL E. V. et al. Alterações bucais presentes em dependentes químicos. **Revista Sul Brasileira de Odontologia**, Joinville, v.6, p.44-48, 2008.

COOK, J. A. Associations between use of crack cocaine and HIV-1 disease progression: research findings and implications for mother-to-infant transmission. **Life Sciences**, v.88, p.931-939, 2011.

COSTA LEITE, M.; ANDRADE, A. G. **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

COSTA, P. S. K. et al. Fatores sociodemográficos e condições de saúde bucal em droga-dependentes. **Pesquisa Brasileira em Odontopediátrica Clínica Integrada**, João Pessoa, v.11, n.1, p.99-104, 2011.

CREGLER, L.; MARK, H. Medical complications of cocaine abuse. **N. Engl. J. Med.**, v.315, p.1495-1500, 1986.

CURY, P. R. et al. Medicina periodontal: fatores sistêmicos de risco para doenças periodontais. **Revista da APCD**, v.57, n.2, mar./abr. 2003.

DARBY, I. B. et al. Microbial comparison of smoker and non-smoker adult and earlyonsetperiodontitis patients by polymerase chain reaction. **J. Clin. Periodontol.**, v.27, n.6, p.417-24, Jun. 2000.

DASANAYAKE, A. P. et al. Tooth Decay in alcohol abusers compared to alcohol and drug abusers. **International Journal of Dentistry**, n.1, p.1-6, 2010.

DAVOGLIO, R. S.; ABBEG, C. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.655-667, mar. 2009.

DEUSTCH, D. G.; CHIN, S. A. Enzymatic synthesis and degradation of anandamide, a cannabinoid receptor agonist. **Biochemical Pharmacology**, v.46, p.791-796, 1993.

DI CUGNO, F. et al. Salivary secretion and dental caries experience in drug addicts. **Arch. Oral Biol.**, v.26, n. 5, 1981.

DRISCOLL, S. E. A pattern of erosive carious lesions from cocaine use. **J. Mass Dent. Soc.**, v.52, n.3, p.12-14, 2003.

EGGERT, F. M.; MCLEOD, M. H.; FLOWERDEW, G. Effects of smoking and treatment status on periodontal bacteria: evidence that smoking influences control of periodontal bacteria at the mucosal surface of the gingival crevice. **J. Periodontol.**,v.72, n.9, p.1210-20, Sep. 2001.

FRIEDLANDER, A. H. et al. Alcohol abuse and dependence: psychopathology, medical management and dental implications. **J. Am Dent Assoc.**, v.134, n.6, p.731-740, 2003.

FRIEDLANDER, A. H.; MILLS, M. J. The dental management of the drug-dependent patient. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v.60, n.5, p.489-492, Nov. 1985.

GAHLINGER, P. M. *Illegal drugs: a complete guide to their history, chemistry, use and abuse.* **Sagebrush Press**, 2001.

GAMAL, A. Y.; BAYOMY, M. M. Effect of cigarette smoking on human PDL fibroblasts attachment to periodontally involved root surfaces invitro. **J ClinPeriodontol**, v. 29, n. 8, p.763-770, Aug. 2002.

GENCO, R. J. et al. **Periodontia, Medicina, Cirurgia e Implantantes.** São Paulo: Santos, 2007.

GLAUSER, J., QUEEN JR. An overview of non-cardiac cocaine toxicity. **J. Med.**, v.32, n.2, p.181-186, 2007.

GLAZ-SANDBERG, A. Pharmacokinetics of 11-nor-9 - Carboxy-D9-Tetrahydrocannabinol (CTHC) After Intravenous Administration of CTHC in Healthy Human Subjects. **Clinical Pharmacology Therapeutics**, v.82, p.63-69, 2007.

GRIPPO, J.O; SIMRING, M.; SCHEIREINER, S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited: a new perspective on tooth surface lesions. **JADA**, v.135, p.1109-1118, 2004.

GUPTA, T. et al. Oral health status of a group of illicit drug users in Delhi, India. **Community Dent Health**, v.29, n.1, p.49-54, 2012.

HAFFAJEE, A. D.; SOCRANSKY, S. S. Relationship of cigarette smoking to the subgingival microbiota. **J. Clin. Periodontol**, Copenhagen, v.28, n.5, p. 377-88, May, 2001.

HEEMANN, F. **O cultivo do fumo e condições de saúde e segurança dos trabalhadores rurais.** 2009. Dissertação (Mestrado em Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/22063>>. Acesso em: 31 jan. 2012.

HERCULIANI, P. P. **Efeitos da inalação crônica de cocaína “crack” no aparelho respiratório de camundongos.** 2007. 102f. Tese (Doutorado em Patologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

HONÓRIO, K. M; ARROIO, A; SILVA, A. B. F. Aspectos terapêuticos de compostos da planta *Cannabis Sativa*. **Química nova**, v.29, n. 2, p.318-25, 2006.

HORSTTER, G. et al. Differences in dental treatment plan and planning for drug-addicted and non-drug-addicted patients. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v.24, n.2, p.120-123, 1996.

HUMENIUK L.K. POZNYAK O.G. Diretrizes para cessação do álcool . Revista Brasileiro de Pneumologia. 2004.

INVERNICI, M. de M. **Avaliação periodontal em usuários de crack**. 2012. 61f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

JOHANSSON, A. K.; LINGSTROM, P.; BIRKHED, D. Comparison of factors potentially related to the occurrence of dental erosion in high and low erosion groups. **Eur. J. Oral Sci.**, v.110, p.204-211, 2002.

JOHNSON, D.; HEARN, A.; BARKER, D. A pilot survey of dental health in a group of drug and alcohol abusers. **Eur. J. Prosthodont Restor Dent.**, v.16, n.4, p.181-184, 2008.

JOHNSON, G. K.; HILL, M. Cigarette smoking and the periodontal patient. **J. Periodontol.**, v.75, n.2, p.196-209, Feb. 2004.

JOHNSON, G. K.; SLACH, N. A. Impact of tobacco use on periodontal status. **J. Dent. Educ.**, v.65, n. 4, p.313, Apr. 2001.

JUNQUEIRA, S.R. et al . Saúde bucal e uso dos serviços odontológicos em função do Índice de Necessidades em Saúde: São Paulo, 2008. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.1015-1024, 2012.

KALANT, H. Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, v.28, p.849-863, 2004.

KAPILA, Y.L.; KASHANI, H. Cocaine-associated rapid gingival recession and dental erosion. A case report. **J. Periodontol**, v.68, p.485-488, 1997.

KARCH S.B. Cocaine: history, use, abuse. **J. R. Soc. Med.**, v. 92, p.393-397, 1999.

KRASSE B. Exame da saliva. In: _____. **Risco de cáries**: guia prático para controle e assessoramento. São Paulo: Quintessence, 1988.

LASLETT, A. M; DIETZE, P.; DWYER, R. The oral health of street-recruited injecting drug users: prevalence and correlates of problems. **Addiction**.v.103, n.11, p.1821-1825, 2008.

LEE, C. Y.; MOHAMMADI, H.; DIXON, R. A. Medical and dental implications of cocaine abuse. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v.49, n.3, p. 290- 293, Mar. 1991.

LÍBER, C. S. Herman award lecture: a personal perspective on alcohol, nutrition and the liver. **J. Am. Clin. Nutr.**v.58, p.430-442, 1993.

LIE, M. A. et al. Oral microbiota in smokers and non-smokers in natural and experimentally-induced gingivitis. **J. Clin. Periodontol.**, v.25, n.8, p. 677-686, Aug. 1998.

LIMA, A. A. S. et al. Cytopathological changes in oral epithelium induced by crack cocaine smoking. **Pharmacologyonline**, v.1, p. 31-40, 2007.

LINDHE J.; LANG, N.P.; KARRING, T. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LITONJUA L. A. et al. Tooth wear:attrition, erosion, abrasion.**Quintessence Int.**, v.34, n.6, p.435-446, 2003.

LÖE, H.; SILNESS, J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and Severity. **ActaOdontolScand**, v.21, p.533-51, Dec. 1963.

LOESCHE, W. J.; GROSSMAN, N. S. Periodontal disease as a specific, albeit chronic, infection: diagnosis and treatment. **Clin.Microbiol Rev.**, v.14, n.4, p.727-52, table of contents, Oct. 2001.

LOPES, C. F. B. et al. Concomitant consumption of marijuana, alcohol and tobacco in oral squamous cell carcinoma development and progression: Recent advances and challenges.**Archives of oral biology**, p.1026 –1033, 2012.

LÓPEZ, R.; BAELUM, V. Cannabis use and destructive periodontal diseases among adolescents.**J. Clin. Periodontol.**, v.36, p.185-189, 2009.

LOURO, P. M. et al. Doença Periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. **J. Pediatr**, Saint Louis, v.77, n.1, p. 23-28, 2001.

MACHADO, G. S. Consultoria Legislativa. **Crack**. Brasília: Câmara dos Deputados, maio de 2011. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/areas-da-conle/tema19/2011_2019.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MACHADO, A. R.; MIRANDA,P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública, História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n.3,p.801-821, 2007.

MACRAE, E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. 2003. Disponível em: <www.google.com.br>. Acesso em: 2 abr. 2014.

MARCUCCI, G. **Fundamentos de Odontologia – Estomatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MITCHELL-LEWIS, D. A. et al. Identifying oral lesions associated with crack cocaine use. **J. AmDentAssoc**, v.125, n.8, p.1104-1108, Aug. 1994.

MORENO, R. S; VENTURA, R. N; BRÊTAS, E. M. Ambiente familiar e o consumo de álcool e tabaco entre adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.27, n. 4, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822009000400002&script=sci_arttext>. Acessoem: 23 fev. 2010.

MORIO, K. A. et al. Comparing diet, oral hygiene and caries status of adult methamphetamine users and nonusers: a pilotstudy. **J. Am. Dent. Assoc.**, vol.139, n. 2, p.171-6, 2008.

MOTTA, R. H. L. et al. Tratamento odontológico de pacientes usuários de drogas.**jornal brasileiro de clínica odontológica integrada & saúde bucal coletiva: JBC**,v.8, n.47, p.430-438, 2004.

OFFENBACHER, S. Periodontal diseases: pathogenesis. **Ann Periodontol**, v.1, n.1, p.821-878, Nov. 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal. Manual de Instruções; 1997.

PALMER, R. M. et al. Mechanisms of action of environmental factors – tobacco smoking, **J. Clin. Periodontol**, v.32, suppl 6, p.180-95, 2005.

PAPAPANOU, P. N. Periodontol diseases: epidemiology. **Ann Periodontol**, v.1, p.1-36, 1996.

PARRY, J. et al. Mucosal lesions due to oral cocaine use. **Br. Dent. J.**, v.180, n.12, p. 462-464, Jun. 1996.

PEDREIRA, R. H. D. S. et al. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. **Revista de Odontologia**, São Paulo, Universidade de São Paulo, v.13, n.4, p. 395-399, out./dez. 1999.

PEDRINI, R. D.; FRANÇA, F. Z.; KREIRGER, M. R.O. Índice de salivção correlacionado à idade e à presença de patologias sistêmicas em idosos frequentadores do Centro de Convivência do Idoso, no município de Itajaí-SC.**Revista de Odontologia da Unesp**, Araraquara, v.38, n.1, p.53-58, 2009.

PEREIRA, M. A. T. **Uso de substâncias psicoativas e condições de saúde bucal de adolescentes em conflito com a lei**. 2012. 74f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

PÉRET, A. C. A.; BONATO, K. B. A participação do dentista na equipe multidisciplinar para o tratamento do paciente alcoolista. **Revista do Arquivo Brasileiro de Odontologia**, Belo Horizonte, v.4, p.70-75, 2008.

- POLK, D.E. et al. Effects of Smoking and Genotype on the PSR Index of Periodontal Disease in Adults Aged 18–49. **Int. J. Environ.Res. Public Health**. v.9, n.1, p.2839-2850, 2012.
- PORTER, S. R.; SCULLY, C. Adverse drug reactions in the mouth. **ClinDermatol**, v.18, n.5, p.525-532, 2000.
- PUY, C. L. The role of saliva in maintaining oral health and as an aid to diagnosis. **Med. Oral Pathol Oral Cir. Bucal**, v.11, p.449-455, 2006.
- RAGGHIANI, M. S. et al. Influence of age, sex, plaque and smoking on periodontal conditions in a population from Bauru, Brazil. **J. Appl. Oral Sci.**, v.12, n.4, p.273-279, 2004.
- RAMFJORD, S. P. Índices for prevalence and incidence of periodontal disease. **J Periodontol**, v. 30, p.51-59, 1959.
- RANG, H. P. et al. **Farmacologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- RAULIN, L. A. et al. The effect of nicotine on the attachment of human fibroblasts to glass and human root surfaces in vitro. **J. Periodontol**, v.59, n.5, p.318-325, May 1988.
- REECE, S. Dental health in addiction. **Aust. Dent.J.**, v.54, n.2, p.185-186, Jun. 2009.
- REES, T. D. Oral effects of drug abuse. **Crit. Ver. Oral Biol. Med.** v.3, n.3, p.163-184, 1992.
- RIBEIRO, E.P. et al. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. **Pesquisa de Odontologia Brasileira**, v. 16, n.3, p.239-245. jul./set. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-74912002000300010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan.2014.
- RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R.; LARANJEIRA, R. et al. Abuso e Dependência da Maconha. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Rio de Janeiro, v.51, p. 241-55, 2005.
- RIEBEL, G. D. et al. The effect of nicotine on incorporation of cancellous bone graftin an animal model. **Spine (Phila Pa 1976)**,v.20, n.20, p. 2198-2202, Oct. 1995.
- ROBINSON, P. G.; ACQUAH, S.; GIBSON, B. Drug users:oral health-related attitudes and behaviours. **British Dent. J.**, v.198, p.219-224, 2005.
- ROOBAN, T. et al. Dental and oral health status in drug abusers in Chennai India: A cross-sectional study. **Journal of Oral Maxillo Facial Pathology**.v.12, n.1, 2008.

SAYAGO, C. B. W. **Características de usuários de crack internados em serviços especializados de Porto Alegre**. 2011. 95f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SBPT – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia , 2010. Disponível em: <<http://sbpt.org.br/webcast-2010/>>. Acesso em: 20 mar.2014.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SERAIDARIAN, P. I.; JACOB, M. F. Erosão dental: etiologia, prevalência e implicações clínicas. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada & Saúde Bucal Coletiva: JBC**, Belo Horizonte, v. 6, n.32, p.140-144, 2002.

SHEKARCHIZADEH, H. et al. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. **BMC Oral Health**, v.13, n.11, 2013.

SHERIDAN, J.; AGGLETON, M.; CARSON, T. Dental health and access to dental treatment: a comparison of drug users and non-drug users attending community pharmacies. **Br. Dent. J.**, v.191, n.8, p.453-457, 2001.

SILNESS, J.; LOE, H. Periodontal Disease in Pregnancy. Correlation between Oral Hygiene and Periodontal Condition. **Acta Odontol Scand**, v.22, p.121-135, Feb. 1964.

SILVA, C. A. R.; SESTELO, M. R. Composição química da fumaça do cigarro. In: VIEGAS, C. A. S. (Org.). **Tabagismo: do diagnóstico à saúde pública**. São Paulo: Atheneu, 2007.

SILVEIRA et al., Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.52, n.5, p. 349-354, 2003.

SILVERSTEIN, S. J.; NOEL, D.; HEILBRON, D. Social drug use/abuse and dental disease. **J. Calif. Dent. Assoc.**, v.6, p.32-37, 1978.

STAMFORD, T. C. M. et al. Parâmetros bioquímicos e microbiológicos e suas relações com a experiência de cárie em adolescentes sadios. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n.1, 2005.

TEIXEIRA NETO, A. **Avaliação da saúde bucal em usuários de cocaína e/ou crack em três áreas da cidade de Salvador**. 2009. 89f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade de Taubaté, São Paulo, 2009.

TERRA FILHO, M. et al. Pulmonary alterations in cocaine users. **Med. J.**, São Paulo, v.122, p.26-31, 2004.

THOMSON, W. M. et al. Cannabis Smoking and Periodontal Disease Among Young. **JAMA**, v.299, n.5, p. 525-531, Feb. 2008.

TIPTON, D. A.; DABBOUS, M. K. Effects of nicotine on proliferation and extracellular matrix production of human gingival fibroblasts in vitro. **J. Periodontol**, v. 66, n. 12, p.1056-64, Dec. 1995.

TOBACCO ATLAS, 2007. Disponível em: <<http://www.tobaccoatlas.org/secondary-topic-tax/asia/>>. Acesso em; 20 fev. 2014.

TONETTI, M. S. Cigarette smoking and periodontal diseases: etiology and management of disease. **Ann Periodontol**, v.3, n.1, p.88-101, Jul. 1998.

TORMENA JÚNIOR, C. E.; BROCANELO, R. A. A importância do tabagismo como fator de risco para a doença periodontal. In: BRUNETTI, M. C. **Periodontia médica: uma abordagem integrada**. São Paulo: Senac, 2004.

WASZKIEEWICZ et al. The effect of chronic alcohol intoxication and smoking on the put of salivary em immunoglobulin A. **Folia Histochem Cytobiol** v.50,n.4, p.605-8, 2012.

WATANABE, K. et al. Oxygenation mechanism in conversion of aldehyde to carboxylic acid catalyzed by a cytochrome P-450 isozyme. **Journal of Biological Chemistry**, v.266, p.2709-2711, 1991.

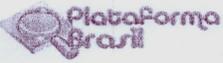
WEST, N.X.; HUGHES, J. A., ADDY, M. Erosion of dentine and enamel *in vitro* by dietary acids: the effect of temperature, acid character, concentration and exposure time. **J. Oral Rehabil**, v.27, p.875-880, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package, Geneva; 2008

WOYCEICHOSKI, I. E. et al. Cytomorphometric analysis of crack cocaine effects on the oral mucosa. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Indod.**, v.105, n.6, p.745-9, Jun. 2008.

ZEE, K. Y. Smoking and periodontal disease. **Aust. Dent. J.**, v.54, Suppl 1, p. 44-50, Sep. 2009.

Anexo A: Aprovação do CEP-UESB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB/BA		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE DEPENDENTES DE CRACK		
Pesquisador: Kleryson Martins Soares Francisco		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 19077313.5.0000.0055		
Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 405.926		
Data da Relatoria: 25/09/2013		
Apresentação do Projeto:		
<p>A Organização Mundial de Saúde define toxicofilia como um estado de intoxicação periódico ou crônico, nocivo ao indivíduo ou à sociedade, produzida pelo repetido consumo de uma droga natural ou sintética. Em pesquisa realizada por Colodel et al. (2009) foi relatado que um grupo de indivíduos dependentes químicos apresentou alterações bucais constantes, as quais não desapareceram com o fim do uso, seja qual for a substância utilizada. Segundo Pedreira et al. (1999), os principais achados bucais em pacientes que usam drogas são: xerostomia (boca seca), índice CPOD (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) elevado, redução da capacidade tampão da saliva, queilite angular (popularmente conhecida como boqueira), bruxismo (ranger ou apertar dos dentes durante o sono), perdas dentais, doença periodontal, halitose (mau hálito) e estomatites (processo inflamatório que acomete a cavidade oral e orofaringe). Os autores afirmam ainda que as contribuições trazidas pela odontologia têm possibilitado a atuação de um maior número de profissionais no tratamento especializado ao paciente toxicômano ou drogadito, que por suas características locais constitui uma nova categoria especial de paciente. Diante do que foi exposto, este projeto tem por objetivo analisar a ação local dos efeitos do crack na cavidade oral, apresentando os possíveis efeitos deletérios na saúde periodontal que podem resultar em níveis aumentados de cárie dentária e perdas dentais.</p>		
Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n		
Bairro: JEQUEZINHO CEP: 45.206-510		
UF: BA Município: JEQUIE		
Telefone: (73)3525-6683 Fax: (73)3528-9727 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com		
Página 01 de 03		

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PESQUISAS COM SERES HUMANOS

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa **“Condições de Saúde Bucal em Dependentes de Crack.”** Pelos pesquisadores responsáveis Kléryson Martins Soares Francisco, Cezar Augusto Casotti e Marina Ferraz Neves Oliveira, docentes da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - Campus de Jequié.

- 1. Justificativa e objetivos:** Identificar e analisar a relação do uso do crack com o nível de saúde bucal entre os usuários.
- 2. Procedimentos:** A pesquisa será desenvolvida através de um formulário (Apêndice A) e um exame clínico na cavidade oral (Anexo A), aplicados pelo pesquisador, cujo público alvo são os dependentes de drogas ilícitas em tratamento de desintoxicação.
- 3. Desconfortos e riscos:** Este estudo apresenta desconfortos (exame em cavidade oral) ou riscos mínimos, como sangramento à sonda OMS (doença periodontal), aos sujeitos da pesquisa, bem como, questionamentos de ordem pessoal (Apêndice A).
- 4. Benefícios:** Apresentar os dados obtidos quanto os efeitos das drogas ilícitas sobre a saúde bucal dos dependentes em tratamento de desintoxicação.
- 5. Acompanhamento assistencial:** Não se enquadra na pesquisa.
- 6. Ressarcimento:** O participante não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador.
- 7. Liberdade de recusar ou retirar o consentimento:** O participante pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e tratamento. Sabendo que o pesquisador terá o compromisso de proporcionar informações atualizadas, obtidas durante o estudo, ainda que esta possa afetar a vontade do indivíduo em continuar participando da pesquisa.
- 8. Confidencialidade e privacidade:** Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.
- 9. Uso de imagem:** Poderá ser necessário o uso de imagens na pesquisa, somente da cavidade oral.
- 10. Participantes analfabetos:** Devido à natureza da pesquisa poderão ser pesquisadas as pessoas não alfabetizadas.

Após ser esclarecido (a) sobre a pesquisa e a sua participação como voluntário, e havendo uma confirmação livre e espontânea em aceitar a participar como voluntário (a), você deverá assinar ao final deste documento, em duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra via permanecerá com o pesquisador responsável. Em caso de dúvida em relação a esse documento, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UESB pelo Tel/CEP/UESB (73) 3528-9727 e e-mail (cepuesb.jq@gmail.com ou cepjq@uesb.br) e, ainda, você poderá procurar por Marina Ferraz Neves Oliveira ou Cezar Augusto Casotti, UNIVERSIDADE

ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, telefone: (73) 3528-9738 e-mail: marinaferraz@pop.com.br ou cacasotti@uesb.edu.br, pesquisadores responsáveis pela pesquisa.



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Termo de consentimento livre, após esclarecimento.

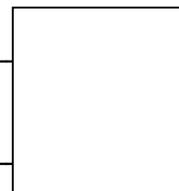
Eu, _____, li e/ou ouvi a leitura dos esclarecimentos acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

]
Concordo em participar do estudo.

Município de Jequié, Bahia, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do Pesquisado (a) ou Impressão Digital

Assinatura do Responsável legal ou Impressão Digital



Polegar direito

Pesquisadores responsáveis:

Kléryson Martins Soares Francisco, Cezar Augusto Casotti e Marina Ferraz Neves Oliveira, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, UESB, telefone: (73) 3528-9600, e-mail: mfnoliveira@yahoo.com.br ou cacasotti@uesb.edu.br

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, CAP - 1º andar, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Bairro: Jequiezinho. CEP: 45.206-510. Jequié – Bahia. Telefone: (73) 3528-9727. Endereços eletrônicos: cepuesb.jq@gmail.com ou cepjq@uesb.edu.br.

APÊNDICE B: FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA



ALTERAÇÕES PERIODONTAIS EM DEPENDENTES DE DROGAS ILÍCITAS INSTITUCIONALIZADOS

Número do questionário:

Data da entrevista: ___/___/___

Cidade de origem: _____

0 () Zona urbana 1 () Zona rural

I- INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. Idade: _____
2. Estado civil:
 0 () Casado 1 () Solteiro 2 () Divorciado 3 () Amasiado
3. Escolaridade
 0 () Fundamental 1 () Médio 2 () Superior
4. Ocupação: _____

II- CONDIÇÃO GERAL DE SAÚDE

Problemas cardíacos	0 () Sim	1 () Não
Problemas renais	0 () Sim	1 () Não
Problemas gástricos	0 () Sim	1 () Não
Problemas respiratórios	0 () Sim	1 () Não
Alergia	0 () Sim	1 () Não
Comprometimento das articulações ou reumatismo	0 () Sim	1 () Não
Diabetes	0 () Sim	1 () Não
A cicatrização demora para ocorrer	0 () Sim	1 () Não
Atualmente faz uso de alguma medicação	0 () Sim	1 () Não

III- CONDIÇÃO BUCAL

1. Tem o hábito de escovar os dentes?
0 () Sim 1 () Não
2. Quantas vezes escova os dentes diariamente?
0 () Uma 1 () Duas 2 () Três 3 () Quatro vezes ou mais
3. Faz uso do fio dental?
0 () Sim 1 () Não
4. Sente gosto metálico na boca?
0 () Sim 1 () Não
5. Sente seus dentes moles?
0 () Sim 1 () Não
6. Já procurou tratamento odontológico?
0 () Sim 1 () Não
7. Em algum momento foi feito raspagem/limpeza nos seus dentes nos últimos 3 meses?
0 () Sim 1 () Não

IV- CONSUMO DE DROGAS

1. **Maconha:** 0 () Sim 1 () Não
2. Com que frequência: 0 () Diário 1 () Semanal 2 () Mensal
3. Há quanto tempo usa? _____
4. Qual a quantidade em gramas que você usa? _____
5. **Crack:** 0 () Sim 1 () Não
6. Com que frequência: 0 () Diário 1 () Semanal 2 () Mensal
7. Há quanto tempo usa? _____
8. Qual a quantidade em gramas que você usa? : _____
9. **Tabaco:** 0 () Sim 1 () Não
10. Com que frequência: 0 () Diário 1 () Semanal 2 () Mensal
11. Há quanto tempo usa? _____
12. Qual a quantidade em gramas que você usa? : _____
13. **Bebidas alcoólicas:** 0 () Sim 1 () Não
14. Com que frequência: 0 () Diário 1 () Semanal 2 () Mensal
15. Há quanto tempo usa? _____
16. Qual a quantidade em gramas que você usa? : _____

