



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PROPEDEÚTICA
CLÍNICA INTEGRADA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA E SAÚDE**



ALTINO TEIXEIRA NETO

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS DE COCAÍNA E/OU
CRACK EM QUATRO ÁREAS DA CIDADE DE SALVADOR**

**SALVADOR
2017**

ALTINO TEIXEIRA NETO

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS DE COCAÍNA E/OU
CRACK EM QUATRO ÁREAS DA CIDADE DE SALVADOR**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado Especial da Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde, como parte do requisito à obtenção do Título de Doutor em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra Maria Cristina Teixeira Cangussu

**SALVADOR
2017**

Modelo de ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA para ser confeccionada pelo autor

Teixeira Neto, Altino
Condições de saúde bucal de usuários de cocaína e/ou crack em quatro áreas da cidade de Salvador / Altino Teixeira Neto. -- Salvador, 2017.
104 f.

Orientadora: Maria Cristina Teixeira Cangussu.
Tese (Doutorado - Programa de pós-graduação em Odontologia e Saúde) -- Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Odontologia da UFBA, 2017.

1. DTM. 2. saúde bucal. 3. cárie dentária. 4. cocaína. 5. crack. I. Teixeira Cangussu, Maria Cristina. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA E SAÚDE

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DO COLEGIADO
DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ODONTOLOGIA E SAÚDE.

Aos doze dias do mês de maio de dois mil e dezessete, reuniu-se em sessão pública o Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde, com a finalidade de apreciar a Tese de Doutorado do **C.D. Altino Teixeira Neto**, através da comissão julgadora composta pelos Professores: Maria Cristina Teixeira Cangussú, Maria Isabel Pereira Vianna, Tarcísio Matos de Andrade, Tatiana Frederico de Almeida, Denise Cerqueira Oliveira. O título do trabalho apresentado foi: “**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM USUÁRIOS DE COCAINA E/OU CRACK NA CIDADE DE SALVADOR**”. Ao final os membros da comissão emitiram os seguintes pareceres.

Profa. Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussú APROVADO
Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna APROVADO
Prof. Dr. Tarcísio Matos de Andrade APROVADO
Profa. Dra. Tatiana Frederico de Almeida APROVADO
Profa. Dra. Denise Cerqueira Oliveira APROVADO

Franqueada a palavra como ninguém mais desejasse fazer uso da mesma lavrou-se a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada por todos.

Salvador, 12 de maio de 2017.

Profa. Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussú Maria Cristina T. Cangussu
Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna Maria Isabel Pereira Vianna
Prof. Dr. Tarcísio Matos de Andrade Tarcísio Matos de Andrade
Profa. Dra. Tatiana Frederico de Almeida Tatiana Frederico de Almeida
Profa. Dra. Denise Cerqueira Oliveira Denise Cerqueira Oliveira



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA E SAÚDE

TERMO DE APROVAÇÃO

C.D. ALTINO TEIXEIRA NETO

“CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM USUÁRIOS DE COCAINA
E/OU CRACK NA CIDADE DE SALVADOR”

BANCA EXAMINADORA:

Maria Cristina Teixeira Cangussu

Profa. Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussu (Orientadora)
Professora da Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Odontologia

Maria Isabel Pereira Vianna

Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna (Examinador Interno)
Professora da Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Odontologia

Tarcísio Matos de Andrade

Prof. Dr. Tarcísio Matos de Andrade (Examinador Externo)
Professor da Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Medicina

Tatiana Frederico de Almeida

Profa. Dra. Tatiana Frederico de Almeida (Examinador Externo)
Professora da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Denise Cerqueira Oliveira

Profa. Dra. Denise Cerqueira Oliveira (Examinador Externo)
Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

À Bel, minha amada companheira, parceira em todos os momentos da vida, que com seu amor, sua paciência, compreensão, dedicado incentivo e colaboração, agradeço e compartilho este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Criador e Pai, por iluminar sempre o meu caminho e que por algum propósito me colocou neste espaço-tempo me oportunizando este trabalho;

Aos meus amados filhos, Andréa, Cezar, Daniel, Flávia, Lenita, genros, noras e netos, por comporem essa família com alegria, harmonia e incentivo;

Aos meus devotados pais, exemplos de caráter, humildade e dedicação, que com carinho, atenção e amor, me acolheram nesta vida, fundamentais na minha formação;

Aos meus irmãos e cunhados pelo carinho e incentivo;

A minha orientadora, colega e amiga Maria Cristina T. Cangussu pelo acolhimento, incentivo e dedicação, buscando o melhor na orientação deste trabalho;

Aos meus colegas e amigos, professores da Clínica Integrada, pela fundamental colaboração e incentivo;

A Profa Ceres Mendonça Fontes, pelo estímulo e entusiasmo;

Aos pacientes dependentes, foco deste trabalho, pela oportunidade de aprendizado e compreensão maior do ser humano;

E a todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos!

*“Conhecimento não é aquilo que você sabe, mas o que
você faz com aquilo que você sabe.”*

Aldous Huxley

RESUMO

Introdução: A utilização da cocaína diretamente nas mucosas, por via oral, respiratória ou intravenosa, caracteriza-se por apresentar efeitos diretos sobre as estruturas da boca, mucosa, dentes e língua. **Objetivos:** Descrever as condições de saúde bucal da população usuária de cocaína e/ou crack, de 4 áreas do município de Salvador/BA, em relação à presença de cárie dentária, doença periodontal, sinais e sintomas de DTM; descrever os aspectos sociodemográficos e discutir a importância da atenção à saúde bucal neste grupo específico da população. **Método:** Análise descritiva e exploratória em 143 usuários de cocaína e/ou crack, sendo 85,31% do sexo masculino, com idade média de 33,27 anos, segundo características sociodemográficas, biológicas gerais e de saúde bucal, consumo de drogas e hábitos dietéticos, através de questionário e exame clínico intrabucal. **Resultados:** Indicaram baixo nível sociodemográfico, alto consumo de açúcar, índice CPOD 12,27 (DP=7,24), a condição periodontal foi avaliada com os índices CPI e PIP, demonstrando a alta prevalência de dentes excluídos e presença de cálculo. 74,13% apresentaram cinco ou mais sinais e sintomas de DTM. A análise multivariada relativa à ocorrência de DTM demonstrou que homens com mais de 35 anos e frequência de uso de tabaco e álcool, 2 ou mais vezes por semana, apresentaram significância para maior severidade de DTM ($p < 0,05$). **Conclusões:** Os usuários apresentaram baixo nível socioeconômico e educacional, inadequada saúde bucal, altos índices de cárie, doença periodontal e sinais e sintomas de DTM. O Cirurgião-Dentista assume uma importante função na reabilitação destes pacientes, não apenas no tratamento em si, eliminando a dor e o desconforto, como também, contribuindo para aumentar a autoestima e favorecendo a inclusão social.

Palavras-chave: Cocaína; Crack; Cárie Dentária; Saúde bucal; DTM.

ABSTRACT

Introduction: The use of cocaine directly in the mucosa, orally, respiratory or intravenous, is characterized by having direct effects on the structures of the mouth, mucosa, teeth and tongue. **Objectives:** To describe the oral health conditions of cocaine and / or crack users in 4 areas of the city of Salvador / BA, in relation to the presence of dental caries, periodontal disease, TMD signs and symptoms; Describe sociodemographic aspects and discuss the importance of oral health care in this specific group of the population. **Method:** Descriptive and exploratory analysis of 143 cocaine and / or crack users, 85.31% male, with a mean age of 33.27 years, according to sociodemographic, general biological and oral health characteristics, drug use and habits diet, through a questionnaire and intrabuccal clinical examination. **Results:** They indicated low sociodemographic level, high sugar consumption, the CPOD index was 12.27 (SD = 7.24), periodontal condition was evaluated with CPI and PIP indexes, demonstrating the high prevalence of excluded teeth and presence of calculus. 74.13% had five or more TMD signs and symptoms. The multivariate analysis of the occurrence of TMD showed that men over 35 years of age and alcohol and tobacco use frequency 2 or more times per week presented significance for greater TMD severity ($p < 0.05$). **CONCLUSIONS:** Users presented low socioeconomic and educational level, inadequate oral health, high caries levels, periodontal disease and signs and symptoms of TMD. The Dentist plays an important role in the rehabilitation of these patients, not only in the treatment itself, eliminating pain and discomfort, but also contributing to increase self-esteem and favoring social inclusion.

Keywords: Cocaine; Crack; Dental caries; Oral health; TMD.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Resumo dos códigos para cárie dentária/Projeto SB2000. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000.
- Figura 2 - Resumo dos códigos para necessidade de tratamento/Projeto SB2000 Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000.
- Figura 3 - Esquema de sonda CPI, com suas respectivas medidas.
- Figura 4 - Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes índices para CPI e PIP.
- Gráfico 1 - Distribuição percentual da amostra segundo os motivos de uso entre usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).
- Gráfico 2 - Composição percentual do índice CPOD em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).
- Gráfico 3 - Distribuição percentual da condição periodontal (CPI) em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).
- Gráfico 4 - Distribuição percentual da condição periodontal (CPI) do sextante anterior inferior e superior em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).
- Gráfico 5 - Distribuição percentual da condição periodontal (CPI) do sextante posterior direito inferior e superior em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).
- Gráfico 6 - Distribuição percentual da condição periodontal (CPI) do sextante posterior esquerdo inferior e superior em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).
- Gráfico 7 - Distribuição percentual da perda de inserção periodontal (PIP) em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).
- Gráfico 8 - Distribuição percentual da perda de inserção periodontal (PIP) do sextante anterior inferior e superior em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

Gráfico 9 – Distribuição percentual da perda de inserção periodontal (PIP) do sextante posterior direito inferior e superior em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

Gráfico 10 – Distribuição percentual da perda de inserção periodontal (PIP) do sextante posterior esquerdo inferior e superior em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

Gráfico 11 – Percentual de sinais e sintomas de DTM e fatores relacionados ao desgaste dentário em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Características sócio-demográficas, de uso de substâncias, hábitos e acesso à saúde bucal em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador 2016 (n=143).
- Tabela 2 – CPOD e variáveis sociodemográficas e de uso de substâncias abusivas em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).
- Tabela 3 – Variáveis associadas à ocorrência de DTM (5 ou mais sinais ou sintomas) em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).
- Tabela 4 – Resultado final da regressão das variáveis associadas a ocorrência de DTM (5 ou mais sinais ou sintomas) em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARD-FC	Aliança de Redução de Danos - Fátima Cavalcante
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ATM	Articulação Temporomandibular
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CD	Cirurgião Dentista
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas
CPI	<i>Community Periodontal Indice</i> - Índice Periodontal Comunitário
CPOD	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CPOS	Superfícies Cariadas, Perdidas e Obturadas
COC	Cocaína
COC-HCL	Cloridrato de cocaína
DMFT	<i>Decayed Missing Filling Teeth</i> = CPOD
DTM	Disfunção Temporomandibular
FOUFBA	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia
HIV	Human Immunodeficiency Virus – Vírus da Imunodeficiência Humana
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
JCE	Junção cimento-esmalte
LSD	<i>Lysergic Acid Diethylamid</i> - Dietilamida do ácido lisérgico
OBID	Observatório Brasileiro de Informações Sobre drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIP	Índice de Perda de Inserção Periodontal
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i> – Programa Estatístico
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 COCAÍNA	19
2.2 CRACK	26
2.3 EFEITOS SISTÊMICOS.....	28
2.4 ALTERAÇÕES BUCAIS	30
2.5 ALTERAÇÕES DENTÁRIAS	32
2.6 ALTERAÇÕES PERIODONTAIS	37
2.7 SINAIS E SINTOMAS DE DTM	39
3 OBJETIVOS	44
3.1 GERAL	44
3.2 ESPECÍFICOS.....	44
4. MÉTODO.....	45
4.1 TIPO DE ESTUDO	45
4.2 LOCAL DE ESTUDO	45
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	45
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	46
4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	51
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	53
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E PROCEDIMENTOS DE BIOSSEGURANÇA	54
5.RESULTADOS	55
5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO DE ESTUDO	55
5.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL	60
5.2.1 CÁRIE DENTÁRIA	60
5.2.2 DOENÇA PERIODONTAL	62
5.2.3 SINAIS E SINTOMAS DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM).....	68
5.3 FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE DTM....	69
6 DISCUSSÃO	72
7 CONCLUSÃO	83

REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE	95
ANEXOS	100

1 INTRODUÇÃO

O uso abusivo de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, representa um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, uma vez que as causas desse fenômeno são complexas e envolvem aspectos sociais, educacionais, econômicos e de saúde pública (DUAILIBI et al., 2008; DAVOGLIO et al., 2009). Observa-se, mundialmente, um aumento progressivo do consumo de substâncias estimulantes, associado a riscos e danos diversos, muitos em função dos diferentes aspectos geográficos, sociais e culturais específicos quer de âmbito nacional, regional ou local (BASTOS, BERTONI, 2014). Associado a esse aumento de consumo, observa-se também, nas últimas décadas, um incremento nas faixas etárias mais precoces (PEDREIRA, 1999). O relatório mundial do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) de 2016, mostra que o número de pessoas descritas como “dependente de drogas” em todo o mundo aumentou de 27 milhões (2013) para 29 milhões (2014). Cerca de 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos usaram pelo menos uma droga em 2014. Apesar de esse número ter se mantido estável nos últimos quatro anos, nos últimos anos, apenas 1 em cada 6 usuários de drogas no mundo obteve acesso ou recebeu algum tratamento para dependências de drogas a cada ano (UNODC, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1981, toxicomania ou toxicofilia é um estado de intoxicação periódico ou crônico, nocivo ao indivíduo ou à sociedade, produzida pelo repetido consumo de uma droga natural ou sintética, não sintetizada pelo organismo e que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, resultando em mudanças fisiológicas e/ou de comportamento (IMESC, 2016).

De acordo com a classificação de Chaloult, 1971, as drogas podem influenciar o funcionamento do cérebro de três modos: imprimindo um funcionamento mais rápido, ou seja, estimulando (estimulantes); reprimindo a um funcionamento mais lento, ou seja, deprimindo (depressoras) e confundindo o funcionamento, ou seja, perturbando (perturbadoras).

A ação de cada psicotrópico depende do tipo da droga (estimulante, depressora ou perturbadora), da via de administração, da quantidade, do tempo e da frequência de uso, da

qualidade da droga, da absorção e da eliminação pelo organismo, da associação com outras drogas, do contexto social bem como das condições psicológicas e físicas do indivíduo (IMESC, 2016).

Em 2003, BORINI et al., afirmavam que, diante do crescente consumo de drogas, a dependência química configura-se no transtorno mental da atualidade. A OMS estima que 76,3 milhões de pessoas sejam dependentes de álcool e 15,3 milhões apresentem transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de outras drogas (CAPISTRANO et al., 2013). Os diferentes enfoques que buscam explicar o abuso de substâncias psicoativas mostram uma confluência de fatores biopsicossociais que, interagindo entre si, favorecem a consolidação do abuso (VASQUEZ et al., 2009).

No Brasil, dentre as diversas dificuldades para se obter o controle do consumo de drogas, a ampla extensão geográfica do território, caracteriza uma delas pois, impossibilita uma fiscalização mais efetiva nas fronteiras, favorecendo a comercialização de drogas no país (BESSA, 2010). Segundo o autor, a grande questão é como cada sociedade organiza, ritualiza e legitima o uso das drogas em cada momento histórico e como isso repercute na vida de cada indivíduo e da própria sociedade. Como exemplo, o autor cita a cocaína que entre os povos andinos era consumida mascarando-se a folha ou bebendo-se o chá dessa planta, com o intuito adaptativo a uma condição geográfica, a altitude excessiva, e mais como suporte ao trabalho do que como forma recreativa.

A cocaína é um alcalóide extraído das folhas da *Erythroxylon coca*, planta das regiões andinas da América do Sul, utilizada há séculos pelos povos nativos, em forma de chás ou do mascar de folhas de coca in natura, devido as suas propriedades estimulantes, como fonte adicional de resistência à fadiga, fome, sede e frio (DRISCOLL, 2003; MOTTA et al., 2004; BLANKSMA, BRAND, 2005). É um potente anestésico local e atua como poderoso agente simpatomimético com efeitos estimulantes no sistema nervoso central (SNC), sendo considerado um forte estimulante central de ocorrência natural, razão pela qual é utilizada como fármaco de abuso (CHASIN, SALVADORI, 1996), ou seja, uma substância de estrutura química definida que quando em contato ou introduzida em um sistema biológico, com uso persistente e excessivo, modifica uma ou mais de suas funções (MOREAU, 1996).

A utilização da cocaína diretamente nas mucosas, por via oral, respiratória ou intravenosa (CHASIN, SALVADORI, 1996), caracteriza-se por apresentar efeitos diretos sobre as estruturas da boca, mucosa, dente e língua (RIBEIRO et al., 2002). Os principais achados bucais em pacientes usuários de drogas são: xerostomia, índice CPOD elevado, redução da capacidade tampão da saliva, queilite angular, bruxismo, perdas dentais, doença periodontal, halitose e estomatites (PEDREIRA et al., 1999). Também pode apresentar bruxismo severo, o que resulta em desgastes e planificações das cúspides de pré-molares e molares. A associação com álcool representa alta taxa de destruição dental, grande número de dentes perdidos, doença periodontal avançada, além de severa xerostomia e hipertrofia bilateral do músculo masseter (FRIEDLANDER, GORELICK, 1988; LEE et al., 1991; BROWN, JOHNSON, 1994; PARRY et al., 1996; PEDREIRA et al., 1999; BLANKSMA, BRAND, 2005; ROBINSON et al., 2005).

A aplicação tópica de cocaína, diretamente na boca ou por via nasal, o pó, ao entrar em contato com a saliva, transforma-se num poderoso ácido capaz de desmineralizar a hidroxiapatita do esmalte e da dentina, representando um fator etiológico de corrosão nas áreas cervicais dos dentes adjacentes ao seu local de aplicação na gengiva (KAPILA, KASHANI, 1997; MAURÍCIO et al., 2002; DRISCOLL, 2003; GRIPPO et al., 2004; BLANKSMA, BRAND, 2005).

Evidenciam-se a precária condição de saúde bucal dos usuários de drogas, e a literatura especializada cita alguns fatores etiológicos que podem estar envolvidos na explicação. A perda de autoestima, a falta de motivação e mudanças no padrão de comportamento influenciam no descuido da saúde geral e conseqüentemente, os usuários apresentam uma higiene bucal deficiente, (DI CUGNO et al., 1981; FRIEDLANDER, MILLS, 1985; MIERS, SMITH, 1989; PEDREIRA, 1999), levando a um sistema estomatognático mutilado (RIBEIRO et al., 2002). Outros fatores fisiológicos envolvidos são: a redução do pH e do fluxo salivar, a baixa concentração de fosfato inorgânico dificultando a remineralização e o alto consumo de carboidratos (DI CUGNO et al., 1981).

O crack, embora seja uma droga relativamente nova, apresenta alto poder de dependência e forte associação com a criminalidade. No Brasil, o conhecimento que se tem acerca desse

fenômeno, ainda é insuficiente, tanto para um atendimento eficiente dos usuários como para nortear políticas públicas de prevenção (PULCHERIO et al., 2010).

O uso da cocaína e/ou crack juntamente com bebidas alcoólicas produz consequências mais graves do que o uso destas substâncias separadamente. Ingerir o álcool aumenta a “fissura”, vontade incontrolável de sentir o prazer que a droga provoca, os riscos de episódios de perda de controle e intoxicação mais grave (OBID, 2016).

O consumo de cocaína e/ou crack aumenta o risco de complicações médicas durante os tratamentos dentários e de um modo geral, os pacientes não relatam o uso da droga durante a anamnese. A administração de anestésicos locais à base de epinefrina e até mesmo o uso de fios retratores impregnados com esse vasoconstrictor, pode provocar um aumento agudo da pressão sanguínea seguida de uma crise de angina, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral. A combinação com a lidocaína também aumenta o risco de convulsões. Diante desse quadro, os cirurgiões dentistas precisam estar atentos ao uso recente ou crônico da droga, evidenciado por sinais como comportamento agitado, danos ao septo nasal e palato e, como precaução, deve-se adiar o tratamento por 24 horas após o último uso da droga (FRIEDLANDER, GORELICK, 1988; DRISCOLL, 2003; BLANKSMA, BRAND, 2005; BRAND et al., 2008).

As contribuições trazidas pela Odontologia têm possibilitado a atuação de um maior número de profissionais no tratamento especializado para a reabilitação desses pacientes (PEDREIRA et al., 1999). A identificação do perfil do paciente usuário e os principais cuidados a serem adotados durante a reabilitação odontológica contribuem não somente para o alívio da dor, mas auxiliam na recuperação da autoestima e na reintegração social do ser humano.

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi descrever por meio de um estudo de corte transversal, as condições de saúde bucal de usuários de cocaína e/ou crack, em quatro áreas de diferentes bairros da cidade de Salvador, Bahia; em relação à presença de cárie dentária, doença periodontal e fatores associados aos sinais e sintomas de DTM, enfatizando a análise de associação a este último problema.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Na dependência química ou drogadição, pode-se observar por meio de alguns sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, a perda de controle do consumo da droga, uma vez que, existe a necessidade do uso da substância para impedir o aparecimento dos efeitos desagradáveis provocados pela interrupção ou redução do uso da droga, característicos da síndrome da abstinência. O usuário desenvolve a dependência física da droga em função da tolerância, pois a fim de obter o mesmo efeito, é necessário o consumo cada vez maior e mais frequente dessa droga. E quando o indivíduo percebe ser indispensável o uso da droga para a manutenção do bem-estar, das relações interpessoais ou do desempenho nas atividades diárias, já existe, também, uma dependência psíquica (GOSSOP, 1987; CHASIN, SALVADORI, 1996; DIETZ et al., 2011).

Acreditava-se que as drogas que induziam a dependência física, e conseqüentemente à síndrome de abstinência, seriam chamadas de drogas pesadas ("hard drugs") e as que induziam apenas dependência psíquica, chamadas de drogas leves ("soft drugs"). Entretanto, várias drogas, mesmo sem a capacidade de produzir dependência física, mas com capacidade de gerar intensa compulsão, não poderiam ser classificadas como drogas leves (IMESC, 2016). Em 1976, a 9ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID), uniu os aspectos psicológicos e físicos sob a definição única de dependência de drogas.

O abuso de drogas e abuso de substâncias são utilizados como sinônimos na literatura. Grande parte das pessoas associa o abuso de drogas apenas com o uso de drogas ilícitas, embora o abuso de substâncias inclui não apenas este, mas também drogas lícitas, como o álcool e o tabaco. Assim, o termo abuso de substâncias torna-se mais inclusivo (ZYL, 2014).

Foram realizados pelo CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, em parceria com a SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, dois levantamentos sobre o consumo de substâncias psicoativas, pela população brasileira. O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em 2001, envolveu as 107 maiores cidades do país, entrevistou 8.589 habitantes com idades entre 12 e 65 anos. Encontrou prevalências de 2,3% de uso na vida para cocaína e 0,4% para o crack, sendo que

12,2% dos homens entre 18 e 34 anos relataram já ter usado cocaína, pelo menos uma vez na vida. A maioria deles, 7,2% na faixa etária de 25 a 34 anos. A região Sul apresentou a maior prevalência de uso de cocaína com 3,6% dos sujeitos, relatando uso na vida. O uso de crack, na vida, foi relatado, nesta região, por 0,5% (CARLINI et al., 2001).

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em 2005, envolvendo as 108 maiores cidades, entrevistou 7.939 habitantes, encontrando uma prevalência de 2,9% para uso na vida, de cocaína, e 0,7% para o crack. Novamente o maior uso de cocaína, na vida, 9,4%, é relatado por homens na faixa etária dos 25 aos 34 anos. O maior uso de crack na vida, também ocorre nessa faixa etária, com 3,2% dos homens relatando seu consumo (CARLINI et al., 2006).

Em 2012, a SENAD em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), realizou uma Pesquisa Nacional sobre o uso do crack com objetivo geral de descrever o perfil dos usuários de crack e/ou similares de uma amostra referente a 26 capitais e Distrito Federal. Foram entrevistados 24977 habitantes sendo que aqueles que consomem crack e/ou similares de forma regular correspondem a uma proporção de aproximadamente, 0,81% da população de referência, que é a população residente neste conjunto de municípios, ou seja, cerca de 370 mil usuários regulares desses produtos em números absolutos. As capitais da região Nordeste, ainda que, estatisticamente, apresentem proporções similares de uso frente às capitais da região Sul, foram aquelas que apresentaram o maior quantitativo de usuários de crack e/ou similares, e, quando considerado o uso regular dessa droga, este número chegava a mais de 150 mil pessoas (BASTOS, BERTONI, 2014).

2.1 COCAÍNA

Fármaco é uma substância de estrutura química definida que, quando em contato ou introduzida em um sistema biológico, modifica uma ou mais de suas funções, enquanto que droga é a matéria prima de origem mineral, animal ou vegetal que contém um ou mais fármacos. De acordo com esses conceitos, o etanol e a cocaína são fármacos, enquanto que a folha da coca e a maconha são drogas (MOREAU, 1996). Segundo a mesma autora, o uso não médico é a exposição a uma droga ou fármaco pelo uso ocasional, frequente e mesmo

compulsivo, aceitos ou não pela sociedade.

Drogas Psicotrópicas são definidas pela OMS (1981) por drogas que agem no Sistema Nervoso Central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de “autoadministração” (uso não sancionado pela medicina), e que levam à dependência (CARLINI et al., 2001; IMESC, 2016). As drogas psicotrópicas podem ser classificadas de diferentes modos, mas Chalout, 1971, dividiu em três grandes grupos: depressoras, estimulantes e drogas perturbadoras da atividade do SNC. A cocaína e medicamentos como os anfetamínicos são considerados substâncias estimulantes, tornando o estado de vigília aumentado, obtendo estados alterados de consciência, caracterizados por euforia decorrente da estimulação do sistema nervoso central (CHASIN, SALVADORI, 1996).

A cocaína é um dos alcaloides presentes nas folhas provenientes de duas espécies do gênero *Erythroxylon* vulgarmente denominada coca. A *Erythroxylon novogranatense* cultivada legalmente é utilizada na indústria farmacêutica como anestésico local ou na indústria alimentícia como constituinte de chá, e a *Erythroxylon coca* que constitui a principal fonte de produção ilícita (CHASIN, SALVADORI, 1996). As folhas da *E. coca*, planta nativa da região andina, são utilizadas há séculos como fonte adicional de resistência à fadiga, à fome, sede e ao frio (DRISCOLL, 2003; MOTTA et al., 2004; BLANKSMA, BRAND, 2005), mesmo por civilizações anteriores aos incas que, segundo achados arqueológicos, já utilizavam o mascamento das folhas de coca em cerimônias religiosas (CHASIN, SALVADORI, 1996).

O hábito de mascar folhas de coca no Peru não apresenta referências a efeitos colaterais sistêmicos, pois a quantidade de cocaína na corrente sanguínea não é o bastante para determinar a sua toxicidade, em função da limitação das folhas mastigadas. Para se produzir uma reação tóxica no organismo, seria necessária uma quantidade muito grande de folhas mastigadas a fim de se extrair a cocaína (KARCH, 1999).

Segundo Chasin, Salvadori (1996), Albert Niemann, em 1859, extraiu o alcalóide a partir das folhas de coca criando então, o termo cocaína. As folhas, após a maceração, são convertidas em pasta de coca, que constitui a forma de tráfico e que eventualmente, é utilizada para

produzir o cloridrato de cocaína (COC HCl), sal mais comumente empregado na autoadministração. Estima-se que 100 Kg de folhas de coca originam 1000 g de pasta de coca e 800 g do respectivo cloridrato.

O primeiro registro de cocaína como uso medicinal, por médicos espanhóis, data de 1596 (CREGLER, MARK, 1986). Por volta de 1860, na Europa. Tornou-se hábito o consumo de ingerir tônicos e vinhos com a presença de coca na composição, sendo que essas bebidas poderiam conter de 150 a 300 mg de cocaína por litro. Desse modo, dois copos do vinho, poderiam conter até 50 mg da droga, o equivalente a uma “carreira” de cocaína, embora não haja relatos de toxicidade (KARCH, 1999). Em 1885, John Stife Pimperton registrou nos Estados Unidos, o “French Wine Cola”, um vinho, renomeando anos depois o produto de “Coca-Cola” (ALBERTSON et al., 1995).

Durante o século XIX, a purificação da cocaína permitiu sua utilização na medicina, como estimulante, na terapia de determinadas desordens psíquicas e no tratamento do vício a opióides, sendo Freud um dos primeiros estudiosos a experimentar e a difundir o seu uso no meio científico, sendo famosos seus escritos de 1884 sobre as propriedades da cocaína de aliviar a depressão e curar a dependência à morfina. Em 1862, Schroff e Demarle observaram que a cocaína produzia analgesia da língua e a utilizaram para alívio de dor na laringe, contribuindo para seu uso na Inglaterra e na América (GAY et al., 1975). Carl Koller em 1884, um oftalmologista vienense, introduziu a droga como anestésico local para procedimentos oftalmológicos e, um ano mais tarde, Halsted, utilizou na odontologia (FRIEDLANDER, GORELICK, 1988; LEE et al., 1991; BROWN, JOHNSON, 1994; DRISCOLL, 2003).

Entretanto, em 1891, o aumento do uso levou aos primeiros relatos sobre intoxicações relacionados à cocaína tais como, comportamentos psicóticos, dependência, convulsões e mortes, e no fim do século XIX, o consumo por aspiração, por produzir maior efeito, ganhou dimensões de epidemia (CHASIN, SALVADORI 1996; LUFT, MENDES, 2007). Em 1914, em consequência das complicações associadas ao consumo, a cocaína foi proibida nas Américas e na Europa, exceto, pela sua limitada utilização como anestésico local nas áreas médicas (FRIEDLANDER, GORELICK, 1988; LEE et al, 1991; BROWN, JOHNSON, 1994;

DRISCOLL, 2003).

Com a proibição, a cocaína foi gradualmente sendo substituída, nos anos de 1950, pelas anfetaminas e o consumo só foi ressurgir na década de 1970, atingindo seu pico de consumo em 1985 nos Estados Unidos e cinco anos mais tarde no Brasil (ALBERTSON et al., 1995; CALATAYUD, GONZALEZ, 2003). A volta ao consumo generalizado ocorreu em parte, devido ao conceito infundado de ser a cocaína segura e desprovida da propriedade de causar dependência, quando utilizada recreacionalmente (CHASIN, SALVADORI, 1996), estando também relacionada a fatores como restrições à comercialização das anfetaminas e em razão de sua ação ultracurta, ser considerada perfeita para a utilização no meio social (COSTA LEITE, ANDRADE, 1999).

Essa transformação das drogas em mercadorias iniciou-se no período mercantilista e com o advento do capitalismo, as substâncias utilizadas de forma coletiva e cumprindo um papel simbólico foram reduzidas a mercadorias com alto preço, quase sempre para uso individual e sem uma função social. A industrialização do tabaco e das bebidas alcoólicas permitiu a ampliação astronômica de suas produções e o consumo individual em larga escala (BESSA, 2010).

O uso da cocaína apresenta-se como um grave problema mundial de consumo de drogas ilícitas. A “National Survey on Drug Use and Health” (Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde) em 2003, declarou que nos Estados Unidos, 14,7% da população com 12 anos de idade ou mais, já experimentaram cocaína, ao menos uma vez. Na Europa, esta porcentagem, em 2004, atingiu 5,2% da população (PRINZLEVE et al., 2004). Nos últimos anos no Brasil, as internações hospitalares relacionadas à cocaína e/ou crack vem aumentando, verificando-se ser a segunda causa de internação entre as drogas ilícitas, sendo suplantada somente pelo álcool, droga lícita (GALDUROZ, 2001). O maior responsável por este aumento de consumo foi o surgimento do crack, desenvolvido na segunda metade dos anos de 1980, quando as características da cocaína foram alteradas para que então pudesse ser fumada (TERRA FILHO et al., 2004; PULCHERIO et al., 2010). Em 2003, Ferreira Filho et al., investigaram as internações ocorridas em seis hospitais psiquiátricos da Grande São Paulo e verificaram que 29,8% dos pacientes utilizavam cocaína inalada, 38,4% consumiam crack e

31,8% usavam cocaína em pó e crack, com um total de 70% de usuários de crack.

Duailibi et al., 2008, verificaram por meio de uma revisão de literatura, o uso de cocaína entre estudantes universitários. A pesquisa indicou uma variação de 0,2 a 5%, sendo a maioria dos usuários do sexo masculino, com idades de 20 a 24 anos, que vivem com amigos ou sozinhos e que apresentam um relacionamento difícil com seus pais, especialmente com a mãe.

Ambas as formas de cocaína, cloridrato e base livre (crack), têm alto potencial de desenvolver o vício (LUFT, MENDES, 2007). E segundo Gossop (1987), não há nenhuma forma de se prever se o indivíduo será capaz de manter o controle ou se desenvolverá a dependência. O autor afirma que a cocaína demonstra um potencial maior do que a heroína de produzir dependência.

A cocaína ou benzoilmetil-ecognina (C₁₇H₂₁NO₄), alcalóide extraído da planta *Erythroxylon coca*, é obtida após suas folhas verdes serem tratadas por solventes orgânicos e pelo ácido clorídrico, resultando no cloridrato de cocaína, de pH 4,5, quando puro (KRUTCHKOFF et al., 1990; BRAND et al., 2008). A obtenção de cocaína para o consumo, envolve um processo em que as folhas da planta são colocadas em recipientes com um solvente do tipo éter, querosene ou mesmo gasolina, formando-se uma pasta com 40 a 85% de sulfato de cocaína. Após este procedimento, adiciona-se ácido clorídrico para se refinar o produto, eliminando-se as impurezas remanescentes do processo anterior, a fim de se obter um pó branco, o cloridrato de cocaína. Este pó que é inodoro, cristalino, ou de cristais higroscópicos transparentes, constitui a formulação legal da cocaína e geralmente, da ilícita (CHASIN, SALVADORI, 1996), utilizado para inalação ou como solução por via intravenosa podendo, ocasionalmente, ser misturado com heroína (HAIM et al., 1995). Entretanto, como possui ponto de ebulição a 187°C, não pode ser fumada por se decompor nesta temperatura (HAIM et al., 1995; CHASIN, SALVADORI, 1996).

Devido ao seu alto preço no mercado, a cocaína é misturada (“cortada”), frequentemente com outras substâncias (adulterantes), como pó de mármore, giz, talco, farinha, lactose, caféina, lidocaína, efedrina, fenciclidinina, quinina, sacarose e sais de baixo custo, como bicarbonato de sódio e sulfato de magnésio, sendo os teores de COC HCl variáveis entre 15 a 90%,

constituindo-se no produto conhecido por “cocaína ou droga de rua” (JATLOW, 1987; CHASIN, SALVADORI, 1996; COSTA LEITE, ANDRADE, 1999).

A forma mais comuns de administração da cocaína é a intranasal (aspiração nasal), denominada popularmente como prática de “cafungar” cuja mucosa entra em contato direto com a droga. Além disso a forma intravenosa em que a cocaína é dissolvida em água e injetada (devido à constrição local no músculo, a injeção de cocaína pode causar necrose) estão presentes. Pode também ser utilizada por via oral, o que não é muito comum (HAIM et al., 1995; CHASIN, SALVADORI, 1996; KARCH, 1999; TERRA FILHO et al., 2004). Na década de 1990, surgiu a prática da administração da cocaína na forma de base livre, crack ou pedra, através do ato de fumar (CHASIN, SALVADORI, 1996).

As vias fumada e intravenosa resultam numa absorção mais rápida da cocaína, levando a uma intensa euforia, maior potencial para o vício e maior risco a reações tóxicas (LEE et al., 1991). Enquanto a inalação da cocaína necessita de três a cinco minutos para atingir a circulação cerebral, pela via fumada, a cocaína requer de seis a oito segundos e pela via intravenosa, entre 16 a vinte segundos (HAIM et al., 1995). O tempo médio da cocaína na circulação sanguínea varia de sessenta a noventa minutos, de acordo com a via de administração (EGRED, DAVIS, 2005). Dentre as vias de introdução pelas quais ocorre à autoadministração de cocaína, a intranasal é uma das mais utilizadas e consiste em se dispor os cristais de cloridrato de cocaína enfileirados em superfície lisa, com 10 a 30 mg por fileira de droga, que são aspiradas de tal forma que a absorção ocorre pela mucosa nasal. A administração da cocaína pela via pulmonar, na forma de base livre ou crack, pode ser comparada à via intravenosa em termos de velocidade de absorção, pico de concentração plasmática, duração e intensidade de efeitos. Observa-se uma mudança de padrão de uso na administração da cocaína verificada nos últimos anos, tornando a forma intravenosa, que já foi a mais popular, quase que não mais utilizada (BLANKSMA, BRAND, 2005).

Estimulante do sistema nervoso central (SNC), a cocaína apresenta habilidade em interagir com neurotransmissores como norepinefrina e dopamina, resultando desta interação, alterações na comunicação interneural normal (ISAACS et al., 1987). Após sua utilização, uma elevação temporária das concentrações de dopamina e norepinefrina com subsequente

redução a valores abaixo dos normais, concentrações estas, relacionáveis respectivamente, com os estados de euforia e depressão experimentados pelos usuários da droga (CHASIN, SALVADORI, 1996).

Os efeitos da cocaína podem ser explicados por sua ação em vários receptores- ocorre o bloqueio da recaptação de catecolaminas nos terminais pré-sinápticos de nervos simpáticos, o que resulta em acúmulo de catecolaminas na fenda sináptica e aumenta a estimulação de células receptoras. O excesso desses neurotransmissores, dopamina, norepinefrina e serotonina nos sítios receptores pós-sinápticos explica o efeito psicoestimulante, a sensação de prazer e euforia transientes. Da mesma forma, a estimulação adrenérgica parece ocorrer pelo mesmo mecanismo sendo que no uso crônico de cocaína, tanto a norepinefrina quanto a dopamina se tornam significativamente reduzidas no cérebro (LEE et al., 1991; BROWN, JOHNSON, 1994; CHASIN, SALVADORI, 1996; LANCASTER et al., 2000; MOTTA et al., 2004; BAINS, HOSSEINI-ARDEHALI, 2005; BLANKSMA, BRAND, 2005; GLAUSER, QUEEN, 2007; LUFT, MENDES, 2007). A diminuição da dopamina cerebral pode resultar em anormalidade das vias dopaminérgicas, desenvolvendo, por exemplo, a disforia, fadiga e depressão intensa observada durante a abstinência do uso da droga (LEE et al., 1991) ou ainda, levando a complicações psiquiátricas (CHASIN, SALVADORI, 1996). A depleção da dopamina está relacionada com o comportamento de busca uma vez que o usuário crônico se auto administra repetidamente para aumentar os níveis de dopamina. A cronicidade, ou seja, reforço/comportamento de busca, expresso por aumento/diminuição dos níveis de dopamina, constitui a base bioquímica do ciclo euforia/disforia, caracterizando o desenvolvimento da farmacodependência à cocaína (CHASIN, SALVADORI, 1996).

Dentre os efeitos da cocaína alguns autores citam sensação de prazer indescritível, excitação generalizada, hiperatividade, perda da sensação de cansaço, sensação de poder, falta de apetite e em altas doses, pode promover insônia, alucinações e convulsões (FRIEDLANDER, GORELICK, 1988; LUFT, MENDES, 2007), podendo também desencadear ataques de pânico, reações de fobia, obsessões e compulsões, comportamentos que podem persistir mesmo com o uso descontinuado da droga (ANTHONY, et al., 1989).

2.2 CRACK

O crack foi identificado, inicialmente, nos Estados Unidos na década de 1980, em comunidades em situação de vulnerabilidade social, habitualmente vivendo nas regiões mais empobrecidas, em função do deslocamento da classe média para os bairros mais afastados e os subúrbios (SMART, 1991).

No Brasil, não há registros precisos acerca de quando a circulação do crack realmente se iniciou, ou seja, quando houve a oferta dessa nova apresentação nos pontos de venda e demanda por parte dos consumidores (BASTOS, BERTONI, 2014). Entretanto, os primeiros artigos sobre o consumo do crack no Brasil, foram referentes a usuários da cidade de São Paulo e acredita-se que a droga estaria disponível em São Paulo, a partir de 1991 (NAPPO et al., 1994). Os resultados da I Pesquisa Nacional Sobre o Crack indicaram o número estimado de usuários de crack no Brasil: 566.598 pessoas, o que corresponde a 0,81% da população brasileira. Os resultados também demonstraram que pouco mais de 70% estão na faixa etária de 18 a 34 anos; sendo 78% do sexo masculino e 79% de não-brancos (BASTOS, BERTONI, 2014).

A partir de uma solução de cloridrato de cocaína e água tratada por uma substância alcalina como o bicarbonato de sódio, obtêm-se após aquecimento e resfriamento dessa mistura, um precipitado na forma de massa sólida, pequenos pedaços cristalinos conhecidos por crack (ISAACS et al., 1987; HAIM et al., 1995; CHASIN, SALVADORI, 1996). O nome deriva do verbo “to crack”, que, em inglês significa quebrar, devido aos pequenos estalidos produzidos pelos cristais ou pedras ao serem queimados, como se quebrassem (LEE et al., 1991; BRAND et al., 2008). Alguns fatores têm contribuído para o aumento do uso do crack nos últimos anos, como custo mais barato, se comparado a outras drogas, a não necessidade de material para injetar a droga e obtenção quase imediata de seus efeitos por via da circulação pulmonar (COSTA LEITE, ANDRADE, 1999; DRISCOLL, 2003; BLANKSMA, BRAND, 2005).

Com aproximadamente 90% de base livre pura de cocaína (ISAACS et al., 1987; TERRA FILHO et al., 2004), esta forma, com ponto de fusão a 98°C possui a característica de poder ser fumada (HAIM et al., 1995; CHASIN, SALVADORI, 1996), geralmente em pequenos

cachimbos (chamados de maricas, os quais muitas vezes são improvisações de latas, papel de alumínio, canos e conexões hidráulicas) (ZORZETTO, 2007), ou misturada a cigarros de maconha ou tabaco (ISAACS et al., 1987; HAIM et al., 1995; CHASIN, SALVADORI, 1996). A pasta de coca, denominada merla, pode também ser utilizada da mesma forma por conter cocaína na proporção de 70 a 85% e, portanto apresentar propriedades similares ao crack (CHASIN, SALVADORI, 1996).

A cocaína é uma droga de efeito rápido e duração breve e na forma de crack, o usuário aspira a fumaça produzida e a droga é rapidamente absorvida pelas vias pulmonares. Como o pulmão é um órgão intensivamente vascularizado e com grande superfície para absorção, a droga chega muito rápido ao sistema nervoso central. Os primeiros efeitos aparecem de 6 a 8 segundos produzindo uma intensa euforia. Como a duração dos efeitos é menor (em média vinte minutos), o usuário passa a utilizar a droga com mais frequência, tornando-o dependente muito mais rápido. O uso crônico de crack parece gerar dentro de um período relativamente curto de tempo o desenvolvimento de tolerância à euforia produzida pela droga, o que implica em um aumento das doses a fim de que o mesmo efeito seja obtido (ISAACS et al., 1987; WOOD et al., 1996; CEBRID, 2008).

O crack, no SNC, age diretamente sobre os neurônios, bloqueando a captura do neurotransmissor dopamina, mantendo-a por mais tempo nos espaços sinápticos e com isso, contribuindo para que as atividades motoras e sensoriais sejam superestimadas. Desse modo, a droga aumenta a pressão arterial e a frequência cardíaca, além de provocar risco de convulsão, infarto e derrame cerebral (NAPPO et al., 1996).

O consumo associado de cocaína e/ou crack com bebidas alcoólicas é muito frequente e produz o metabólito cocaetileno, homólogo etil da cocaína em cuja molécula o grupo metil é substituído pelo grupo etil. Essa substância tóxica produz um efeito mais acentuado que os verificados com cada agente em separado, podendo gerar uma maior perda do controle do consumo, problemas sociais e condutas violentas que levam a comportamentos de risco, base de quadros clínicos de maior gravidade (PRIOR et al., 2006). Essa associação provoca um aumento e prolongamento da euforia, acompanhado de grande toxicidade (VASCONCELOS et al., 2001). Em consequência, pode haver um aumento do risco de efeitos cardiovasculares

(frequência cardíaca e pressão sanguínea) (CHASIN, SALVADORI, 1996), das concentrações plasmáticas de cocaína (MARTIN et al., 2014) podendo ocorrer até complicações fatais (IMESC, 2016). Quando o uso é associado com álcool, a via de administração da cocaína pode apresentar efeitos diferenciais sobre a acumulação de cocaetileno nos tecidos corporais (GOSSOP et al., 2006).

A velocidade de destruição da vida mental, orgânica e social do indivíduo é fator preocupante do uso do crack (VERDEJO-GARCIA et al., 2007) uma vez que, segundo Lescher (2010), existe uma perda do encantamento diante das questões do cotidiano, por parte dos usuários de crack ou seja, perda daquilo que dá sentido à vida. O autor acredita que deve fazer parte da recuperação, o “reencantamento” do usuário pela vida e a presença de uma rede familiar e social é fundamental para auxiliar na adesão ao tratamento e na manutenção da abstinência (KESSLER, PECHANISKY, 2008).

Entretanto, por se tratar de uma droga da década de 1990 e pelo aumento na incidência de usuários, também ser recente, há poucos estudos disponíveis investigando exclusivamente o impacto do consumo de crack nas condições bucais (ANTONIAZZI, et al., 2013).

2.3 EFEITOS SISTÊMICOS

A cocaína é absorvida através de todas as áreas do corpo, em especial nas membranas mucosas. Na presença de inflamações, esta absorção é aumentada e dessa forma, as consequências sistêmicas podem também aumentar (LEE et al., 1991). Esses efeitos provocados pela cocaína independem da via de administração, pois tanto o crack quanto o pó apresentam efeitos semelhantes, diferindo quanto à duração e magnitude (FRIENDLANDER, GORELICK, 1988; CEBRID, 2008). Mais de 50% dos usuários que utilizam a cocaína em pó apresentam hemorragias nasais periódicas, sinusite crônica, rinite, enquanto que a perfuração do septo nasal foi observada em até 5% de usuários (LEE et al., 1991; BLANKSMA, BRAND, 2005; BRAND et al., 2008).

Uma variedade de complicações sistêmicas também está relacionada ao uso da cocaína, como por exemplo: psicoses, alterações renais, pulmonares, digestivas, complicações mãe-feto

(anormalidades congênitas, gestação de curta duração, maior risco da síndrome da morte súbita infantil entre outras), midríase; contrações musculares; tremores das extremidades; convulsões; hipertermias (por ação central); reações alérgicas. Os efeitos mais intensos ocorrem no sistema cardiovascular, causando arritmias, seguidas por ataques e colapsos cardiopulmonares, infartos, taquicardias, hipertensão e acidente vascular cerebral, hipertrofia de ventrículo esquerdo, disfunção sistólica, depressão miocárdica (ISAACS et al., 1987; LEE et al., 1991; BROWN, JOHNSON, 1994; GLAUSER, QUEEN, 2007). Associados a estes efeitos cardiovasculares, a cocaína pode provocar ainda constrição no baço, levando a alterações dos parâmetros hematológicos, tais como aumento dos níveis de hemoglobina, hematócrito e contagem de hemácias (KAUFMAN et al., 1998). A endocardite bacteriana é outro risco associado ao uso da droga, uma vez que o acesso venoso, aumento da frequência cardíaca e hipertensão arterial, levam à disfunção valvar e vascular, predispondo à invasão bacteriana (CHAMBERS et al., 1987). O uso crônico da cocaína pode levar a uma degeneração irreversível dos músculos esqueléticos, chamada rabdomiólise (CARLINI et al., 2001a).

A cocaína quando fumada, segundo Glauser, Queen (2007) pode ser indutora de perfuração intestinal. Entretanto, as manifestações gastrointestinais não parecem ser influenciadas pela rota de administração. Outras complicações intestinais, resultantes do uso da cocaína, incluem ulcerações gástricas, fibrose retroperitoneal e enfarte visceral (GOSSOP, 1987; HAIM et al., 1995; TERRA FILHO et al., 2004). Contudo, as perturbações gastrointestinais, incluindo hiperacidez, refluxo gastroesofágico, náusea e vômitos, propulsionam o ácido gástrico para a cavidade oral, provocando danos erosivos aos tecidos dentários (BASSIOUNY, 2013).

Os usuários de crack têm apresentado maior ocorrência de doenças sistêmicas, como as complicações cardiovasculares, respiratórias, neurológicas e gastrointestinais (RIBEIRO et al., 2006; DEVLIN, HENRY, 2008; KAUSHIK et al., 2011; MILROY, PARAI, 2011). Entretanto, a rota de administração fumada na forma de crack ou base livre são mais associadas a complicações pulmonares com relatos por parte dos usuários de dor nos pulmões e expectoração de sangue e de material escuro resultado da inalação de resíduos dos produtos da combustão (GOSSOP, 1987; HAIM et al., 1995; TERRA FILHO et al., 2004). De acordo com Nassif et al., 1999, as principais alterações do uso de crack são lesões no trato

aerodigestivo superior (mucosa nasal, septo nasal, faringe, mucosa oral, laringe, esôfago superior) em razão dos efeitos irritativos, vasoconstritores e devido às queimaduras decorrentes da inalação de gases de altas temperaturas, em uma mucosa anestesiada pela droga. Entre as queixas mais frequentes dos usuários, ressaltam-se as dores de garganta, disfagia, perda de olfato e perda do paladar, como as manifestações que podem afetar o consumo de alimentos e conseqüentemente, comprometer o estado nutricional.

A cocaína bloqueia a condução nervosa similarmente a alguns anestésicos locais utilizados na odontologia, a exemplo da lidocaína, xilocaina e articaína; além disso, sua ação vasoconstrictora aumenta a resposta a epinefrina, que frequentemente, é utilizada como vasoconstrictor nesses anestésicos (ISAACS et al., 1987; FRIEDLANDER, GORELICK, 1988; DRISCOLL, 2003; BAINS, HOSSEINI-ARDEHALI, 2005; BLANKSMA, BRAND, 2005). Conseqüentemente, após o uso recente de cocaína, a administração de anestésicos locais à base de epinefrina e até mesmo o uso de fios retratores impregnados com esse vasoconstrictor, pode provocar um aumento agudo da pressão sanguínea seguida de uma crise de angina, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral. A combinação com a lidocaína também aumenta o risco de convulsões (FRIEDLANDER, GORELICK, 1988; DRISCOLL, 2003; BLANKSMA, BRAND, 2005; BRAND et al., 2008). Segundo Blanksma, Brand, 2005, experimentos com animais demonstraram que a associação de cocaína com anestésicos locais contendo epinefrina pode ser fatal e a realização de qualquer tratamento dentário que exija anestesia, deverá ser realizado após 24 horas de uso da droga a fim de permitir sua eliminação (FRIEDLANDER, GORELICK, 1988).

2.4 ALTERAÇÕES BUCAIS

Maus hábitos alimentares, consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas dentre outros fatores, caracterizam o estilo de vida adotado pelas pessoas e estes aspectos, apresentam-se diretamente como fator de risco para doenças bucais. Entretanto, a identificação das causas das doenças bucais entre os usuários não é fácil, uma vez que existe uma variedade de comportamentos não saudáveis, como higiene bucal deficiente, aumento da ingestão de açúcar e nutrição inadequada são alguns exemplos (REECE, 2007; CRETZMEYER et al., 2007; ZADOR et al., 2008).

A dificuldade de acesso a serviços odontológicos entre os usuários de drogas, a baixa priorização da saúde bucal associada a uma necessidade de obtenção de drogas, o medo e a aceitabilidade pelo serviço odontológico e o estilo de vida, refletem uma associação multifatorial entre o abuso de drogas e uma saúde bucal deficiente, agravada ainda por outros fatores como baixo nível socioeconômico (SCHEUTZ, 1984b; ROBINSON et al., 2005). Desse modo, a saúde bucal deficiente dos usuários, é caracterizada pela presença de cárie, dentes perdidos ou obturados (LASLETT, et al., 2008) maior do que a maioria da população em geral, por efeitos fisiológicos do uso da droga como xerostomia (MOLENDIJK et al., 1996) e por apresentarem bruxismo, cêntrico ou excêntrico (WINOCUR et al., 2001).

Além disso, os toxicodependentes geralmente demonstram uma auto imagem fortemente diminuída, presença de estado depressivo e falta de motivação, todos fatores que podem impactar a saúde bucal e influenciar negativamente os procedimentos de higiene bucal (SCHEUTZ, 1984b). Finalmente, o uso crônico de algumas drogas pode mascarar a dor proveniente das alterações bucais e o usuário, não procurar atendimento odontológico (ROSENBAUM, 1981).

Gigena et al., 2012, ao avaliarem a situação odontológica de 61 jovens, de ambos os sexos, dependentes de substâncias psicoativas (SPA), em recuperação, por meio de exames clínicos e amostras de saliva, em Córdoba, Argentina, concluíram que o policonsumo diário, a maior frequência e o tempo mais longo de exposição as SPA, foram fatores de maior impacto negativo na saúde bucal da população investigada.

Nem todos os pacientes relatam serem usuários de drogas, os cirurgiões dentistas devem estar atentos aos sinais característicos de uso como: midríase, comportamento agitado, taquicardia, defeitos do septo nasal e devido a trombocitopenia, sangramento gengival espontâneo (ISAACS et al., 1987; MOTTA et al., 2004; BLANKSMA, BRAND, 2005; ROBINSON et al., 2005; BRAND et al., 2008).

Devido ao efeito anestésico e vasoconstrictor da droga, o uso exacerbado de cocaína pela via inalatória, pode causar necrose do septo nasal e do palato, podendo resultar em perfuração desses tecidos (KAPILA, KASHANI, 1997; LANCASTER et al., 2000; DRISCOLL, 2003;

BAINS, HOSSEINI-ARDEHALI, 2005; GLAUSER, QUEEN, 2007). Em geral, ocorre primeiro a perfuração do septo nasal que é seguida meses depois, por uma lenta perfuração palatal (BRAND et al., 2008) podendo causar perfuração em ambos os palatos (BAINS, HOSSEINI-ARDEHALI, 2005). Diferentes mecanismos patogênicos buscam explicar essas lesões induzidas pela cocaína: isquemia local promovida pela ação vasoconstrictora local da droga sobre os tecidos duros e moles, quando administrada por períodos prolongados e contínuos de tempo (JEWERS et al., 2005), traumatismo direto e irritação da mucosa produzidos por adulteração de substâncias aditivas e formação de fístulas por superinfecção em usuários imunologicamente deprimidos (VILELA et al., 2002).

Segundo Blanksma, Brand, 2005, a maioria dos pacientes com necrose do palato induzida por cocaína são mulheres (72%) a despeito do fato de que mais homens do que mulheres utilizam cocaína. E de acordo com Lancaster et al., 2000, o septo nasal das mulheres é mais susceptível à ação da droga. Silvestre et al., 2012, avaliaram, após um diagnóstico diferencial preciso, quatro casos de perfuração palatina mediana, em dependentes de cocaína. A análise histopatológica das margens da lesão foi realizada em dois dos quatro casos, na qual não se observou evidência de vasculite ou abuso de cocaína ativa. Devido ao estabelecimento da comunicação oronasal, os pacientes foram submetidos a cirurgias reconstrutivas e / ou próteses de vedação. Segundo os autores, a avaliação histológica das margens de comunicação oronasais pode ser útil para estabelecer a persistência do uso ativo, e também como uma ferramenta complementar para o planejamento de tratamento.

2.5 ALTERAÇÕES DENTÁRIAS

De acordo com Pedreira et al., 1999, a literatura odontológica é bastante escassa em relação a trabalhos relacionados a pacientes usuários crônicos de cocaína, devido às dificuldades em se realizar pesquisas com os referidos pacientes. Os trabalhos existentes são provenientes de relatos de casos clínicos e não, de pesquisas clínicas randomizadas (GLAUSER, QUEEN 2007).

Devido ao seu alto preço no mercado, e também ao risco quando usada em estado puro, a cocaína é misturada (adulterada), frequentemente com sacarose e com cremor tártaro

(bitartarato de potássio), substâncias amórficas, mas, altamente cariogênicas e que não interferem no efeito anestésico durante o “teste do sabor” efetuado pelos usuários da droga (DRISCOLL, 2003; BLANKSMA, BRAND, 2005). Este teste é realizado com o propósito de verificação da pureza da cocaína e consiste em esfregar o pó na mucosa gengival com o dedo indicador, em geral nas regiões de canino e dentes adjacentes. Quanto melhor for a qualidade da cocaína, maior será o efeito analgésico (ISAACS et al, 1987; BLANKSMA, BRAND, 2005). Por meio deste procedimento, em curto espaço de tempo, podem surgir lesões cariosas nos dentes das regiões citadas, como também eritemas, ulcerações e necroses nas mucosas (KRUTCHKOFF et al., 1990; KAPILA, KASHANI, 1997; DRISCOLL, 2003; BLANKSMA, BRAND, 2005). Alguns pacientes podem acusar dor, retração gengival e muitas vezes apresentar um filme esbranquiçado facilmente removível recobrimdo a gengiva (KAPILA, KASHANI, 1997; BLANKSMA, BRAND, 2005). Os efeitos vasoconstrictores da cocaína levam à formação de lesões devido à falta de suprimento sanguíneo, podendo resultar em perda de inserção na área local de aplicação da droga e severa recessão do tecido periodontal vestibular associado (WOYCEICHOSKI et al., 2008; COLODEL et al., 2009; SHANTIPRIYA et al., 2012).

A cocaína é hidrolisada pela esterase sérica e pelo fígado gerando dois metabólitos principais, a benzoilecgonina e éster metilecgonina (CONE, 1993). O autor analisou a concentração de cocaína e seus metabólitos na saliva, em diferentes tempos de ação e rotas de administração. Esses metabólitos por serem ácidos têm a capacidade de atacar a hidroxiapatita do esmalte e da dentina (BROWN, JOHNSON, 1994; KRUTCHKOFF et al., 1990; BLANKSMA, BRAND, 2005).

De acordo com Mair et al., 1996, o desgaste dentário pode ser definido como uma consequência da interação entre as superfícies dentárias que se movem em contato, resultando na remoção gradual de material dessas superfícies. Como este processo é multifatorial, a etiologia envolve a combinação de forças mecânicas e de degradação química (YIP et al., 2004), observando-se, frequentemente, desgastes do tipo abrasivo, erosivo ou corrosivo e por fadiga (MAIR et al., 1996). A associação destes diferentes processos é o principal fator para o entendimento do mecanismo de desgaste, sendo extremamente difícil diferenciá-los clinicamente (GRIPPO et al., 2004; MAGALHÃES et al., 2005).

Krutchkoff et al., 1990, descreveram dois casos clínicos em que o uso crônico de cocaína promoveu desgaste do esmalte dentário. O paciente, inicialmente, aplicava cocaína diretamente na mucosa nasal, porém, com a perfuração do septo nasal, passou a aplicar a droga diretamente na gengiva e no vestíbulo bucal de áreas adjacentes aos dentes relatados com desgaste do esmalte. A perda do tecido dentário foi localizada, ocorrendo apenas nos dentes adjacentes ao local de aplicação da droga. No segundo caso, embora o paciente administrasse a droga por via nasal, afirmou que a inalação da droga provocava sabor azedo ou amargo na boca. Constataram-se clinicamente, lesões cervicais generalizadas, consistentes com corrosões dentais de esmalte, com superfícies lisas e cristalinas e de aspecto fino.

Brown, Johnson, 1994, descreveram três casos clínicos nos quais restaurações com ligas metálicas a base de ouro, sofreram corrosão resultante do uso de crack, evidenciadas após exame clínico. Os autores enfatizaram a importância da declaração dos pacientes confirmando o uso da droga, em razão da confiança adquirida e do comportamento de não julgamento. Devido à instabilidade química entre as ligas dentais, duas ocorrências distintas foram observadas, corrosão e manchamento, alterando a superfície dos metais quando utilizados na cavidade oral. A corrosão envolve a dissolução eletroquímica do metal ou formação de produtos reacionais superficiais, enquanto que o manchamento, uma forma específica de corrosão, promove a descoloração superficial causada pela formação de produtos da reação (TREACY; GERMAN, 1984).

Kapila, Kashani, 1997, descreveram um caso clínico cujo paciente revelou recessão gengival bilateral e erosão cervical nas superfícies vestibulares de pré-molares e dentes anteriores, com menor envolvimento das superfícies vestibulares dos anteriores inferiores, em decorrência da aplicação de cocaína na gengiva.

A erosão dental pode ser desencadeada pela ação de ácidos provenientes tanto do meio interno, como do meio externo. Todo ácido com pH inferior a 5,5 em contato com a estrutura dental, é potencialmente capaz de desmineralizar os tecidos duros (GRIPPO et al., 2004). As erosões de origem endógena estão presentes em pacientes bulímicos, anoréxicos, com distúrbios gastroesofágicos, que regurgitam e/ou vomitam com frequência, expondo assim as superfícies dentais à ação do ácido gástrico. Os ácidos de origem extrínseca, capazes de

provocar erosões dentais, são provenientes da dieta alimentar, do meio ambiente ou de medicamentos (SERAIIDARIAN, JACOB, 2002; GRIPPO et al., 2004; AMAECHI, HIGHAM, 2005; MAGALHÃES et al., 2005). Dentre os fatores etiológicos extrínsecos, os ácidos presentes na dieta alimentar, proveniente da ingestão de sucos de frutas cítricas e bebidas acidificadas, como refrigerantes, refrescos de frutas, bebidas isotônicas para esportistas, doce de frutas cítricas; chá de limão parecem ser os principais fatores etiológicos da corrosão dental. (AMAECHI et al., 1999; SERAIIDARIAN, JACOB, 2002; GRIPPO et al., 2004). O uso de certas drogas como a cocaína e o ecstasy está associado ao consumo excessivo de bebidas ácidas, devido aos efeitos colaterais da desidratação e hipossalivação, predispondo o usuário também, ao risco de erosão dentária (AMAECHI, HIGHAM, 2005). Como a solubilidade do esmalte é dependente do pH, qualquer solução com um baixo pH pode causar erosão, particularmente, se o contato for extenso e intermitente, consequentemente, desmineralizando a matriz dental inorgânica por meio de ácidos de diferentes origens (MEURMAN, TEN CATE, 1996; LITONJUA et al., 2003).

Além do pH, outros fatores interferem na estabilidade dos cristais de apatita no esmalte: as concentrações de íons cálcio, fosfato e flúor na saliva, as quais variam no próprio e entre os diferentes indivíduos, dependendo da taxa do fluxo e das proporções de saliva proveniente das glândulas salivares (SOBRAL et al., 2000). Com a queda do pH, a solubilidade da apatita do esmalte aumenta drasticamente, já que a queda de uma unidade de pH, dentro da faixa de pH de 7,0 a 4,0, representa um aumento de sete vezes na solubilidade da hidroxiapatita (SMITH, SHAW, 1987). O valor do pH crítico, entre 5,2 e 5,5, depende das concentrações de cálcio e fosfato na saliva e mesmo quando a saliva está subsaturada de hidroxiapatita, ainda assim, pode permanecer supersaturada de fluorapatita (SOBRAL et al., 2000). Entretanto, em pH 4,0, a saliva apresenta-se subsaturada de ambas as apatitas perdendo portanto, a capacidade mineralizante. O risco de desmineralização do esmalte envolve um pH abaixo de 5,5 e para a dentina e o cemento radicular, abaixo de 6,2 (MEURMAN, TEN CATE, 1996; JOHANSSON et al., 2002).

Os potenciais corrosivos dos ácidos, aos quais os indivíduos estão expostos são fortemente influenciados pela capacidade tampão salivar, propriedades de quelação do cálcio, frequência e duração da exposição ao ácido e temperatura (AMAECHI et al., 1999; WEST et al., 2000;

GRIPPO et al., 2004). A ação dos ácidos pode ser exacerbada por situações clínicas como bruxismo e xerostomia, a qual tem importante papel no tamponamento dos ácidos. A xerostomia pode ocorrer devido à ação de medicamentos, como tranquilizantes, anti-histamínicos, antieméticos (SERAIIDARIAN, JACOB, 2002; PUY, 2006), condições sistêmicas fisiológicas ou patológicas ou uso de substâncias tóxicas, como a cocaína, ecstasy e álcool (AMAECHEI, HIGHAM, 2005; PUY, 2006), tornando dessa forma, o indivíduo susceptível à erosão dental. Benzodiazepinas, haloperidol, ou propranolol, qualquer desses agentes terapêuticos, podem estar associados com xerostomia grave (REES, 1992).

Segundo Puy, 2006, a saliva protege os dentes da corrosão dental diluindo e eliminando substâncias corrosivas através da capacidade tampão, balanceamento dos processos de remineralização e desmineralização e formação da película adquirida. Entretanto, quando o fluxo salivar é menor, o tampão de fosfato assume papel essencial, uma vez que a capacidade de diluir e eliminar substâncias sobre os dentes fica extremamente reduzida. Quando o pH atinge o nível crítico, 5,5, a hidroxiapatita começa a se dissolver, liberando cálcio e fosfatos que tentam restaurar o equilíbrio. Os fatores que regulam o equilíbrio da hidroxiapatita são o pH e a concentração de íons cálcio livres, fosfatos e fluoretos. Tanto a saliva quanto o biofilme são supersaturados desses íons, os quais protegem os dentes e recuperam a hidroxiapatita. Algumas proteínas salivares também se ligam a hidroxiapatita inibindo a precipitação espontânea de cálcio e fosfato e mantendo a integridade dos cristais de esmalte.

Scheutz, 1984a, investigou a saúde bucal de 134 usuários de drogas intravenosas, com idade média de 25 anos, entre 1977 a 1981, em Aarhus, na Dinamarca e concluiu que a higiene bucal deficiente desses pacientes estava associada não apenas ao consumo de drogas, mas também, ao baixo nível de educação e status social. Em outro estudo, Scheutz, 1984b, descreveu os resultados de cinco anos de atendimento odontológico gratuito a usuários de drogas em uma clínica municipal na Dinamarca, destacando como uma das principais dificuldades, a impossibilidade de se manter um tratamento odontológico regular, devido à instabilidade social do referido grupo. O índice de CPOS foi de 50.2, sendo a incidência de cárie por ano de 2.5 superfícies (1.3 em superfícies novas e 1.2 em superfícies com cáries recorrentes). Os resultados também indicaram um maior aumento de cárie no sexo feminino, entretanto sem diferença estatística. Uma maior ou menor presença de leucoqueratose na

região de palato, cerca de 100%, foi verificada entre os fumantes. As injúrias traumáticas na região orofacial foram frequentes e preponderantes no sexo masculino. O número de restaurações foi de 8.2 por indivíduo na fase inicial de tratamento e 1.7 por ano, individualmente, na fase de manutenção. O autor concluiu que a saúde bucal deficiente dos usuários de drogas está associada ao estilo de vida e que a Odontologia tem importante função, tanto na eliminação da dor e desconforto dos pacientes, como também na reabilitação dos mesmos, promovendo melhora na aparência e autoestima.

2.6 ALTERAÇÕES PERIODONTAIS

A doença periodontal definida como uma doença sujeito e sitio-específica, evolui continuamente, com períodos de exacerbação e de remissão, a depender de uma resposta inflamatória e imune do hospedeiro à presença de bactérias e seus produtos. As manifestações clínicas da doença são dependentes das propriedades agressoras dos microrganismos e da capacidade do hospedeiro em resistir à agressão (KALDAHL et al., 1996; ALMEIDA et al., 2006). A extensão e a gravidade apresentam razões multifatoriais, podendo estar associadas a condições de risco, como alterações sistêmicas e aspectos comportamentais (PAGE, 1998). E entre os aspectos comportamentais, os hábitos de higiene são confirmadamente, primordiais, embora os hábitos alimentares, dentre outros, também desempenhem importância na etiologia da doença periodontal (PENNEL; KEAGLE, 1977).

A doença periodontal é uma das mais comuns doenças inflamatórias crônicas. Embora a etiologia seja multifatorial, o biofilme dentário é considerado um fator etiológico primário. Os fatores de risco pertencem a uma "cadeia etiológica" e estão diretamente relacionados à ocorrência da doença. Entre esses fatores, existem os fatores de risco modificáveis os quais incluem o tabagismo, as doenças sistêmicas, e outros fatores relacionados com a saúde bucal, os quais modificam o mecanismo de proteção do hospedeiro e influenciam na manifestação e na progressão da doença periodontal (SHANTIPRIYA et al., 2012). As drogas de abuso afetam os tecidos bucais (cárie, periodontite), podendo levar a estados potencialmente malignos (leucoplasia, fibrosa oral submucosa) ou ainda, predispor a infecções orais (candidíase, gengivite) por comprometer a imunidade local (ROOBAN et al., 2008). Os efeitos vasoconstrictores da cocaína resultam em perda de inserção na área local de aplicação

da droga e severa recessão do tecido periodontal vestibular associado (SHANTIPRIYA et al., 2012).

Invernici, 2012, avaliou a condição periodontal de um grupo de 156 indivíduos do sexo masculino divididos em três grupos: fumantes de crack e tabaco, fumantes de tabaco, e indivíduos não fumantes. O exame periodontal investigou as seguintes variáveis: profundidade de sondagem, nível de inserção clínica, índice gengival, índice de placa e sangramento à sondagem. Os resultados indicaram que a condição periodontal de usuários fumantes de crack e tabaco foram similar a dos fumantes de tabaco, porém, pior que a encontrada em não fumantes.

Albini, 2013, verificou entre os usuários de drogas ilícitas, maconha, tabaco e crack, que a condição periodontal da maioria deles apresentava-se deficiente, demonstrando pobre higiene bucal, gengivite moderada e periodontite leve. Em 2015, Albini et al., avaliaram o perfil sociodemográfico e a condição bucal de 100 usuários de drogas no estado do Paraná, por meio de questionário e de exame físico. Os resultados indicaram que houve predominância indivíduos do gênero masculino, jovens, solteiros, com baixa escolaridade e consumidores de drogas lícitas e ilícitas, com condição bucal deficiente, presença de biofilme detectável nas superfícies dentárias. A média do CPOD foi 15,21 (DP=5,84) e quanto maior o tempo de dependência, maior este índice ($p < 0,05$). O sangramento à sondagem ocorreu em 82,7% dos casos e inflamação moderada em 79,5%.

A idade pode ser considerada um fator de risco para a doença periodontal uma vez que a literatura demonstra que com o aumento da idade, existe um agravamento nos valores da profundidade de sondagem e do nível de inserção clínica em relação à doença periodontal (GROSSI et al., 1994; ALBANDAR et al., 1999). Usuários de cocaína e crack com quadros de xerostomia e/ou redução no fluxo salivar, parecem demonstrar, mesmo que indiretamente, associação positiva entre doença periodontal e xerostomia e/ou hipossalivação (PARRY et al., 1996; COLODEL et al., 2009).

Ainda há de se destacar a associação entre os usuários de crack com a diminuição da autoestima, da falta de cuidado com a higiene pessoal e da baixa condição socioeconômica, o

que provavelmente, serão fatores de influência no aumento da ocorrência de doença periodontal (SCHEUTZ, 1984b; FRIEDLANDER, MILLS, 1985; PARRY et al., 1996; CONSULIN, TOMITA, 2000; RIBEIRO et al., 2002; BASTOS et al., 2011).

Dávila et al., 2001, através de um estudo em 40 ratas, demonstraram a relação direta entre o uso de crack e as alterações clínicas e histológicas na gengiva, das quais o abscesso gengival representou a patologia mais frequente (63,2% dos casos). Os autores concluíram que diante do aumento do uso de drogas e dos resultados obtidos, é importante que o Cirurgião Dentista relacione o uso de drogas como agente causal de alterações na gengiva.

2.7 SINAIS E SINTOMAS DE DTM

Disfunções temporomandibulares (DTM) abrangem uma variedade de problemas clínicos que podem envolver os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular e/ou ambos, e apresentam algumas características comuns, sendo a dor, a principal delas. Além da dor, nos pacientes com DTM, frequentemente, são observados movimentos mandibulares limitados ou assimétricos, ruídos articulares, hipertrofia assintomática da musculatura mastigatória e desgaste oclusal, associado aos movimentos mandibulares parafuncionais, como por exemplo, bruxismo (MARTINS et al., 2000).

Como a etiologia das disfunções temporomandibulares é complexa e multifatorial, existem os fatores que aumentam os riscos, chamados de predisponentes, os fatores que iniciam a disfunção, fatores desencadeantes e os fatores que aumentam a progressão da DTM chamados de fatores perpetuantes (McNEILL et al., 1980).

Usuários que utilizam grande quantidade de cocaína, frequentemente apresentam bruxismo severo, o que resulta em desgastes e planificações das cúspides de pré-molares e molares, dor na articulação temporomandibular ou dor miofascial. A associação com álcool representa alta taxa de destruição dental, grande número de dentes cariados ou ausentes, doença periodontal avançada, além de xerostomia grave (FRIEDLANDER, GORELICK, 1988; LEE et al., 1991; BROWN, JOHNSON, 1994; PARRY et al., 1996; PEDREIRA et al., 1999; BLANKSMA, BRAND, 2005; ROBINSON et al., 2005). Outro efeito colateral adverso do uso de cocaína é

o ranger de dentes (BATES, 1988). Uma escovação dental agressiva foi relatada, por usuários, durante o “pico” de uso da cocaína e tem sido relacionada com abrasão cervical e lacerações gengivais (FRIEDLANDER, GORELICK, 1988; LEE et al., 1991).

Segundo Robinson et al., 2005, alguns usuários relataram a presença de sintomas incluindo ranger de dentes associado com desgaste dental, danos periodontais e distúrbios da articulação temporomandibular. Por apresentar um efeito vasoconstrictor, a cocaína pode causar ulceração e atrofia dos tecidos ou ainda, representar efeito estimulante nos músculos faciais e mastigatórios como a hipertrofia bilateral do músculo masseter. Os usuários com um longo período de uso de cocaína e histórico de bruxismo, frequentemente, queixam-se de distúrbios na articulação temporomandibular, sendo a manifestação clínica da síndrome de dor miofascial e aumento da tensão muscular mais frequente do que deslocamentos do disco articular (DAVIS et al., 1987; FRIEDLANDER, GORELICK, 1988).

Como a hiperfunção do sistema dopaminérgico tem um papel no desenvolvimento do bruxismo, demanda que o uso de cocaína está associado com o bruxismo. Esta hipótese é apoiada pela investigação teste-animal uma vez que a administração de cocaína em ratos mostrou um forte aumento nos movimentos mastigatórios não-funcionais e nas taxas de atrito dos incisivos inferiores (GOMEZ et al., 1998).

De acordo com Okeson, 2000, as atividades da musculatura mastigatória podem ser divididas em dois tipos básicos: funcional, a qual inclui mastigar, falar e deglutir; e parafuncional (não funcional), a qual inclui apertar e ranger os dentes (bruxismo) e vários hábitos orais. O autor subdividiu as atividades parafuncionais em aquelas que ocorrem durante o dia (diurna) e aquelas que ocorrem à noite (noturna). A atividade parafuncional diurna consiste em apertar os dentes, ranger e em ter muitos hábitos orais geralmente, feitos sem que o indivíduo tenha consciência deles, como morder a língua e bochecha, chupar dedos, hábitos posturais errados, ou relacionados com o trabalho, como morder canetas, unhas, ou segurar objetos debaixo do queixo como telefone ou violino. A atividade parafuncional noturna parece compor-se de episódios únicos (relacionados a apertar) e contrações rítmicas (bruxismo). Entretanto, segundo o autor, não se sabe se estas atividades resultam de diferentes fatores etiológicos ou do mesmo fenômeno manifestados de duas maneiras diferentes.

De acordo com Bader, Lavigne, 2000, o bruxismo que ocorre durante a vigília ou bruxismo diurno e o bruxismo durante o sono, bruxismo noturno, são entidades clínicas diferentes que ocorrem em distintos estados de consciência (vigília e sono), com diferentes etiologias, devendo, portanto, ser diferenciadas porque necessitam de estratégias de tratamentos diferentes. O bruxismo noturno pode ser causado por uso de substâncias, como álcool, cafeína (doses altas), cocaína, anfetaminas, substâncias relacionadas às anfetaminas, como o metilendioximetanfetamina (MDMA) ou ecstasy, assim como por medicamentos antipsicóticos antagonistas da neurotransmissão dopaminérgica, antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina. Indivíduos com bruxismo noturno apresentam maior risco de disfunção temporomandibular (DTM) (GOULET et al., 1993).

A prevalência de ranger de dentes é mais elevada em pacientes adultos que vivem sob tensão emocional, que são hiperativos, agressivos ou que apresentam uma personalidade compulsiva. Verificou-se que alguns indivíduos com tensão emocional continuam a ranger os dentes mesmo após tratamento específico para a má-oclusão dentária, reforçando o papel da teoria comportamental no bruxismo noturno. Os principais sinais e sintomas do bruxismo noturno incluem o ruído característico de ranger dos dentes, desgaste dentário, dor local, hipertrofia dos músculos masseteres e temporais, cefaléias, DTM, sono de má qualidade e sonolência diurna (ALOÉ, et al., 2003).

Nixon et al., no Reino Unido, 2002, avaliaram a prevalência do desgaste dental em dois grupos compostos de 13 estudantes cada, sendo um de usuários de drogas e o outro, o grupo controle, de não usuários. O critério de inclusão no grupo de usuários consistiu no uso regular da droga acima de dez vezes durante a vida. Outros fatores que influenciam o desgaste dental bem como o grau de utilização das drogas foram verificados por meio de um questionário que incluíam variáveis como: frequência na ingestão de frutas e sucos ácidos, bebidas gaseificadas, presença de bruxismo, xerostomia, refluxo gastroesofágico, participação em competições esportivas, uso de tabaco, álcool, maconha, anfetaminas, ecstasy e cocaína. De acordo com os resultados, o grau de gravidade do desgaste nos primeiros molares inferiores foi significativamente maior no grupo dos usuários de drogas quando comparado com o grupo controle. Não houve diferença estatística em relação aos dentes anteriores sugerindo-se que ocorreu maior grau de atrito e apertamento no grupo de usuários. Os autores concluíram que o

uso regular de drogas como a ecstasy, anfetaminas ou cocaína, parece exibir um desgaste significativamente maior na face oclusal dos primeiros molares inferiores quando comparados com os não usuários de drogas.

Winocur et al., 2001, investigaram em Hadera, Israel, a prevalência de disfunção temporomandibular, bruxismo e outros hábitos orais entre um grupo de 55 usuários de drogas e um grupo controle composto de 52 pessoas pareadas ao grupo anterior para idade, sexo e nível socioeconômico. Foram utilizados exames clínicos e questionário. Os resultados indicaram que o grupo de usuários apresentou uma alta prevalência de bruxismo noturno (47%) e apertamento diurno (64%), bem como outros sinais e sintomas de DTM (cefaléia matinal, ruídos articulares, e sensibilidade muscular e articular à palpação, e desgastes dentais) em comparação com o grupo controle. Os autores concluíram que o abuso de drogas a longo prazo, afeta negativamente o sistema estomatognático de acordo com os sinais e sintomas apresentados. O bruxismo associado com o uso de drogas (drogas dopaminérgicas, antidepressivas, sedativas, ansiolíticas e de abuso), pode ser bastante destrutivo, resultando em consequências graves para a saúde bucal que incluem a destruição da estrutura do dente, danos irreversíveis à articulação temporomandibular, dor miofascial severa e cefaléia tensional (WINOCUR et al., 2003).

Almas et al., 2007, investigaram em 100 indivíduos, toxicodependentes da prisão de narcóticos da Arábia Saudita, a articulação temporomandibular, o desgaste dentário cervical e oclusal e a presença de dor miofascial. A amostra foi composta por 56 homens e 44 mulheres com idade média de 31,4 anos e duração de abuso de drogas de mais de 5 anos. Os resultados indicaram que estalo ou click da ATM foi relatado por 40%, sensibilidade muscular, 9% e 0% de reduzida mobilidade articular. O desgaste oclusal, em esmalte, foi relatado por 16,1% do sexo masculino e 18,1% do feminino enquanto que a erosão cervical foi de 16,1% do sexo masculino e 54,5% do sexo feminino. A dor miofascial foi experimentada por 6,0% dos indivíduos e dormência facial por apenas 1,0%.

Pessoas com alto nível de ansiedade podem ser mais propensas a desenvolver DTM e bruxismo. Enquanto a ansiedade representa um dos principais fatores no desenvolvimento de bruxismo, acredita-se que, além dela, o estresse e a depressão são mais provavelmente

relacionados a pessoas com DTM (GREMILLION et al., 2003; SERAJ et al., 2009).

3 OBJETIVOS

3.1. GERAL:

3.1.1. Descrever as condições de saúde bucal da população usuária de cocaína e/ou crack de 4 áreas do município de Salvador/BA, em relação à presença de cárie dentária, doença periodontal, DTM e fatores associados aos sinais e sintomas de DTM.

3.2. ESPECÍFICOS:

3.2.1. Descrever aspectos sociodemográficos e caracterizar o uso de drogas por usuários de cocaína e/ou crack de 4 áreas do município de Salvador/BA;

3.2.2. Analisar a gravidade da cárie dentária, doença periodontal e DTM nessa população;

3.2.3. Identificar fatores associados à ocorrência de DTM nesta população.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho é um estudo epidemiológico de corte transversal, de caráter descritivo e analítico.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O local de estudo abrangeu 4 áreas da cidade de Salvador.

- a) Fonte Nova (na rua), referenciado pela Aliança Redução de Danos;
- b) Engenho Velho da Federação (na Associação de Moradores)- referenciado pela Aliança Redução de Danos;
- c) Água de Meninos (na sede do projeto social Levanta-te e Anda);
- d) Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), pacientes encaminhados pelas instituições a seguir: Programa de Extensão Permanente Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia /ARD-FC; Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas /CETAD e Centro de Assistência Psicossocial para álcool e drogas /CAPS ad Gregório de Matos, todos da UFBA.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram avaliados 143 usuários de cocaína e/ou crack sendo o critério de inclusão, o uso da cocaína e/ou crack ao menos uma vez ao mês, durante o último ano, aceitar a participação na pesquisa e estar apto a responder o questionário de forma escrita ou oral. Tratou-se de uma amostra de conveniência, utilizando-se das atividades assistenciais dos serviços mencionados acima, nas suas comunidades ou em suas sedes.

Respeitando-se o protocolo de pesquisa aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, FOUFBA, (ANEXO A), anteriormente às avaliações, cada indivíduo firmou seu consentimento em participar do projeto, embora, não tenha sido utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando sua inclusão na pesquisa, uma vez que por tratar-se de uma classe de pacientes especiais, com características peculiares, a desconfiança e o medo dificultaram qualquer comprometimento de ordem oficial.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS

Após a apresentação e esclarecimento do estudo e antecedendo ao exame clínico, foi aplicado um instrumento de coleta de dados sociodemográficos, biológicos, características odontológicas e médicas, com as seguintes variáveis: idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, atividade atual, renda, uso da cocaína e/ou crack (idade de início, obtenção, fator inicial, vias de administração), uso de tabaco, álcool, outras drogas, hábitos alimentares (frequência na ingestão de frutas e sucos ácidos, bebidas gaseificadas, uso de açúcar), hábitos de higiene bucal, presença de bruxismo, xerostomia, refluxo gastroesofágico, assistência odontológica e uso de medicamentos (APÊNDICE).

A ficha de exame clínico (ANEXO B) para coleta de dados sobre a condição dentária e periodontal seguiu o mesmo padrão da utilizada pelo Ministério da Saúde, (SB Brasil, 2001), para o levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira no país, descritos no Manual do Examinador e no Manual do Anotador, produzidos pela equipe de coordenação do Projeto SB Brasil, 2001. Os códigos e critérios de classificação estão baseados nos parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde e descritos detalhadamente no ANEXO C (SB Brasil, 2001).

Os exames intrabucais foram realizados após a entrevista inicial e o preenchimento do instrumento de coleta de dados (questionário), com iluminação natural, sempre por um mesmo avaliador, cirurgião-dentista examinador, como forma de padronização dos exames e um auxiliar-anotador sob supervisão do primeiro, em uma ficha de exame clínico (ANEXO B). Os exames clínicos foram baseados na inspeção visual e sondagem. Os instrumentais, cuja

finalidade foi auxiliar no exame visual e táctil dos tecidos bucais, foi o espelho bucal plano, espátulas de madeira e a sonda periodontal da OMS (sonda CPI).

Foram avaliadas em cada espaço dentário as condições da coroa e da raiz e a necessidade de tratamento baseado nos critérios do SB Brasil (2001) (Figuras 1 e 2), embora neste estudo tenha sido utilizada apenas a condição da coroa.

Para a condição dentária, foi utilizado o índice preconizado pela OMS, de onde se pode inferir o CPO-D médio (dentição permanente) que expressa a soma dos dentes cariados, perdidos e obturados. Através do registro das necessidades de tratamento, pôde-se identificar, além das necessidades propriamente ditas, a presença de lesões não cavitadas (mancha branca presente) e os diferentes níveis da doença ativa (cárie de esmalte, cárie de dentina e cárie próxima à polpa). Dessa forma, uma maior qualificação do índice pode ser proporcionada pela combinação das distintas medidas de necessidades de tratamento (SB Brasil, 2010).

CÓDIGO		CONDIÇÃO /ESTADO
DENTES PERMANENTES		
COROA	RAIZ	
0	0	HÍGIDO
1	1	CARIADO
2	2	RESTAURADO MAS COM CÁRIE
3	3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
4	Não se aplica	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
5	Não se aplica	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
6	Não se aplica	APRESENTA SELANTE
7	7	APOIO DE PONTE OU COROA
8	8	NÃO ERUPCIONADO - RAIZ EXPOSTA
T	Não se aplica	TRAUMA (FRATURA)
9	9	DENTE EXCLUÍDO

Figura 1 - Resumo dos códigos para cárie dentária/Projeto SB2000 - Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000.

CÓDIGO	TRATAMENTO
0	NENHUM
1	RESTAURAÇÃO DE 1 SUPERFÍCIE
2	RESTAURAÇÃO DE 2 OU MAIS SUPERFÍCIES
3	COROA POR QUALQUER RAZÃO
4	FACETA ESTÉTICA
5	PULPAR + RESTAURAÇÃO
6	EXTRAÇÃO
7	REMINERALIZAÇÃO DE MANCHA BRANCA
8	SELANTE
9	SEM INFORMAÇÃO

Figura 2 - Resumo dos códigos para necessidade de tratamento/Projeto SB2000 Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000.

O índice mais utilizado em inquéritos populacionais para a aferição da condição periodontal tem sido o CPI (Índice Periodontal Comunitário), proposto pela OMS complementado pelo exame da Perda de Inserção Periodontal (PIP) para população adulta e idosa. O CPI verifica a ocorrência de sangramento, cálculo e presença de bolsa periodontal (rasa e profunda) tendo como referência o exame por sextante (grupos de 6 dentes entre os 32 da arcada dentária com 10 dentes índices e um registro por sextante).

Para realizar o exame utilizou-se sonda específica, denominada sonda CPI, com esfera de 0,5mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5mm e 5,5mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5mm e 11,5mm da ponta do instrumento (Figura 3).

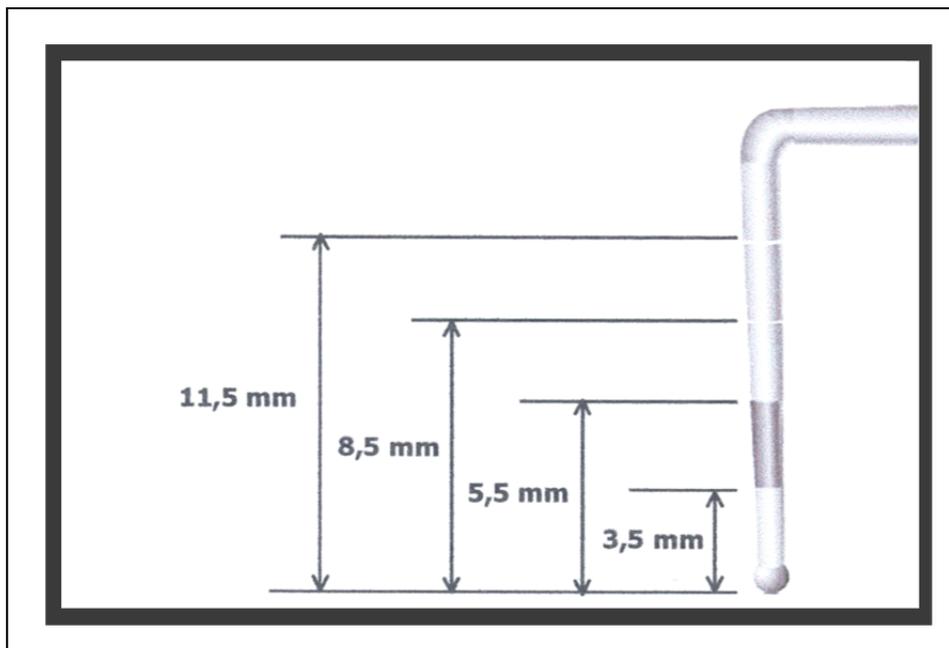


Figura 3 – Esquema de sonda CPI, com suas respectivas medidas Fonte: Brasil (2001).

A boca foi dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48 (SB Brasil, 2001) (Figura 4). A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (por exemplo, comprometimento de furca, mobilidade etc.), foi pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante foi cancelado (quando, por exemplo, existia um único dente presente). Foram examinados todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares.

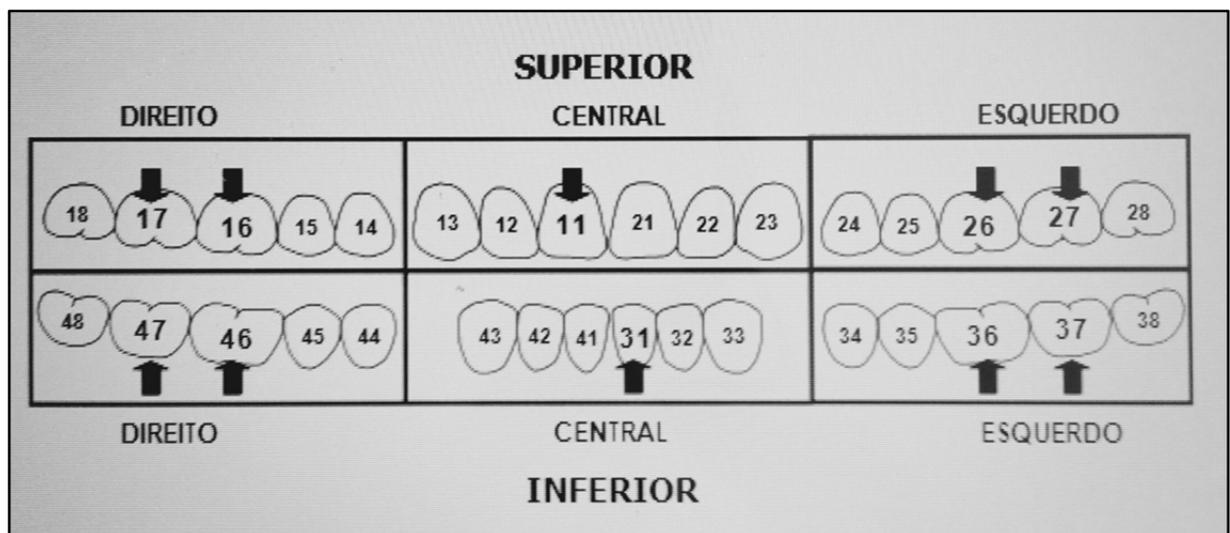


Figura 4 – Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes índices para CPI e PIP. Fonte: Brasil (2001).

Pelo menos 6 pontos foram examinados em cada um dos 10 dentes índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame foram iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e para a área mésio-vestibular. Em seguida inspecionaram-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda foi introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular, fazendo-se movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude.

O índice Perda de Inserção Periodontal (PIP) é basicamente um complemento do CPI e permite avaliar a condição da inserção periodontal, tomando como base a visibilidade da junção cimento-esmalte (JCE). Os mesmos sextantes e dentes-índices foram considerados, sob as mesmas condições. Entretanto, o dente-índice onde foi encontrada a pior condição para o CPI pode não ser o mesmo com a pior situação para o PIP (Projeto SB Brasil, 2001). A visibilidade da JCE é a principal referência para o exame. Quando a JCE não está visível e a pior condição do CPI para o sextante é menor do que 4 (bolsa com menos de 6mm), qualquer perda de inserção para o sextante é estimada em menos de 4mm (PIP = 0).

A American Academy of Orofacial Pain recomenda um questionário para triagem inicial de potenciais pacientes com dores orofaciais, inclusive DTM (MANFREDI et al., 2001) no qual foi baseado o questionário utilizado neste trabalho. Foram consideradas as seguintes perguntas: dor na ATM, dor de ouvido, ruídos na articulação (crepitação), ranger os dentes (bruxismo excêntrico), apertamento dentário (bruxismo cêntrico), dificuldade de abertura de boca, dificuldade de mastigar ou ingerir alimentos e fatores relacionados ao desgaste dentário, passíveis de alterações entre outras, da oclusão, tais como: xerostomia, regurgitação e vômitos frequentes.

Para cada uma das questões do questionário foram possíveis duas respostas (sim e não) sendo que a resposta afirmativa foi complementada com a frequência em dias, semanas e ou meses da dificuldade apresentada (APÊNDICE). Foi considerada a probabilidade da presença de DTM, a ocorrência de 5 ou mais fatores concomitantemente envolvidos.

4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

- Estudo descritivo:

Com o intuito de descrever a prevalência e gravidade de cárie, unidades ausentes e restauradas, as condições periodontais e fatores associados à ocorrência de DTM dos usuários de cocaína e/ou crack, bem como avaliar as características sociodemográficas, características comportamentais e dados sobre assistência odontológica executou-se um estudo descritivo e exploratório.

Para a análise da cárie dentária e alterações periodontais foi utilizado: o índice CPOD, para descrever a condição dentária foi obtido num indivíduo, pela soma do número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, podendo variar, portanto, de zero a 32. Acrescentaram-se os componentes “C”, “P” e “O” que se referiam, respectivamente, aos dentes que no momento do exame, apresentaram-se cariados, perdidos e obturados e, em uma população, o valor do índice corresponde à média do grupo. Para a doença periodontal utilizou-se o CPI (Índice Periodontal Comunitário) e o PIP (Índice de Perda de Inserção Periodontal), considerada a média de sextantes acometidos. Para estes dois problemas foram realizados somente o estudo descritivo. O questionário utilizado para investigar os fatores envolvidos na ocorrência de DTM foi baseado em um questionário indicado pela American Academy of Orofacial Pain para triagem inicial de potenciais pacientes com dores orofaciais.

Outras variáveis analisadas:

- Características sociodemográficas: sexo (masculino, feminino), escolaridade (não alfabetizado e educação fundamental, incompleta, educação fundamental completa, educação média incompleta, educação média completa, superior ou mais), religião (católica, protestante, afro-brasileira, outra), fonte de renda (emprego regular, trabalho temporário, com a própria família, autônomo, aposentado ou beneficiário de pensão, atividades ilegais) situação conjugal (solteiro, casado/ juntado, viúvo, divorciado/ separado) com quem e onde viveu nos últimos seis meses (sozinho, família de origem, família própria, parentes, amigos ou colegas).
- Características biológicas gerais: idade (em anos), cor da pele (negra, branca, parda, amarela, indígena).

- Consumo de drogas: tabagismo (menos de 1x ao mês, 1-3 dias ao mês, 1 dia por semana, 2-3 dias por semana, 4-6 dias por semana, pelo menos 1X ao dia), consumo de bebidas alcoólicas (menos de 1x ao mês, 1-3 dias ao mês, 1 dia por semana, 2-3 dias por semana, 4-6 dias por semana, pelo menos 1X ao dia), frequência uso drogas (crack/cocaína) igual às anteriores, associação com outras drogas (sim ou não), vias de administração da droga (cheirada, injetada, fumada, engolida/ esfregada na gengiva, outras), fator inicial de uso, grau de dificuldade para obtenção da droga.
- Hábitos dietéticos: consumo de café, sucos ácidos, refrigerantes e açúcar (sim ou não).
- Cuidados com a saúde bucal: última visita ao dentista (nunca foi, mais de 3 anos, 2-3 anos, 1-2 anos, menos de 1 ano) motivo da assistência odontológica, orientação recebida sobre higiene bucal (sim ou não), comunicação ser usuário de droga (sim ou não), uso de escova, pasta e fio dental (sim ou não), frequência de escovação (diária ou não).
- Algumas características relacionadas à saúde: uso de medicação e realização de exames para hepatite B e C e HIV (realização de exames; resultado, negativo ou positivo).

- Estudo exploratório: Ocorrência de DTM e fatores associados

- Variável dependente: A ocorrência de DTM foi considerada presente quando foram relatados 5 ou mais fatores associados aos sinais ou sintomas presentes no indivíduo.
- Variáveis independentes: As variáveis acima descritas foram avaliadas descritivamente e, aquelas sem perda de informação foram dicotomizadas. Assim, foram incluídas para análise as seguintes variáveis: sexo (masculino/ feminino), idade (até 35 anos/ 35 anos ou mais), estado civil (solteiro- viúvo- separado/ casado- união estável), escolaridade (até fundamental incompleto/ fundamental completo ou mais), fonte de renda (emprego-trabalho esporádico/ atividades ilegais), frequência uso de substâncias- cocaína, crack, tabaco, álcool, maconha, píttilho (combinação de crack com tabaco ou com maconha) (FERREIRA FILHO et al., 2003; ANDRADE et al., 2011) (até 1 vez por semana/ 2 vezes por semana ou mais), Visita ao dentista (nunca- há 3 anos ou mais/ Até os últimos 2 anos).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram revisados, digitados em planilha eletrônica e analisados conforme as etapas e seguir:

a) descrição da população utilizando-se os procedimentos usuais da estatística descritiva tais como: cálculo de frequências simples e relativas, de medidas de tendência central e de dispersão;

b) apresentação e comparação das variáveis CPOD, CPI, PIP e fatores para DTM para subgrupos dos indivíduos investigados, conforme variáveis independentes de interesse, de forma descritiva. Não foi feita inferência estatística porque a amostra estudada não foi selecionada aleatoriamente;

c) Com o objetivo de identificar as variáveis associadas ao evento (ocorrência de 5 ou mais sinais e sintomas de DTM) procedeu-se a análise exploratória. Foi considerada, como variável dependente, a ocorrência da DTM, categorizada como ausência ou presença. As variáveis independentes – sociodemográficas, de frequência de uso da droga, de associação à outras drogas e de acesso aos serviços de saúde foram categorizadas conforme descrito anteriormente.

A medida de ocorrência utilizada foi a prevalência. Na análise univariada, realizada com dados categorizados, adotou-se, como medida de associação o Teste Qui-Quadrado de Mantel- Haenszel, considerando-se estatisticamente significantes os valores de $p < 0,05$. Foram assim selecionadas as possíveis variáveis candidatas a figurar na análise multivariada, escolhendo-se aquelas que apresentaram associação com a variável resposta ao nível de significância estatística de 5,0% e mantendo-se no modelo as variáveis que apresentaram significância de até 20%.

Para a análise multivariada utilizou-se a regressão logística não condicional iniciando-se com o modelo saturado, com todas as variáveis selecionadas, retirando-se, uma a uma, cujo valor de p era superior ao pré-estabelecido, até resultar em um modelo final, onde permaneceram aquelas que se mantiveram com significância estatística ou que mais contribuíram para a explicação do efeito. Durante o procedimento da análise, a magnitude da associação entre perda dentária e as potenciais variáveis associadas foi verificada pelo cálculo da Odds Ratio

(OR), cuja medida de precisão foi o Intervalo de Confiança a 95%. O diagnóstico do modelo foi realizado pela razão de máxima verossimilhança.

Os programas estatísticos informatizados utilizados para a digitação do banco de dados e análise foram respectivamente o Excel ® Versão 2010 e Minitab, versão 14.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E PROCEDIMENTOS DE BIOSSEGURANÇA

A presente pesquisa teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob registro da CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) 0006.0.368.000-09FR – 244024, em 12 de março de 2009 (ANEXO A).

Foram utilizadas as normas de biossegurança possíveis em um atendimento na rua, tais como utilização de equipamentos de proteção individual e instrumentais previamente esterilizados em autoclave.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 143 usuários de cocaína e/ou crack com idade mínima de 17 e máxima de 57 anos, e idade média correspondente a 33,27 anos. Quando questionados sobre a idade de introdução ao hábito de uso das drogas, tanto para a cocaína quanto para o crack, a média da idade de início foi muito similar (20,1; DP=5,8; e 20,6; DP=6,9 anos, respectivamente). Entretanto, quando os dados foram analisados individualmente, observou-se que os participantes utilizaram pela primeira vez o crack aos 6 anos de idade e a cocaína aos 8 anos de idade, ou seja, o uso do crack ocorreu de forma ainda mais precoce.

5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

A Tabela 1 apresenta as características da população de estudo em relação ao perfil sócio demográfico, ao uso de substâncias, hábitos e acesso à saúde bucal.

No que diz respeito ao sexo, 85,31% dos dependentes químicos eram do sexo masculino e apenas 14,69% do feminino. Quanto à etnia, 56,64% eram pardos; 22,38% brancos e 20,98% negros.

Já em relação ao estado civil, um maior número de usuários referiu estar solteiro, 60,84% quando comparado aos casados, 27,97% ou viúvos, separados ou divorciados, 11,19%. De acordo com a religião, verificou-se que 69,23% deste grupo relatou pertencer à religião católica; 24,18% ao protestantismo; 6,59% à religião afro-brasileira. Quanto à moradia nos últimos 6 meses, 23,44% relataram morar em casa própria, 27,58% com a família (própria, pais ou outros parentes), enquanto 38,62% declararam morar na rua, 2,75% moraram com amigos e 7,58% em Instituições. Nos últimos 6 meses também, 53,24% alegaram viver com a família de origem ou própria ou com parentes; 35,25% vivendo sozinho, enquanto, 11,51% com colegas ou amigos.

No quesito fonte de renda nos últimos 6 meses, 71,01% declararam ter trabalho temporário ou familiar ou ainda ser autônomo; atividades ilegais como furtos/roubos foram relatadas por 17,39%; 11,59% foram de usuários com emprego regular com carteira assinada. Em relação ao nível de escolaridade dos usuários, observou-se que 45,45% cursaram o ensino

fundamental completo ou algum grau maior; 51,74% relataram ter o ensino fundamental incompleto ou não eram alfabetizados.

Com relação ao uso de outras substâncias, além de cocaína e crack, 22,37% dos usuários responderam que não utilizam outras substâncias enquanto que 77,62% confirmaram o uso, principalmente de álcool, tabaco e maconha. Segundo a frequência de uso de até uma vez por semana, 55,37% usaram cocaína; 25,33%, crack. Em relação à frequência de uso de duas ou mais vezes por semana, 44,64% usavam cocaína enquanto, 74,77% usavam crack. Quanto ao uso do tabaco, 39,02% relataram usar até uma vez por semana, enquanto, 60,98%, duas ou mais vezes na semana.

Quanto ao uso de álcool, maconha e pitilho, até uma vez por semana, 40,48% usavam álcool; 47,97% maconha; 83,87% pitilho. No quesito álcool, 59,52%; usaram durante duas ou mais vezes na semana; 52,03% para o uso da maconha; 16,13% para o pitilho. Quando questionados sobre a via de administração da cocaína, 65,71% responderam cheirada; 14,85% engolida ou esfregada na gengiva, enquanto, 1,71% para a via injetada e 8% não faziam uso dessa droga. Em relação ao crack, 78,46% responderam que a principal via de administração foi fumada; 5,38% cheirada e 16,15% não usaram crack.

Quanto aos hábitos de higiene bucal, 76,92% relataram fazer uso de escova dental, 67,83% de creme dental e 30,07% de fio dental. Para 60,14% da amostra, a última visita ao cirurgião dentista ocorreu há 3 anos ou mais, ou nunca ocorreu; para 39,86%, a última visita ocorreu nos 2 últimos anos. Com relação ao consumo de açúcar, os indivíduos quando questionados sobre seus hábitos nutricionais relataram em sua maioria consumir doces e/ou refrigerantes (70,62% n=101), 27,27% relataram não utilizar (n=39) e 2,09% não souberam responder (n=3).

Tabela 1- Características sócio-demográficas, de uso de substâncias, hábitos e acesso à saúde bucal em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

Variáveis	n	%
SOCIODEMOGRAFICAS		
Sexo		
Masculino	122	85,31
Feminino	21	14,69
Etnia		
Negra	30	20,98
Branca	32	22,38
Parda	81	56,64
Estado civil		
Solteiro	87	60,84
Casado	40	27,97
Viúvo/ Separado/ Divorciado	16	11,19
Religião		
Católica	63	69,23
Protestante	22	24,18
Afro-brasileiro	6	6,59
Com quem viveu nos últimos 6 meses		
Sozinho	49	35,25
Família (origem, própria ou parentes)	74	53,24
Colegas/ Amigos	16	11,51
Fonte renda últimos 6 meses		
Emprego regular	16	11,59
Trabalho temporário / familiar/ autônomo	98	71,02
Atividades ilegais	24	17,39
Onde viveu últimos 6 meses		
Casa própria	34	23,44
Família (própria, pais, outros parentes)	40	27,58
Amigos	4	2,75
Rua	56	38,62
Instituições / Outros	11	7,58
Escolaridade		
Não alfabetizado/ 1º grau incompleto	74	51,74
1º grau completo	39	27,27
2º grau ou mais	26	18,18
Não sabe	4	2,79
USO SUBSTÂNCIAS		
Uso outras substâncias além da cocaína e crack		
Sim	111	77,63
Não	32	22,37
Obtenção da cocaína pela 1ª vez		
Colegas e amigos	95	66,45
Traficante	13	9,09
Companheiro/parentes	7	4,89
Desconhecido/outros	2	1,39
Nunca usou	26	18,18
Obtenção do crack pela 1ª vez		
Colegas e amigos	75	52,44
Traficante	16	11,18
Companheiro/parentes	10	6,99

Desconhecido/outros	4	2,79
Nunca usou	38	26,57
Frequência uso cocaína		
Até 1X semana	62	55,37
2 ou mais X semana	50	44,63
Frequência uso crack		
Até 1X semana	28	25,33
2 ou mais X semana	83	74,77
Frequência uso tabaco		
Até 1X semana	48	39,02
2 ou mais X semana	75	60,98
Frequência uso álcool		
Até 1X semana	51	40,48
2 ou mais X semana	75	59,52
Frequência uso maconha		
Até 1X semana	59	47,97
2 ou mais X semana	64	52,03
Frequência uso pitilho		
Até 1X semana	104	83,87
2 ou mais X semana	20	16,13
Via administração cocaína*		
Cheirada	115	65,73
Injetada	3	1,71
Fumada	17	9,71
Engolida/esfregada gengiva	26	14,85
Não uso	14	8,00
Via administração crack*		
Cheirada	7	5,38
Fumada/ Engolida	102	78,47
Não uso	21	16,15
HÁBITOS E ACESSO À SAÚDE BUCAL		
Consumo açúcar (doces e refrigerantes)		
Não	39	27,27
Sim	101	70,64
Não sabe	3	2,09
Visita ao cirurgião dentista		
Nunca/ há 3 anos ou mais	86	60,14
Foi nos últimos 2 anos	57	39,86
Uso escova		
Não	30	20,98
Sim	110	76,92
Não sabe	3	2,10
Uso pasta dente		
Não	43	30,07
Sim	97	67,83
Não sabe	3	2,10
Uso fio dental		
Não	91	63,64
Sim	43	30,07
Não sabe	9	6,29

* Total não é 100% porque um mesmo indivíduo pode utilizar mais de uma via

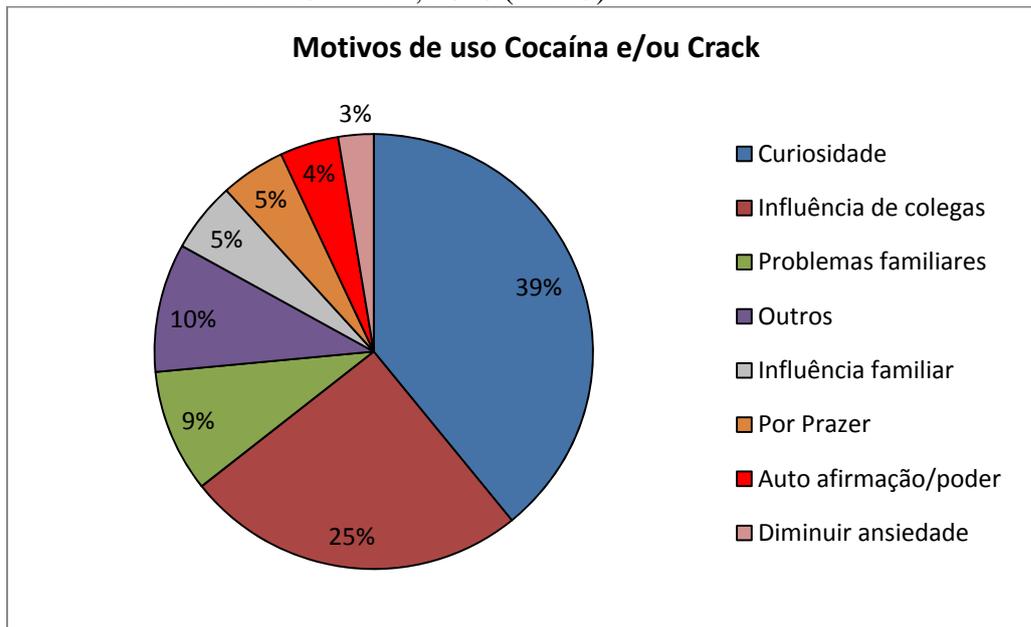
Em relação à obtenção da cocaína quanto ao primeiro uso dessa droga, ocorreu em sua maioria, 66,43%, por intermédio de amigos ou por colegas de escola ou de trabalho; 9,09% por meio de um traficante; 4,89% por influência de companheiros ou parentes; 1,39% por desconhecidos ou por outros meios e 18,18% dos usuários não utilizaram cocaína. Quanto à obtenção do crack pela primeira vez, os resultados indicaram 52,44% por influência de colegas ou amigos; 11,18% com traficante; 6,99% com companheiro e parentes; 2,79% com desconhecidos ou por outros meios e 26,57% de indivíduos não usaram crack.

Nos indivíduos em situação de rua, 38,61%, observou-se início prematuro do uso de cocaína e/ou crack, sendo que em alguns poucos casos a iniciação se deu pelo crack tornando-se esta, a única forma usada da cocaína.

No Gráfico 1, pode se observar os principais motivos relacionados ao início de uso da cocaína e/ou crack relatados pelos usuários. Ambos, cocaína e crack, tiveram a curiosidade como o principal motivo de uso (39,13%), seguido por influência de colegas (25,21%), problemas familiares (9,13%), influência da família ou outros parentes (5,21%), por prazer (4,78%), autoafirmação/poder (4,34%), diminuir ansiedade/desinibição (2,60%), outros motivos (9,56%).

Deve-se reconhecer, no entanto, que os resultados em populações de indivíduos em situação de uso de substâncias podem não ser representativos de todos os usuários, visto que foram analisados indivíduos em diferentes situações de moradia, nível educacional e socioeconômico.

Gráfico 1- Distribuição percentual da amostra segundo os motivos de uso entre usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

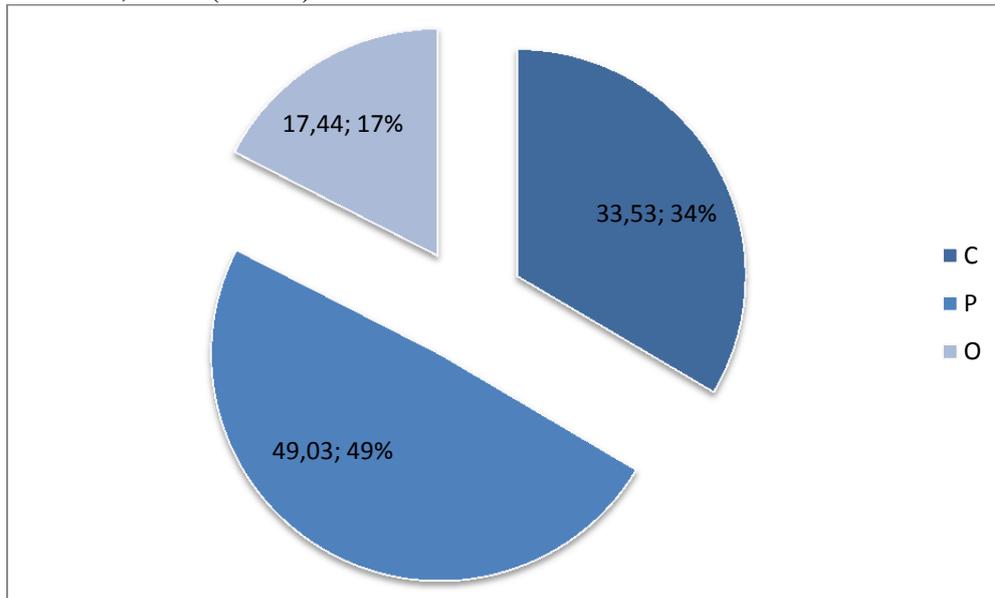


5.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL

5.2.1 CÁRIE DENTÁRIA

Realizou-se a análise da cárie dentária a partir do índice CPOD e investigou-se a sua associação com algumas variáveis sociodemográficas e de uso de drogas. Para toda a amostra, o CPOD correspondeu a 12,27 (DP= 7,24). Quando se analisou a composição percentual do índice, destacou-se a predominância do componente perdido (49,03%) (Gráfico 2).

Gráfico 2- Composição percentual do índice CPOD em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).



Na análise do CPOD, segundo algumas variáveis sociodemográficas e de uso / abuso de substâncias, destacou-se que o sexo masculino, com maior frequência de uso de cocaína, os maiores de 35 anos e aqueles que praticam como fonte de renda, atividades ilegais tiveram maior gravidade da cárie dentária, sendo que apenas nas duas últimas variáveis as diferenças foram estatisticamente significantes ($p=0,01$ e $p=0,02$ respectivamente) (Tabela 2).

Tabela 2- CPOD e variáveis sociodemográficas e de uso de substâncias abusivas em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

Variável	n	CPOD (DP)	Valor de p*
Sexo			
Masculino	122	20,51 (13,96)	0,36
Feminino	21	17,52 (11,34)	
Idade			
Menos que 35 anos	61	16,28 (12,58)	0,01
35 anos ou mais	82	22,89 (13,75)	
Fonte renda últimos 6 meses			
Emprego regular	16	19,38 (12,08)	0,02
Trabalho temporário/ familiar/ autônomo	98	18,26 (11,55)	
Atividades ilegais	24	26,96 (18,79)	
Escolaridade			
Não alfabetizado/ Fundamental incompleto	56	19,81 (12,42)	0,93
Fundamental completo ou mais	87	20,03 (13,94)	
Frequência uso cocaína			
Até 1X semana	62	18,73 (11,28)	0,45
2 ou mais X semana	50	20,72 (16,29)	
Frequência uso crack			
Até 1X semana	28	19,96 (12,33)	0,96
2 ou mais X semana	83	19,83 (13,43)	

*Calculado a partir da ANOVA

5.2.2 DOENÇA PERIODONTAL

O Índice CPI foi utilizado para identificar a presença de sangramento, cálculo e bolsas periodontais rasas (de 3 a 5 mm) e profundas (6 mm ou mais) e também se dimensionou a Perda de Inserção Periodontal pelo PIP.

Nos Gráficos de 3 a 6 observam-se as condições periodontais por sextante dos examinados. A alteração periodontal mais prevalente foi a presença de cálculo (59,65%), sendo o sextante

inferior central o mais acometido (34,97%).

Em relação à presença de bolsas periodontais, 65,72% das pessoas avaliadas apresentaram bolsas, sendo 45,45% rasas e 20,27%, profundas. Nos sextantes posteriores observou-se maior presença de bolsas periodontais rasas e profundas.

O sextante do lado esquerdo inferior (36/37) apresentou maior valor percentual de bolsas rasas, 19,58%, e em relação à presença de bolsas profundas, foi o sextante esquerdo superior (26/27) que apresentou maior percentual, 11,89%. Não se verificou diferença entre os sextantes inferiores para presença de bolsas profundas.

Cerca de 34,96% dos examinados apresentaram um dos sextantes hígidos enquanto 45,45%, apresentaram ao menos um dos sextantes excluídos, denotando um alto índice de extrações dentárias. O arco posterior direito inferior (46/47) apresentou o maior percentual de sextante excluído, 32,87%, seguido do sextante esquerdo inferior (36/37), 30,07%. Em relação aos sextantes anteriores, o anterior representado pela unidade 11, apresentou maior índice de dentes excluídos (25,17%) quando comparados com o sextante inferior, 13,29%.

Gráfico 3 – Distribuição percentual da condição periodontal (CPI) em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

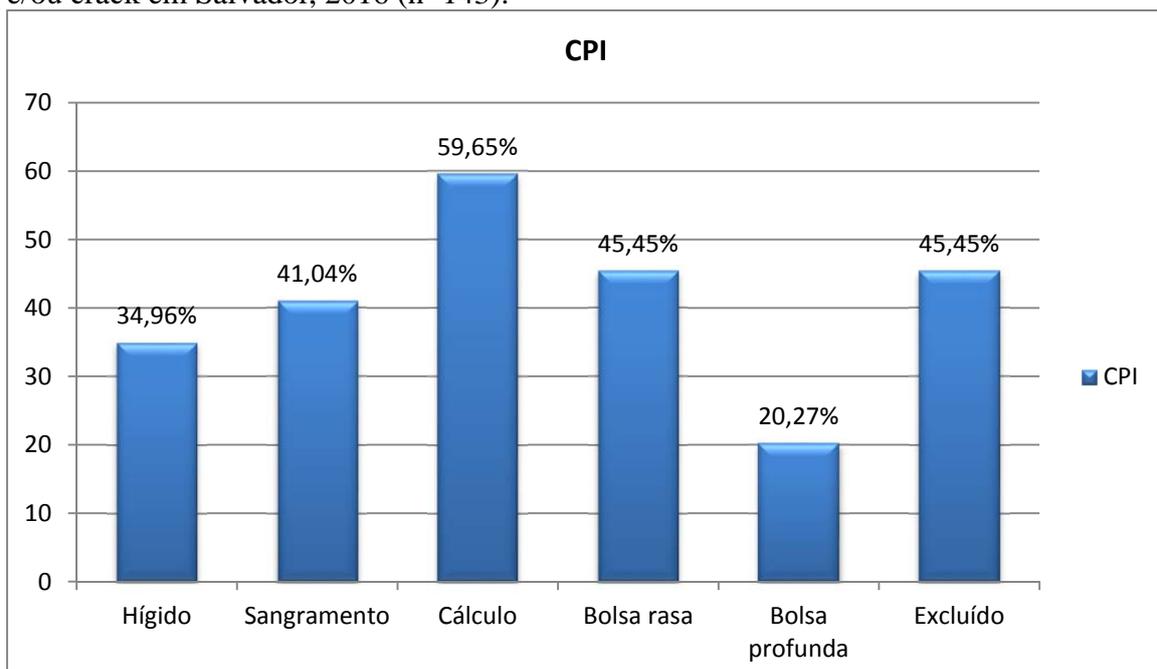


Gráfico 4 – Distribuição percentual da condição periodontal (CPI) do sextante anterior inferior e superior em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

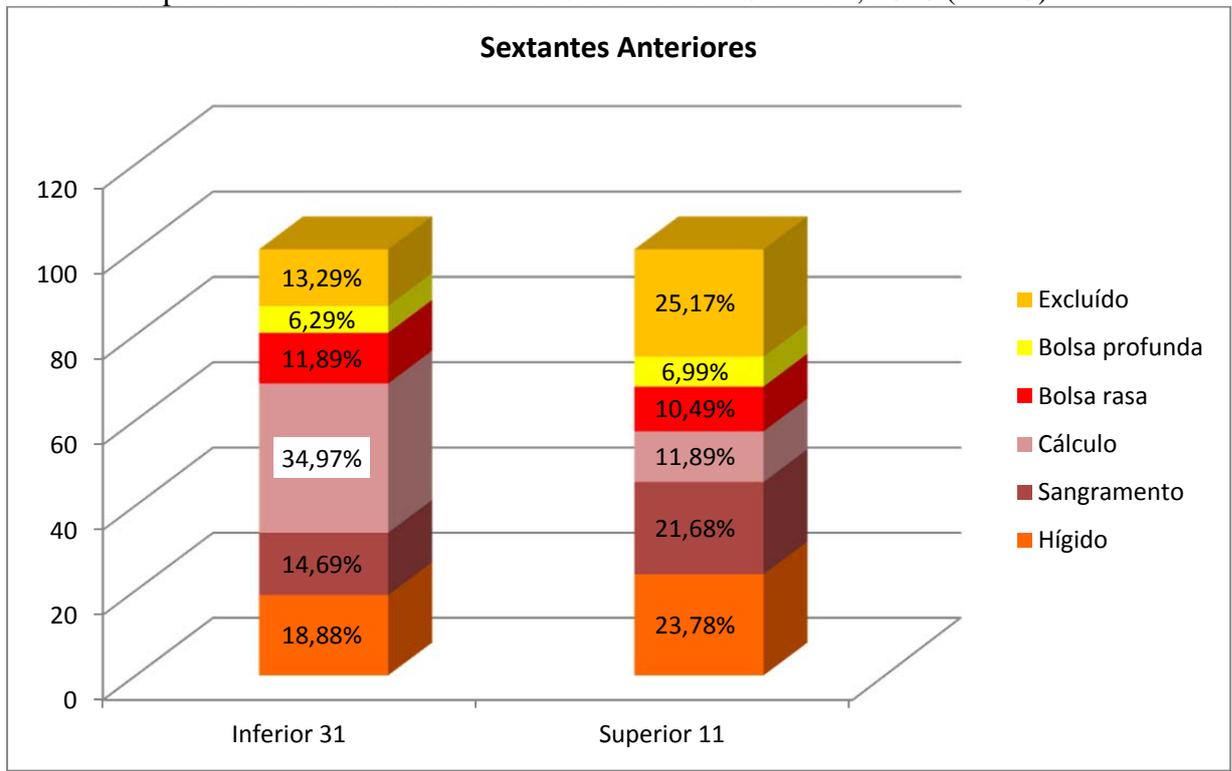


Gráfico 5 – Distribuição percentual da condição periodontal (CPI) do sextante posterior direito inferior e superior em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

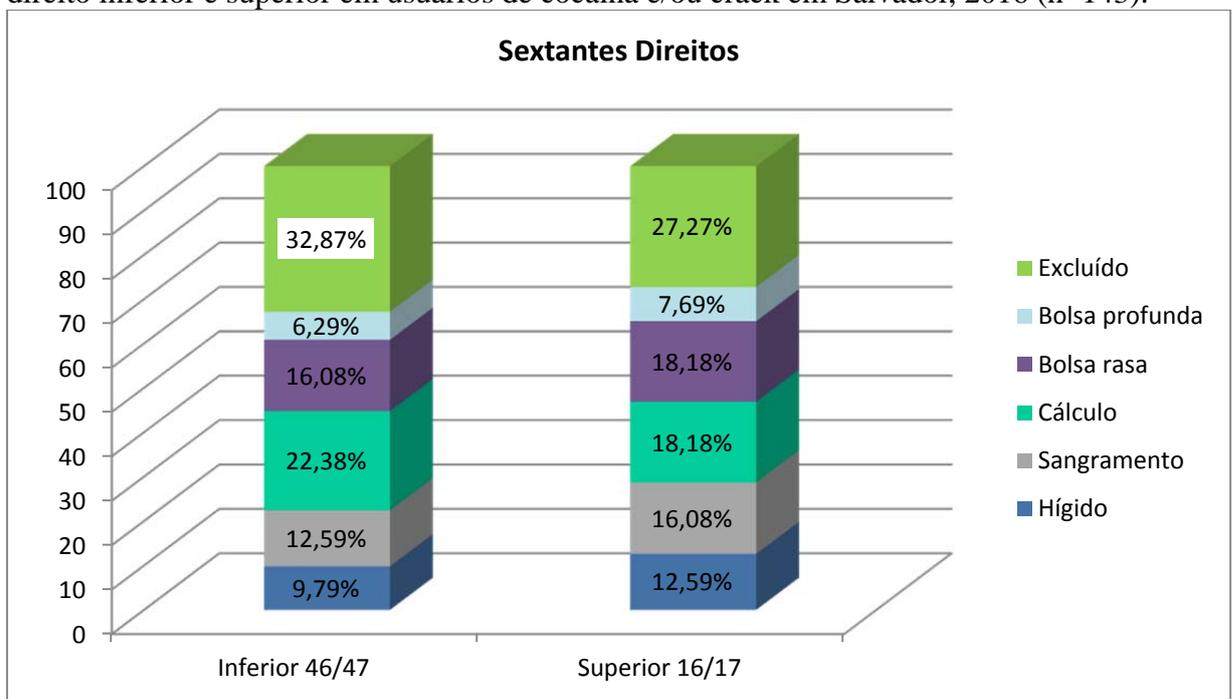
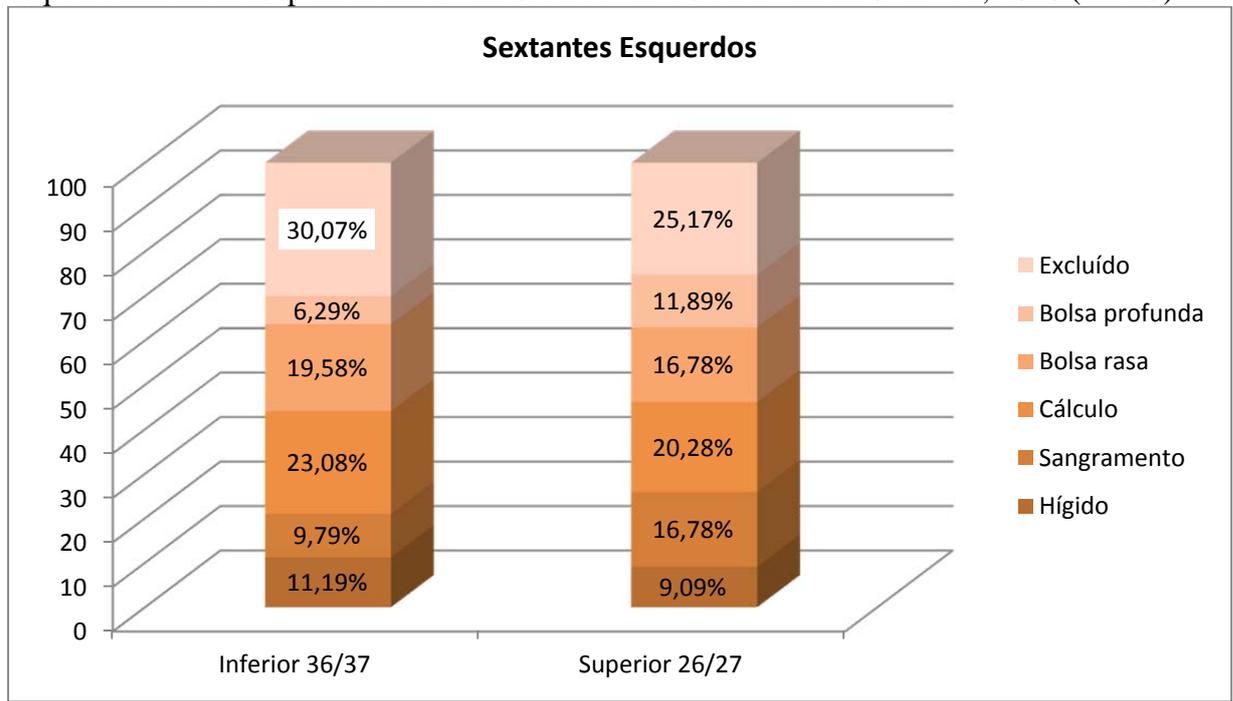


Gráfico 6 – Distribuição percentual da condição periodontal (CPI) do sextante posterior esquerdo inferior e superior em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).



Nos Gráficos de 7 a 10 estão apresentados os resultados da perda de inserção periodontal, medida pelo PIP – Índice de Perda de Inserção Periodontal.

Mais da metade (75,52%) dos indivíduos avaliados apresentaram perda de inserção sem significado patológico, ficando entre 0 e 3 mm. A perda de inserção com significado patológico mais frequente ficou entre 4 e 5 mm, (63,63%). As condições periodontais no grupo avaliado mostram que 45,45% tinham sextantes excluídos, como resultado das perdas dentárias ao longo da vida (Gráfico 7).

Os Gráficos de 8 a 10 apresentam uma comparação dos valores percentuais da perda de inserção periodontal (PIP) dos sextantes posteriores e anteriores (inferiores e superiores) sendo que em todos os sextantes avaliados, a perda de inserção de 0 a 3mm foi a condição periodontal mais evidenciada.

Em relação à perda de inserção de 4 a 5mm, não se verificou diferença entre os sextantes posteriores, tanto os inferiores quanto os superiores, entretanto, o sextante anterior inferior (31) apresentou o maior índice percentual, 27,97% das unidades avaliadas.

Gráfico 7 – Distribuição percentual da perda de inserção periodontal (PIP) em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

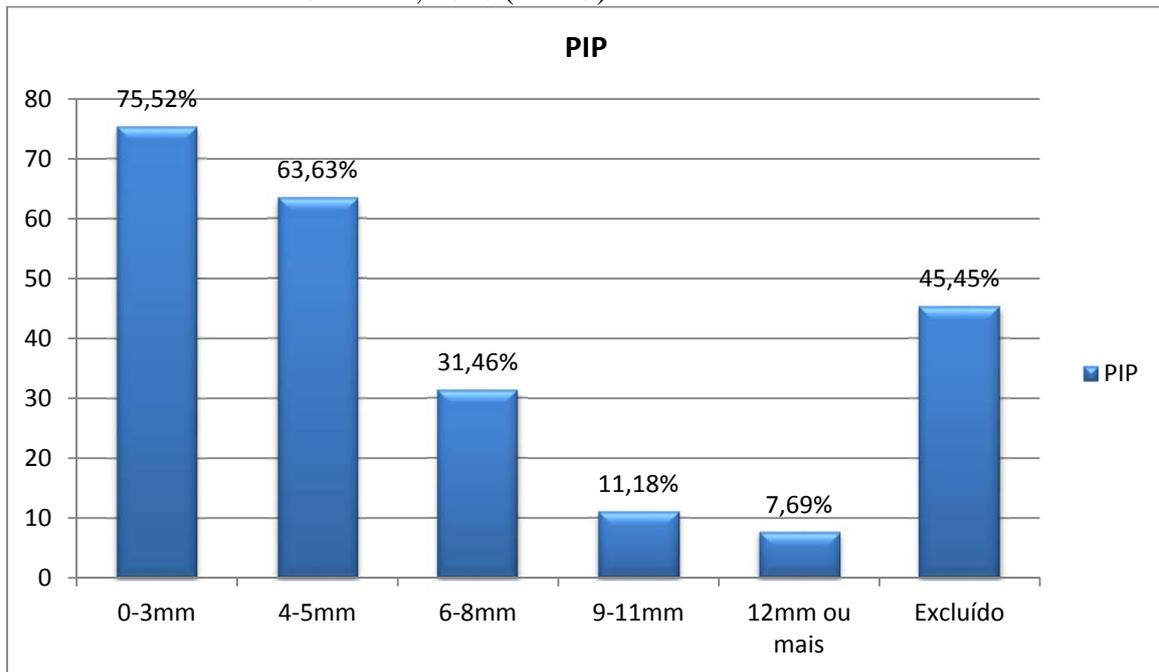


Gráfico 8 – Distribuição percentual da perda de inserção periodontal (PIP) do sextante anterior inferior e superior em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

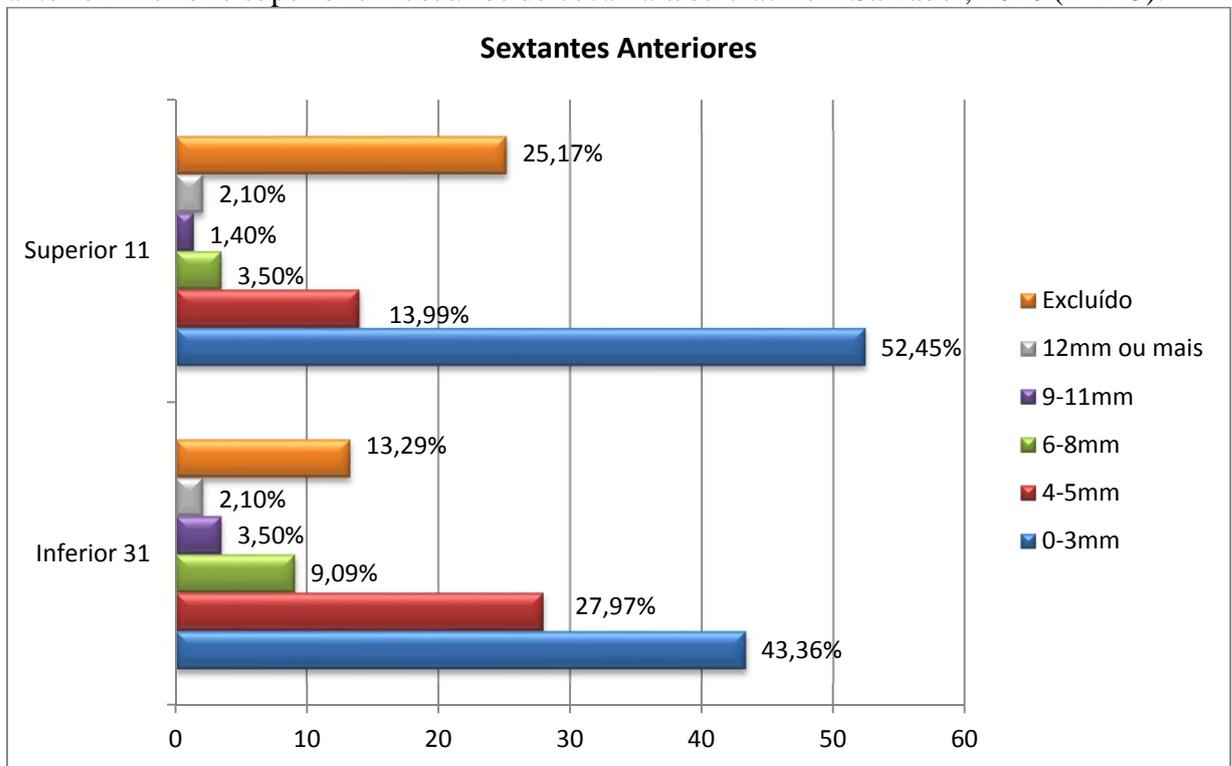


Gráfico 9 – Distribuição percentual da perda de inserção periodontal (PIP) do sextante posterior direito inferior e superior em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

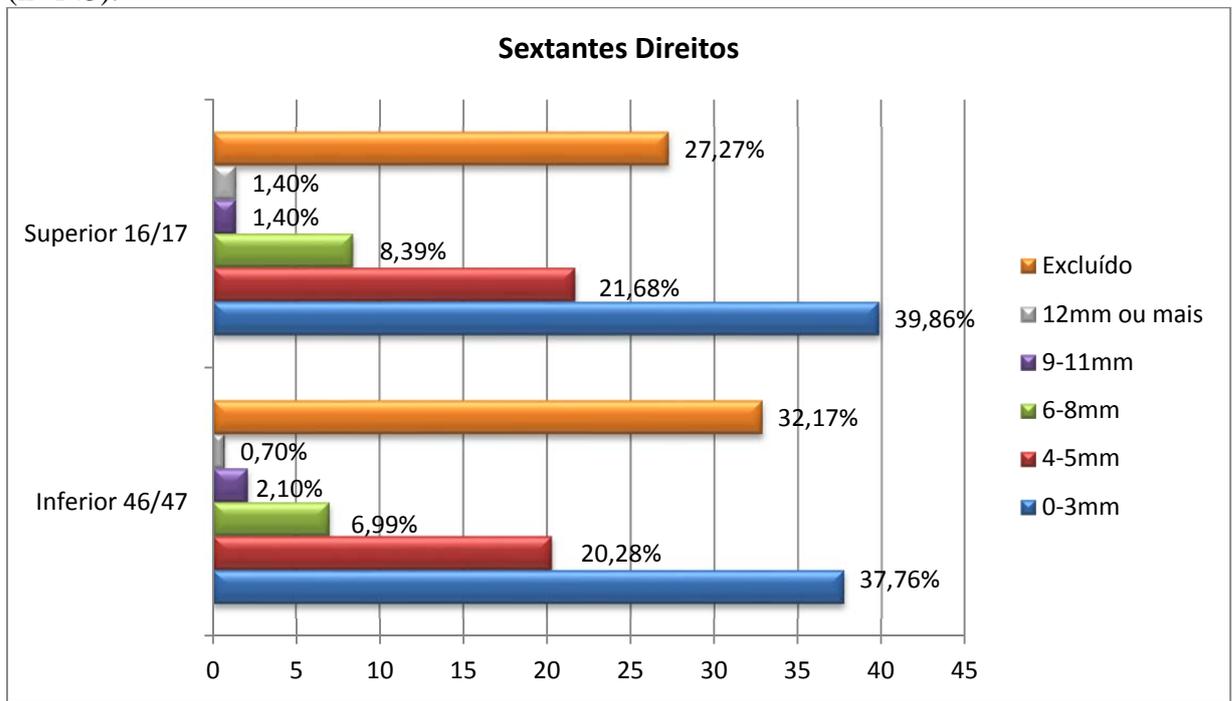
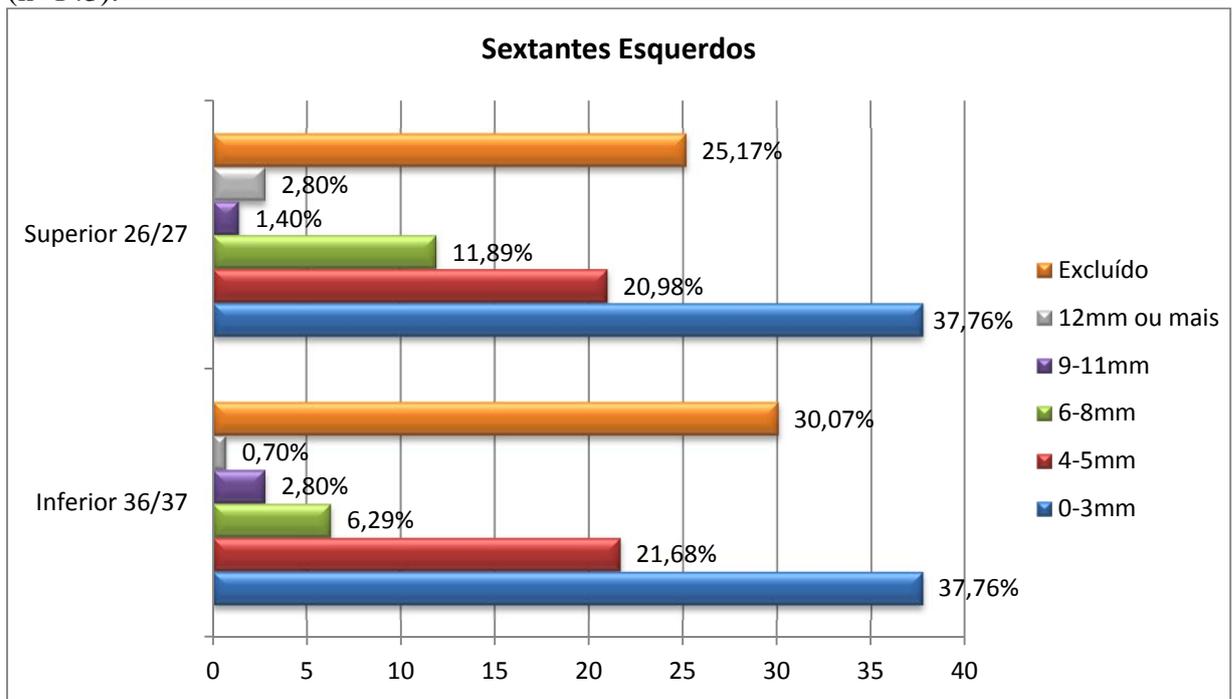


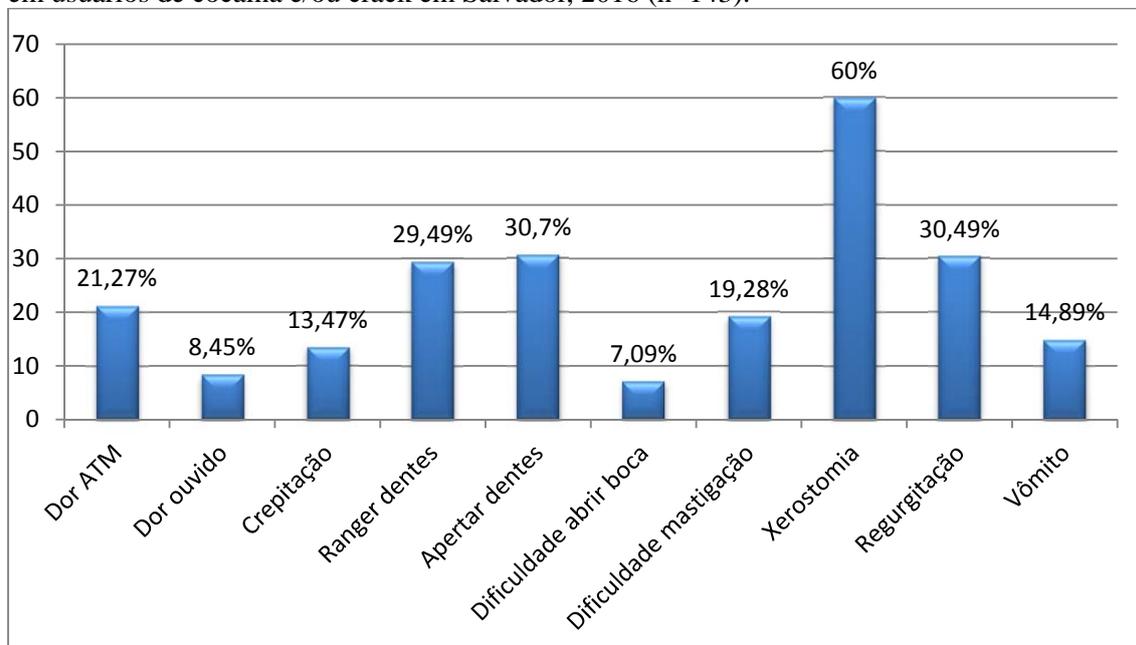
Gráfico 10 – Distribuição percentual da perda de inserção periodontal (PIP) do sextante posterior esquerdo inferior e superior em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).



5.2.3 SINAIS E SINTOMAS DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM)

O questionário utilizado entre os usuários de cocaína e/ou crack apresentou sete questões específicas em relação à DTM e três questões relacionadas com desgaste dentário e possíveis alterações oclusais como xerostomia, regurgitação e vômitos frequentes, os quais podem ser observados no Gráfico 11. As condições mais prevalentes foram xerostomia (60%), seguida de bruxismo cêntrico (apertamento de dentes), (30,7%), regurgitação frequente (30,49%) e bruxismo excêntrico (ranger os dentes) (29,49%).

Gráfico 11- Percentual de sinais e sintomas de DTM e fatores relacionados ao desgaste dentário em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).



5.3 FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE DTM

Em relação à população geral do estudo, 74,13% dos indivíduos avaliados apresentaram 5 ou mais sinais e sintomas de DTM enquanto 25,87% apresentaram até 4 fatores demonstrando que a população avaliada apresentou um alto potencial para desenvolver DTM.

Na análise da probabilidade de ocorrência de DTM em usuários de cocaína e/ou crack, segundo algumas variáveis sociodemográficas associadas, destacou-se que o sexo masculino, os maiores de 35 anos de idade e aqueles com ensino fundamental completo ou mais, apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) para uma possível presença de DTM em relação a 5 ou mais sinais e sintomas. Quanto às variáveis analisadas em relação à frequência de uso de cocaína e/ou crack, além de outras substâncias psicoativas consumidas, bem como a visita ao cirurgião dentista, verificou-se que o uso do tabaco e do álcool 2 ou mais vezes na semana e a não procura ou procura de um cirurgião dentista há mais de 3 anos, determinaram a possível ocorrência de DTM, demonstrando diferenças estatisticamente significantes ($p=0,000$, $p=0,002$ e $p=0,044$ respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 3– Variáveis associadas à ocorrência de DTM (5 ou mais sinais ou sintomas) em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

Variáveis	DTM (4 ou menos) N (%)	DTM (5 ou mais) N(%)	p valor
Sexo			
Masculino	26 (21,31)	96 (78,69)	0,003
Feminino	11 (52,38)	10 (47,62)	
Idade			
Até 35 anos	20 (32,79)	41 (67,21)	0,104
35 anos ou mais	17 (20,73)	65 (79,27)	
Estado civil			
Solteiro	23 (26,44)	64 (73,56)	0,782
Casado	11 (27,50)	29 (72,50)	
Viúvo/ Separado/ Divorciado	3 (18,75)	13 (81,25)	
Escolaridade			
Não alfabetizado/ Fundamental incompleto	21 (39,62)	32 (60,38)	0,002
Fundamental completo ou mais	14 (16,09)	73 (83,91)	
Fonte renda			
Emprego regular	3 (18,75)	13 (81,25)	0,802
Trabalho temporário/ familiar/ autônomo	26 (26,53)	72 (73,47)	
Atividades ilegais	6 (25,00)	18 (75,00)	
Frequência cocaína			
Até 1X semana	11 (17,74)	51 (82,26)	0,127
2 ou mais X semana	15 (30,00)	35 (70,00)	
Frequência crack			
Até 1X semana	8 (28,57)	20 (71,43)	0,376
2 ou mais X semana	17 (20,48)	66 (79,52)	
Frequência tabaco			
Até 1X semana	28 (37,33)	47 (62,67)	0,000
2 ou mais X semana	3 (6,25)	45 (93,75)	
Frequência álcool			
Até 1X semana	28 (37,33)	47 (62,67)	0,002
2 ou mais X semana	6 (11,76)	45 (88,24)	
Frequência maconha			
Até 1X semana	21 (32,81)	43 (67,19)	0,119
2 ou mais X semana	12 (20,34)	47 (79,66)	
Frequência pitilho			
Até 1X semana	8 (40,00)	12 (60,00)	0,168
2 ou mais X semana	26 (25,00)	78 (75,00)	
Visita ao dentista			
Nunca/ há 3 anos ou mais	15 (18,29)	67 (81,71)	0,044
Foi nos últimos 2 anos	19 (33,33)	38 (66,67)	

A Tabela 4 apresenta os resultados do modelo final de regressão multivariada associada a probabilidade de ocorrência de DTM (5 ou mais sinais ou sintomas) entre os usuários de cocaína e/ou crack em Salvador (n=143). Esta análise mostrou que àqueles maiores de 35 anos, do sexo masculino e com a frequência de uso de tabaco e álcool, 2 ou mais X semana, desenvolveram a maior probabilidade de desenvolver DTM, com resultados estatisticamente significantes. A escolaridade não foi variável estatisticamente significativa na modelagem final.

Tabela 4– Resultado final da regressão logística multivariada das variáveis associadas a ocorrência de DTM (5 ou mais sinais ou sintomas) em usuários de cocaína e/ou crack em Salvador, 2016 (n=143).

Variável	OR	Intervalo Confiança 95%	P valor
Sexo (masculino)	3,64	1,11-11,95	0,03
Idade (maior que 35 anos)	3,15	1,15 - 8,65	0,02
Frequência tabaco (2 ou mais X semana)	7,51	1,98-18,51	<0,00
Frequência álcool (2 ou mais X semana)	4,55	1,47-14,06	0,01

6 DISCUSSÃO

O consumo de substâncias psicoativas é atualmente um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, aumentando gradativamente e originando mudanças no padrão de comportamento dos usuários que associado à perda de autoestima, leva a um descuido da saúde bucal, além dos efeitos danosos progressivos na saúde sistêmica (DAVOGLIO et al., 2009; COSTA et al., 2011).

No Brasil, levantamentos realizados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em parceria com outros centros de pesquisa, em 2001 e 2005, apontam um aumento do número de usuários de álcool, tabaco e de drogas ilícitas como maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, crack e outros estimulantes e alucinógenos (CARLINI et al., 2001; CARILINI et al., 2006).

O objetivo deste estudo foi investigar as condições de saúde bucal de usuários de cocaína e ou crack, em quatro áreas da cidade de Salvador, em relação à presença de cárie dentária, doença periodontal e identificar também, os sinais e sintomas de ocorrência de DTM nesta população bem como os seus fatores associados.

Verificou-se que o perfil demográfico da amostra foi caracterizado por indivíduos com idade média de 33,27 anos, sendo 85,31% dos usuários do sexo masculino, a maioria pardos, apresentando um baixo nível de escolaridade, se destacando o número de indivíduos não alfabetizados e com ensino fundamental incompleto, (51,74% e 27,27%). Estes resultados estão de acordo com a literatura pesquisada (FERREIRA FILHO et al., 2003; DUAILIBI et al., 2008; TEIXEIRA NETO, 2009; CAPISTRANO et al., 2013; CRUZ et al., 2013; BASTOS, BERTONI, 2014; FALCÃO et al., 2015; TRUONG et al., 2015). A baixa escolaridade entre os usuários é confirmada e avaliada como um grave problema à medida que origina a evasão escolar, motivada tanto pelo baixo desempenho quanto pela dificuldade cognitiva, desencadeados pelo uso frequente da droga (PECHANSKY et al., 2004; TAVARES et al., 2004; DUAILIBI et al., 2008), que dificulta o usuário de exercer atividades que dependam de atenção, compreensão e responsabilidade (NAPPO et al., 1994).

A maior proporção de homens usuários de crack e/ou similares está em concordância com a literatura nacional que aponta para uma maior presença masculina nas cenas de uso

(BASTOS, BERTONI, 2014). A fonte de renda relatada pelos usuários de crack e/ou similares no Brasil, segundo Bastos e Bertoni, (2014), compreende trabalho esporádico ou autônomo e corresponde a cerca de 65% dos usuários, o que está de acordo com os dados obtidos neste trabalho, 71,01%, nos últimos 6 meses, sendo apenas 11,59% de usuários com vínculo de trabalho formal. Atividades ilícitas, como tráfico de drogas e furtos/roubos e afins, foram relatadas na pesquisa nacional sobre o uso do crack em 2014, por uma minoria de usuários, (15, 46%), confirmando também os dados verificados nesta pesquisa (17,39%). Ferreira Filho et al., (2003), encontraram maior proporção de desempregados entre os usuários de crack, enquanto Nappo et al., (1994), mostraram que 76% dos usuários de crack não tinham fonte de renda e que como a droga dificulta atividades que demandem responsabilidade, o usuário em pouco tempo, abandona o trabalho.

Em relação à idade, apesar da tendência do uso de drogas ser cada vez mais precoce, a procura mais efetiva ao tratamento é característica de indivíduos adultos, em média com 35,2 anos, o que corrobora a média de idade dessa pesquisa. Segundo alguns autores, as abordagens terapêuticas são mais eficazes em pacientes com mais idade que utilizam drogas há muito tempo e, em decorrência do uso contínuo já apresentaram um maior sofrimento (GUIMARÃES et al., 2008; PEIXOTO et al., 2010; COSTA et al., 2011; CAPISTRANO et al., 2013).

Verificou-se que quanto ao estado civil, 60,84% dos usuários eram solteiros o que confirma as pesquisas que evidenciam essa mesma característica entre os dependentes químicos e afirmam que se trata de uma condição comum neste grupo em decorrência da inversão de valores, pois à medida que a dependência se instala, a busca da droga e o consumo passam a ser prioridade na vida dessas pessoas (DUAILIBI et al., 2008; SCHEFFER et al., 2010; CAPISTRANO et al., 2013; BASTOS, BERTONI, 2014).

Em relação ao convívio do usuário nos últimos 6 meses, os resultados desse trabalho indicaram que 53,24% viveram com a família de origem, família própria ou ainda com outros parentes. Entretanto, apenas 27,58% moraram nas casas das referidas famílias, 23,44% em casa própria enquanto que 38,62% viveram na rua. De acordo com a Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua (BRASIL, 2008), os principais motivos pelos quais as pessoas passam a viver e morar na rua se refere aos problemas de uso de drogas (35,5%), desemprego

(29,8%) e desavenças familiares (29,1%), sendo que esses três motivos podem estar relacionados entre si ou um ser consequência do outro, corroborando os resultados deste estudo. A pesquisa também afirmou que população de rua é predominantemente masculina (82%) confirmando o estudo.

Devido aos baixos índices de motivação dos dependentes de cocaína e/ou crack e, conseqüentemente pouco comprometimento com a busca de cuidados de saúde, a família e a rede social de apoio representam um papel fundamental na reabilitação desses pacientes. Constatou-se que 53,24% dos entrevistados, nos últimos 6 meses, moravam com algum familiar, a família de origem, ou a própria família ou ainda algum parente, entretanto, a família pode tanto minimizar ou acrescer as conseqüências da exposição aos fatores de risco (MARTINS et al., 2008). Vários estudos (ISAACS et al., 1987; LEE et al., 1991; BROWN, JOHNSON, 1994; GLAUSER, QUEEN, 2007) referem que o uso de cocaína e/ou crack pode ser um fator desencadeador de sintomas psicóticos e que segundo Stanton, 1997, quando os usuários apresentam diagnóstico de Transtorno de Conduta, a terapia familiar demonstrou ser uma técnica estratégico estrutural eficaz, pois envolver todos os membros da família busca-se construir uma aliança terapêutica. O que está em concordância com Kessler e Peschansky, (2008), que destacam a necessidade de uma rede familiar e social que auxilie na adesão ao tratamento e na manutenção da abstinência.

Quando questionados sobre os motivos que os levaram à drogadição, neste estudo, verificou-se a curiosidade como o principal motivo de uso (39,13%), seguido por influência de colegas (25,21%) e problemas familiares (9,13%), atestados em outros estudos que identificaram os mesmos motivos de iniciação, embora alterando as proporções (SANCEVERINO, ABREU, 2004; TEIXEIRA NETO, 2009; COSTA et al., 2011; BASTOS, BERTONI, 2014).

Quanto à obtenção da droga pela 1ª vez, os resultados indicaram que para a cocaína, 66,43% dos entrevistados, foi por meio de colegas esse primeiro contato; 9,09% responderam por influência de traficantes. Para o crack, 52,44% também afirmaram que foi por influência de colegas seguido, por 11,18% por traficantes, resultado similar obtido por Teixeira Neto, 2009.

Quanto à via de administração da cocaína e/ou crack, diferentemente dos dados de trabalhos internacionais, os usuários brasileiros não são ex-usuários de drogas injetáveis assim como tampouco, são usuários de cocaína e crack injetáveis. Apenas 9,21% dos usuários no Brasil,

referiram ter feito uso anterior de droga intravenosa, o que determina padrões de adoecimento inteiramente diversos do uso de cocaína fumada (BASTOS, BERTONI, 2014). Neste estudo, os resultados mostraram que 65,71% dos usuários responderam que a principal via de administração da cocaína foi a cheirada, seguida pela engolida/esfregada na gengiva, 14,85%, e apenas 1,71% para a via injetada, o que está de acordo com o perfil dos dependentes no Brasil. Os resultados encontrados para o crack, também estão em concordância com a literatura, pois para 78,46% a principal via de administração foi fumada enquanto que 5,38% utilizaram a via cheirada.

Alguns autores acreditam que os usuários de drogas injetáveis migraram para o crack em decorrência da infecção pelo HIV (DUNN et al., 1996; FERRI et al., 1997). Verificou-se o uso associado com outras drogas, além de cocaína e/ou crack e pode-se constatar que 77,62% dos usuários neste estudo, afirmaram utilizar outras drogas. A grande maioria fazia associação de duas ou mais drogas, em concordância com Peixoto et al., 2010, no qual afirmam que os dependentes consomem uma média de 2,2 tipos de drogas. Os resultados demonstraram que entre os entrevistados, a associação com outras drogas, 2 ou mais vezes por semana, foi de 60,98% com o uso do tabaco, 59,52% com o álcool e 52,03% em uso associado com a maconha. Entretanto, 83,87% dos usuários utilizavam o “pitolho” (maconha ou pedra de crack triturada, misturados ao tabaco e fumados como cigarro) (FERREIRA FILHO et al., 2003; ANDRADE et al., 2011), até 1 vez na semana.

Estes dados estão em concordância com a literatura, uma vez que o consumo de múltiplas drogas pode ser verificado entre os dependentes químicos como um recurso utilizado a fim de conter a fissura ou a síndrome de abstinência provocada pela falta da substância de preferência (BORINI et al. 2003; GUIMARÃES et al., 2008; TEIXEIRA NETO, 2009). Segundo, Bastos e Bertoni, (2014), os usuários de crack e/ou similares no Brasil, não diferem dos encontrados em outros países, pois são basicamente poliusuários, baixo nível socioeconômico e educacional, sem trabalho ou vivendo “de bicos”, marginalizados, com piores índices sociais e de saúde que os demais, embora nos últimos anos o uso de crack tenha se expandido a outras camadas sociais (DUAILIBI et al., 2008; SANCHEZ, NAPPO, 2002). A maioria dos usuários de drogas costuma seguir uma “sequência” no uso de substâncias, iniciando o consumo com o álcool e tabaco, os mais frequentemente consumidos, e passando para as drogas ilícitas, sendo a primeira a ser usada, a maconha, seguindo para as demais

(SANCHEZ, NAPPO, 2002; OLIVEIRA, 2011; RIBEIRO, 2012).

Em relação ao consumo de álcool associado com a cocaína e/ou crack entre os usuários, segundo Ferreira Filho et al., (2003), isso se justifica, pois os usuários de cocaína cheirada encontram no álcool um alívio para a hiperatividade provocada pela droga imediatamente após o seu uso e um prolongamento dos efeitos prazerosos. Essa afirmação está de acordo com o perfil farmacológico da cocaína que, em presença de álcool, tem seu metabolismo alterado com a formação de cocaetileno (SANCHEZ, NAPPO, 2002), substância tóxica responsável por produzir um efeito mais acentuado que os verificados com cada agente em separado (PRIOR et al., 2006), provocando um aumento da euforia, acompanhada de grande toxicidade (VASCONCELOS et al., 2001). Entretanto, o uso associado dessas duas drogas gera uma maior perda do controle do consumo, problemas sociais e condutas violentas que levam a comportamentos de risco, sendo a base de quadros clínicos de maior gravidade observados (CHASIN, SALVADORI, 1996; PRIOR et al., 2006; MARTIN et al., 2014).

A maconha é outra droga muito utilizada, já que seu consumo possibilita, segundo os entrevistados, uma atenuação dos efeitos indesejáveis, como a paranóia provocada pela cocaína e, em especial, pelo crack (SANCHEZ, NAPPO, 2002). Alguns usuários relataram que o uso associado da cocaína e/ou crack com a maconha provocou um aumento do apetite para doces, o que foi confirmado com nossos resultados, uma vez que 70,62% dos indivíduos relataram usar com frequência, doces e refrigerantes. O uso de drogas pode suprimir o apetite, segundo Robinson et al., 2005, originando uma ansiedade por açúcar, e especificamente, o uso crônico de crack é capaz de alterar a percepção do paladar devido à despilação lingual, levando a uma prevalência elevada de hipogeusia nestes indivíduos, e que este sentido é recuperado parcialmente 15 dias, sem o uso da droga (CHAIBEN, 2011).

Alguns estudos epidemiológicos avaliaram o consumo de carboidratos refinados e refrigerantes entre os usuários de drogas, demonstrando que estes possuem uma maior tendência ao uso, o que contribui para o aumento na prevalência da doença cárie e periodontal (SCHEUTZ, 1984a; FRIEDLANDER, MILLS, 1985; CONSULIN, TOMITA, 2000). O maior risco de cárie destes pacientes pode também ser explicado pelo menor número de visitas ao cirurgião-dentista, fato observado em alguns trabalhos (RIBEIRO et al., 2002; ROBINSON et al., 2005; TEIXEIRA NETO, 2009; COSTA et al., 2011; FALCÃO et al., 2015) e de acordo

com os resultados deste estudo, uma vez que 60,14% dos usuários relataram nunca terem ido ou a última visita ter ocorrido há mais de três anos.

Em relação à saúde bucal, apesar da maioria dos entrevistados afirmarem realizar os cuidados bucais necessários, pois 76,92% responderam que utilizavam escova dental e 67,83% creme dental, observou-se a higiene bucal bastante deficiente. Esse quadro de saúde bucal reflete ainda a baixa proporção do uso de fio dental, pois 63,64% não utilizavam fio dental, resultado similar verificado por outros estudos semelhantes (CONSULIN, TOMITA, 2000; RIBEIRO et al., 2002; TEIXEIRA NETO, 2009; COSTA et al, 2011). Estes dados sugerem, ainda, que a higienização bucal destes pacientes, representada aqui apenas pela escovação dentária, pode não estar sendo realizada de maneira satisfatória, seja por falta de conhecimento da técnica correta de escovação, ou pela limitação motora e psíquica causada pelo uso constante de drogas (COSTA et al., 2011) ou mesmo, pela diminuição da autoestima e falta de motivação (CONSULIN, TOMITA, 2000; WANDEKOKEN, SIQUEIRA, 2013).

Truong et al., (2015), ao avaliarem a saúde bucal de 794 usuários de drogas e estabelecerem uma relação com a qualidade de vida, concluíram que os usuários de drogas com uma pior qualidade de vida, apresentaram, significativamente, uma saúde bucal mais deficiente. A drogadição traz mudanças no padrão de comportamento dos usuários que, associado à perda de autoestima, gera um descuido quanto a higiene geral e bucal, além dos efeitos deletérios progressivos que a dependência exerce na saúde sistêmica (CONSULIN, TOMITA, 2000). Desta forma, os droga-dependentes apresentam o sistema estomatognático mutilado pelo aparente descaso com a saúde bucal (SZYMANIAK et al., 1990).

No presente estudo realizou-se a análise da cárie dentária a partir do índice CPOD sendo que para toda a população, o CPOD médio correspondeu a 12,27. Quando se analisou a composição percentual do índice, destacou-se a predominância do componente perdido, 49,03% e para o componente cariado, 33,53%. Na análise do CPOD, segundo algumas variáveis sociodemográficas e de uso / abuso de substâncias, destacou-se que o sexo masculino, a maior frequência de uso de cocaína, os maiores de 35 anos e aqueles que praticam como fonte de renda atividades ilegais tiveram maior gravidade da cárie dentária, sendo que apenas nas duas últimas variáveis as diferenças foram estatisticamente significantes ($p=0,01$ e $p=0,02$ respectivamente).

Os resultados da Pesquisa Nacional Saúde Bucal (SB Brasil, 2010) no que se refere a adultos na faixa etária de 35 a 44 anos, indicaram um CPO-D médio de 16,75 com os menores índices encontrados nas regiões Nordeste e Sudeste. Destaca-se o fato que o componente perdido foi responsável por cerca de 44,7% do índice no grupo de 35 a 44 anos e 92% no grupo de 65 a 74 anos de idade.

As principais alterações bucais identificadas nos usuários de cocaína e/ou crack são a xerostomia, o elevado índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD), a redução da capacidade tampão salivar, o bruxismo, a doença periodontal, a halitose, a queilite angular e as lesões nos tecidos moles (MATEOS-MORENO et al., 2013). Ainda segundo Di Cugno et al., (1981), acrescenta-se a estas características, a diminuição do fluxo salivar e das concentrações de cálcio e fosfato, insuficientes para equilibrar a queda de pH e a dieta cariogênica, com alto consumo de carboidratos e açúcares refinados. A associação da cocaína e/ou crack com álcool demonstra uma atuação direta no periodonto de sustentação, resultando em doença periodontal e causando também, uma média elevada de perda dental (MIERS, SMITH, 1989). A alta porcentagem de dentes perdidos e da condição periodontal (CPI), observada neste trabalho está em concordância com a literatura (PEDREIRA et al., 1999; RIBEIRO et al., 2002; TEIXEIRA NETO, 2009; COSTA et al., 2011; GIGENA et al., 2012; ALBINI et al., 2015).

Após a análise das variáveis periodontais, os resultados da condição periodontal (CPI), por sextantes, indicaram deficiente saúde bucal dos usuários entrevistados. A alteração periodontal mais prevalente foi a presença de cálculo (59,65%), sendo o sextante inferior central o mais acometido (34,97%). Foi observado acúmulo de biofilme nas superfícies dentárias e quanto à presença de bolsas periodontais, 65,72% das pessoas avaliadas apresentaram bolsas, sendo 45,45% rasas e 20,27%, profundas. Cerca de 34,96% dos examinados apresentaram um dos sextantes hígidos enquanto 45,45%, apresentaram ao menos um dos sextantes excluídos, denotando um alto índice de extrações dentárias. Nenhum dos avaliados apresentou todos os sextantes hígidos.

De acordo com os resultados da Pesquisa Nacional Saúde Bucal (SB Brasil, 2010), o grupo etário de 35 a 44 anos, apresentou como pior score, os sextantes excluídos, 32,3%, e 17,8% apresentaram todos os sextantes hígidos. A presença de cálculo foi a condição mais

expressiva, presente em 28,6% dos adultos examinados e 19,4% tinham bolsas periodontais, sendo 15,2% rasas e 4,2%, profundas.

Os resultados deste trabalho estão em concordância com a literatura, uma vez que a extensão e a gravidade da doença periodontal, pode ser associada a sua etiologia multifatorial, tais como condições de risco, uso de drogas psicoativas, alterações sistêmicas, aspectos comportamentais (PAGE et al., 1998), hábitos de higiene, hábitos alimentares, dentre outros (PENNEL; KEAGLE, 1977; ALBINI et al., 2015). Os usuários de cocaína e crack com quadros de xerostomia e/ou redução no fluxo salivar, parecem demonstrar, mesmo que indiretamente, associação positiva entre doença periodontal e xerostomia e/ou hipossalivação (PARRY et al., 1996; COLODEL et al., 2009).

A análise da concentração de cocaína e seus dois metabólitos principais, a benzoilecgonina e éster metilecgonina (CONE, 1993), na saliva, em diferentes tempos de ação e rotas de administração, confirmou o alto grau de acidez que ambos possuem e a capacidade de atacar a hidroxiapatita do esmalte e da dentina (BROWN, JOHNSON, 1994; KRUTCHKOFF et al., 1990; BLANKSMA, BRAND, 2005). Os potenciais corrosivos dos ácidos, aos quais os indivíduos estão expostos são fortemente influenciados pela capacidade tampão da saliva, propriedades de quelação do cálcio, frequência e duração da exposição ao ácido e temperatura (AMAECCHI et al., 1999; WEST et al., 2000; GRIPPO et al., 2004). O policonsumo diário, a frequência e o tempo de exposição às substâncias psicoativas, representam fatores de grande impacto negativo na saúde bucal da população investigada (GIGENA et al., 2012). A ação dos ácidos pode ser exacerbada por situações clínicas como bruxismo, xerostomia, a qual tem papel importante no tamponamento dos ácidos (SERAIIDARIAN, JACOB, 2002; PUY, 2006), tornando dessa forma, o indivíduo mais ou menos susceptível à erosão dental (AMAECCHI, HIGHAM, 2005; PUY, 2006).

Nixon et al., 2002, avaliaram o desgaste dentário em um grupo de usuários de drogas e o outro, de não usuários. Além do uso regular da droga acima de dez vezes durante a vida, verificaram também, por meio de um questionário, outros fatores que influenciam o desgaste, como: frequência na ingestão de frutas e sucos ácidos, bebidas gaseificadas, presença de bruxismo, xerostomia, refluxo gastroesofágico, participação em competições esportivas, uso de tabaco, álcool, maconha, anfetaminas, ecstasy e cocaína. Os resultados indicaram que o

uso regular de drogas como a ecstasy, anfetaminas ou cocaína poderia estar associado ao aumento do desgaste dentário das unidades posteriores.

Alguns sinais e sintomas de DTM são frequentemente relatados por usuários que utilizam grande quantidade de cocaína, incluindo o ranger de dentes associado com desgaste dental e planificações das cúspides de pré-molares e molares (NIXON et al., 2002), dor ou distúrbios na articulação temporomandibular ou dor miofascial (BATES, 1988; ROBINSON et al., 2005), grande número de dentes cariados ou ausentes, doença periodontal avançada, além de severa xerostomia, quando em associação com álcool (FRIEDLANDER, GORELICK, 1988; LEE et al., 1991; BROWN, JOHNSON, 1994; PARRY et al., 1996; PEDREIRA et al., 1999; BLANKSMA, BRAND, 2005; ROBINSON et al., 2005).

Os questionários específicos para DTM são ferramentas adequadas para estudos epidemiológicos ou populacionais, nos quais o objetivo é traçar perfis populacionais dos sintomas de DTM. Assim, a avaliação obtida pode ser útil para triar pacientes em potencial para pesquisas e para avaliação inicial na clínica (GERSTNER et al., 1994). Entretanto os autores chamam a atenção para a necessidade de se associar à avaliação de sintomas uma avaliação clínica mais direcionada.

O questionário utilizado neste trabalho foi baseado no questionário recomendado pela American Academy of Orofacial Pain para triagem inicial de potenciais pacientes com dores orofaciais, inclusive DTM (MANFREDI et al., 2001). Foram consideradas as seguintes perguntas: dor na ATM, dor de ouvido, ruídos na articulação (crepitação), ranger os dentes (bruxismo excentrico), apertamento dentário (bruxismo centrico), dificuldade de abertura de boca, dificuldade de mastigar ou ingerir alimentos e fatores relacionados ao desgaste dentário, passíveis de alterações entre outras, da oclusão, tais como: xerostomia, regurgitação e vômitos frequentes. Os resultados indicaram que as condições mais prevalentes observadas entre os entrevistados foi a xerostomia (60%), apertamento dentário (30,7%), regurgitação (30,49%) seguido por ranger de dentes (29,49%).

Em relação à população geral do estudo, 74,13% apresentaram 5 ou mais fatores associados aos sinais e sintomas de DTM. E na análise segundo algumas variáveis sociodemográficas associadas, destacaram-se que o sexo masculino, os maiores de 35 anos de idade, com a frequência de uso de tabaco e álcool, 2 ou mais vezes na semana, e a não procura ou procura

de um cirurgião dentista há mais de 3 anos, exibiram resultados estatisticamente significantes para efetivamente serem portadores de DTM.

Para Winocur et al., 2003, os resultados observados mais significativos na população estudada de usuários de drogas e do grupo controle foram a alta prevalência de sinais e sintomas de DTM e de bruxismo noturno (47%) e apertamento diurno (64%) que foram maiores no grupo dos usuários do que os do grupo controle (29% e 19%, respectivamente). Os autores concluíram que o abuso de drogas a longo prazo, afeta negativamente o sistema estomatognático e que o bruxismo pode resultar em graves consequências para a saúde bucal, muitas vezes, causando danos irreversíveis a ATM, fatores confirmados na análise exploratória deste estudo sem, contudo, ter ocorrido uma avaliação clínica mais profunda e direcionada.

Apesar de úteis, os questionários devem ser interpretados com cautela, uma vez que a presença de sinais e sintomas de DTM não necessariamente é indicativa da presença de DTM, devido à baixa especificidade dessas ferramentas, quando incorretamente utilizadas como instrumentos de diagnóstico (SMITH et al., 1992).

Mesmo sabendo dos mecanismos pelos quais as drogas atuam causando os efeitos indesejados nos usuários, muitas vezes torna-se difícil relacionar determinada alteração ao uso de um tipo de droga isolado, uma vez que existe a associação de múltiplas drogas (COSTA et al., 2011). É de fundamental importância que o cirurgião dentista tenha um maior conhecimento dos efeitos e das possíveis interações das substâncias, além das condutas a serem tomadas com estes pacientes (ASTON, 1984; MOTTA et al., 2004).

A drogadição apresenta efeitos bucais e sistêmicos e conhecer esses efeitos assim como as interações possíveis entre as drogas e os fármacos utilizados em Odontologia contribui para uma atuação mais segura e efetiva por parte do Cirurgião dentista. É necessária uma abordagem integrada, com implantação de um programa preventivo adequado à realidade do usuário, constituindo parte do processo de sua recuperação e reabilitação.

Segundo Bessa, 2010, ao invés de se lutar por melhores condições de financiamento público para o SUS e para o tratamento dos pacientes dependentes químicos e de implementar efetivas

políticas de prevenção ao consumo de todas as drogas, desvia-se o foco para um abrandamento das leis. Entretanto, os desafios, do ponto de vista prático, são imediatos; oferecer um tratamento público digno aos dependentes químicos, desenvolvendo ações amplas, profundas e preventivas frente ao uso de todos os tipos de drogas, controlar a publicidade das drogas lícitas e envolver toda a sociedade na discussão de como enfrentar o fenômeno das drogas, valorizando a saúde e a vida.

7. CONCLUSÃO

Neste estudo, os usuários de cocaína e/ou crack apresentaram predominância do sexo masculino, baixo nível socioeconômico e educacional, condições precárias de moradia, e uma qualidade de vida deficiente. Demonstraram ser poliusuários, apresentaram uma inadequada saúde bucal (CPOD= 12,79), diretamente relacionada aos deficientes hábitos de higiene bucal, com altos índices de cárie, doença periodontal e alta probabilidade de desenvolverem DTM (74,13%). Os fatores associados a maior prevalência de DTM foi o uso de álcool e tabaco superior a 2 vezes na semana.

Combinando com o fato dos participantes deste trabalho apresentarem um baixo nível de escolaridade, alta taxa de desemprego, consumo alto de açúcar, higiene bucal deficiente, a dependência das drogas é apenas um dos muitos fatores envolvidos com a etiologia da doença cárie, da doença periodontal e de DTM; o que poderia implicar na tendência de se atribuir à gravidade da deficiente saúde bucal exclusivamente às drogas.

O Cirurgião-Dentista assume uma importante função na reabilitação destes pacientes, não apenas no tratamento em si, eliminando a dor e o desconforto, como também, contribuindo para aumentar a autoestima e favorecendo a inclusão social.

REFERÊNCIAS

- ALBANDAR, J.M.; BRUNELLE, J.A.; KINGMAN, A. Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. **J Periodontol**, v.70, n.1, p.13-29, jan. 1999.
- ALBERTSON, T.E.; WALBY W.F.; DERLET, R.W. Stimulant-induced pulmonary toxicity. **Chest**, v.108, p.1140-49, 1995.
- ALBINI, M. B. **Condição periodontal de usuários de drogas**. Tese (Doutorado). Curitiba, UFPR, 2013.62fls.
- ALBINI, M. B. et al. Perfil sociodemográfico e condição bucal de usuários de drogas em dois municípios do Estado do Paraná, Brasil. **Rev Odontol UNESP**, v.44, n.4, p.244-9, 2015.
- ALMAS, K. et al. Temporomandibular joint status, occlusal attrition, cervical erosion and facial pain among substance abusers. **O.S.T. - T.D.J**, v.30, n.117, p.27-33, 2007.
- ALMEIDA, R.F. et al. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Rev Port Clin Geral**, v.22, p.379-90, 2006.
- ALOÉ, F. et al. Bruxismo durante o Sono. **Rev. Neurociências**, v.11, n.1, p. 4-17, 2003.
- AMAECHEI, B.T.; HIGHAM, S.M.; EDGAR, W.M. Factors influencing the developmental of dental erosion *in vitro*: enamel type, temperature and exposure time. **J Oral Rehabil**, v.26, p.624-30, 1999.
- AMAECHEI, B.T.; HIGHAM, S.M. Dental erosion: possible approaches to prevention and control. **J Dent**, v.33, p.243-52, 2005.
- ANDRADE, T. et al. What a pity!. Exploring the use of ‘pitolho’ as harm reduction among crack users in Salvador, Brazil. **Drugs Edu Prev Policy**, v.18, n.5, p.382-86, 2011.
- ANTONIAZZI, R. P. et al. Efeito do crack nas condições bucais: Revisão de literatura. **Braz J Periodontol**, v.23, n.1, p.13-18, 2013.
- ANTHONY, J.C.; TIEN, A. Y.; PETRONIS, K. R. Epidemiologic evidence on cocaine use and panic attacks. **Am J Epidemiol**, v.129, p.543-9, 1989.
- ASTON, R. Drug abuse. Its relationship to dental practice. **Dent Clin North Am**, v.28, n.3, p.595-610, 1984.
- BADER, G.; LAVIGNE, G. Sleep bruxism: an overview of an oromandibular sleep movement disorder. **Sleep Med Rev**, v.4, n.1, p.27-43, 2000.
- BAINS, M.K.; HOSSEINI-ARDEHALI, M. Palatal perforations: past and present. Two case reports and a literature review. **British Dent J**, v.199, p.267-69, 2005.
- BASSIOUNY, M. A. Dental erosion due to abuse of illicit drugs and acidic carbonated

beverages. **Gen Dent**, v.61, n.2, Mar-Apr, p.38-44, 2013.

BASTOS, F.I.; MENDES, A.; DUARTE, P.doC.A.V.; BERTONI N. Smoked crack cocaine in contemporary Brazil: the emergence and spread of “oxi”. **Addiction**, v.106, p.1191–92, 2011.

BASTOS, F.I., BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Ed ICICT/FIOCRUZ, 224p, 2014.

BATES, C. K. Medical risks of cocaine use. **West J Med**, v.148, p.440-44, 1988.

BESSA, M.A. Contribuição à discussão sobre legalização das drogas. **Cien Saude Colet**, v.15, n.3, p.632-6, 2010.

BLANKSMA, C.J.; BRAND, H.S. Cocaine abuse: orofacial manifestations and implications for dental treatment. **Int Dent J**, v.55, p.365-69, 2005.

BORINI, P.; GUIMARÃES, R.; BORINI, S. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. **J Bras Psiquiatria**, v.52, n.3, p.171-9, 2003.

BRAND, H.S.; GONGGRIJP, S.; BLANKSMA, C.J. Cocaine and oral health. **British Dent J**, v.204, p.365-69, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 49 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 92 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

BRASIL. Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Abril 2008.

BROWN, R.S.; JOHNSON, C.D. Corrosion of dental gold restorations from inhalation of “crack” cocaine. **Gen Dent**, p.242-6, 1994.

CALATAYUD, J.; GONZÁLEZ, A. History of the development and evolution of local anesthesia since the coca leaf. **Anesthesiology**, v.98, n.6, p.1503-08, 2003.

CAPISTRANO, F.C. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, v.17, n.2, p.234-41, 2013.

CARLINI, E.A. et al. Drogas psicotrópicas - o que são e como agem. **Rev IMESC**, v 3, p.9-35, 2001a.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, 2001.

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. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, 2006.

CHAIBEN, C. L. **Avaliação da percepção do paladar em usuários crônicos de crack.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Paraná, 2011, 57fl.

CHALOULT, L. Une nouvelle classification des drogues toxicomanogènes. **Toxicomanies**, v.4, n.4, p.371-5, 1971.

CHAMBERS, H.F. et al. Cocaine use and the risk for endocarditis in intravenous drug users. **Ann Intern Med**, v.106, p.833-36, 1987.

CHASIN, A.A.M.; SALVADORI, M.C. Estimulantes do sistema nervoso central. In: Oga S. **Fundamentos de toxicologia.** São Paulo: Atheneu, p.251-69, 1996.

COLODEL, E.V. et al. Alterações bucais presentes em dependentes químicos. **RSBO**, v.6, n.1, p.44-8, 2009.

CONE, E.J. Saliva testing for drug of abuse. **Ann NY Acad Sci**, v.694, p.91-127, 1993.

CONSULIN, T.E.; TOMITA, N.E. Programa de saúde bucal para drogaditos em recuperação. **Rev ABOPREV**, v.3, n.1, p.19-29, 2000.

COSTA LEITE, M.; ANDRADE, A.G. **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento.** Porto Alegre: Artmed;1999. p.317.

COSTA, S.K.L. et al. Fatores sociodemográficos e Condições de saúde buccal em droga-dependentes. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.11, n.1, p.99-104, 2011.

CREGLER L.; MARK, H. Medical complications of cocaine abuse. **N Engl J Med**, v.15, p.1495-500, 1986.

CRETZMEYER, M.; WALKER, J.; HALL, J.A.; ARNDT, S. Methamphetamine use and dental disease: results of a pilot study. **J Dent Child**, v.74, n.2, p.85-92, 2007.

CRUZ, M. S. et al. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. **Int Drug Policy**, v.24, n.5, p.432-8, 2013.

DÁVILA, L. et al. El consumo de basuco como agente causal de alteraciones en la encía. **Rev Cubana Estomatolol**, v.39, n.2, p.137-44, 2001.

DAVIS, W. M., HATOUM, H. T., WATERS, I. W. Minireview, toxicity of MDA (3,4-methylenedioxyamphetamine) considered for relevance to hazards of MDMA (ecstasy) abuse. **Alcohol Drug Res**, v. 7, p.123-34, 1987.

DAVOGLIO, R.S. et al. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.3, p.655-67, 2009.

DEVLIN, R.J.; HENRY, J.A. Clinical review: Major consequences of illicit drug consumption. **Crit Care**, v. 2, n.1, p.202, 2008.

DI CUGNO, F.; PEREC, C.J.; TOCCI, A.A. Salivary secretion and dental caries experience in drug addicts. **Archs Oral Biol**, v.26, p.363-7, 1981.

DIETZ, G. et al. As relações interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes. **SMAD**, v.7, n.2, p.85-91, Maio-Ago. 2011.

DRISCOLL, S. E. A pattern of erosive carious lesions from cocaine use. **J Mass Dent Soc**, v.52, n.3, p.12-4. 2003.

DUALIBI, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, Sup.4, p.545-57, 2008.

DUNN, J. et al. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. **Subst Use Misuse**, v.31, p.519-27, 1996.

EGRED, M.; DAVIS, G.K. Cocaine and the heart. **Postgrad Med J**, v.81, p 568-71, 2005.

FALCÃO, C.A.M. et al. Saúde bucal em dependentes químicos. **Rev Interd Cienc Saúde**, v.2, n.3, p.112-21, 2015.

FERREIRA FILHO, O.F.; TURCHI, M.D.; LARANJEIRA, R, CASTELO, A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Rev Saude Pública**, v.37, n.6, p.751-9, 2003.

FERRI, C.P.; LARANJEIRA, R.R. DA SILVEIRA D.X.; DUNN, J.; FORMIGONI, M.L.O.S. Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. **Rev Ass Med Bras**, v.3, p.25-8, 1997.

FRIEDLANDER, A.H.; GORELICK, D.A. Dental management of the cocaine addict. **Oral Surg Oral Med Pathol**, v.65, p.45-8, 1988.

FRIEDLANDER, A.H.; MILLS, M.J. The dental management as the drug-dependent patient. **Oral Surg**, v.60, n.5, p.489-92, 1985.

GALDURÓZ, J.C.F. Uso e abuso de drogas psicotrópicas no Brasil. **Rev IMESC**, v.3, p.37-42, 2001.

GAY, G.R.; INABA, D.S.; SHEPPARD, C.W.; NEWMAYER, J.A.; RAPPOLT, R.T. Cocaine: history, epidemiology, human pharmacology and treatment. **Clin Toxicol**, v.8, n.2, p.149-78, 1975.

GERSTNER, G.E.; CLARK, G.T.; GOULET, J.P. Validity of a brief questionnaire in screening asymptomatic subjects from subjects with tension-type headaches or temporomandibular disorders. **Community Dent Oral Epidemiol.** v.22, n.4, p.235-42, 1994.

GIGENA, P.C.; BELLA, M.I.; CORNEJO, L.S. Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación. **Odontostomatología**, v.14, n.20, p.49-59, Montevideo, 2012.

GLAUSER, J.; QUEEN, J.R. An overview of non-cardiac cocaine toxicity. **J Med**, v.32, n.2, p.181-6, 2007.

GOMEZ, F.M. et al. Effects of dopaminergic drugs, occlusal disharmonies and chronic stress on non-functional masticatory activity in the rat, assessed by incisal attrition. **J Dent Res**, v.77, p.1454-64, 1998.

GOSSOP, M. Beware cocaine. **BMJ**, v.295, n.17, p.945, 1987.

GOSSOP, M.; MANNING, V.; RIDGE, G. Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder. **Addiction**, v.101, p.1292-8, 2006.

GOULET, J.P.; LUND, J.P.; MONTPLAISIR, J. Daily clenching nocturnal bruxism and stress and their association with TMD symptoms. **J Orofac Pain**, v.7, ed.120, p.251-57, 1993.

GREMILLION, H.A. et al. Psychological considerations in the diagnosis and management of temporomandibular disorders and orofacial pain. **Gen Dent Mar**, v.51, n.2, p.168-72, 2003.

GRIPPO, J.O.; SIMRING, M.; SCHEIREINER, S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited: a new perspective on tooth surface lesions. **JADA**, v.35, p.1109-18, 2004.

GROSSI, S.G. et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. **J Periodontol**, v.65, n.3, p.260-7, Mar 1994.

GUIMARÃES, C.F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre (RS). **Rev Psiquiatr**, v.30, n.2, maio-ago, p.101-8, 2008.

HAIM, D.Y.; LIPPMANN, L.; GOLDBERG, S.K.; WALKENSTEIN, M.D. The pulmonary complications of crack cocaine. **Chest**, v.107, p.233-40, 1995.

IMESC. Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/>. Acesso em: ago.2016.

IMFELD, T. Dental erosion. Definition, classification and links. **Eur J Oral Sci**, v.104, p.151-5, 1996.

INVERNICI, M.M. **Avaliação Periodontal em usuários de Crack**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Paraná, 2012, 59fl.

ISAACS, S.O.; MARTIN, P.; WILLOUGHBY, J.H. "Crack" (an extra potent form of

cocaine) abuse: a problem of the eighties. **Oral Surg Oral Med Pathol**, v.63, p.12-6, 1987.

JATLOW, P.L. Drug of abuse profile: cocaine. **Clin Chem**, v.33, n.11, p.66B-71B, 1987.

JEWERS, WM; RAWAL, YB; ALLEN, CM et al. Palatal perforation associated with intranasal prescription narcotic abuse. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v.99, p.594-7, 2005.

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.204-11, 2002.

KALDAHL, W.B. et al. Levels of cigarette consumption and response to periodontal therapy. **J Periodontol**, v.67, n.7, p.675-81, 1996.

KAPILA, Y.L.; KASHANI, H. Cocaine-associated rapid gingival recession and dental erosion. A case report. **J Periodontol**, v.68, p.485-8, 1997.

KARCH, S.B. Cocaine: history, use, abuse. **J R Soc Med**, v.92, p.393-7, 1999.

KAUFMAN, M.J. et al. Cocaine administration induces human splenic constriction and altered hematologic parameters. **J Appl Physiol**, v.85, n.5, p. 1877-83, 1998.

KAUSHIK, K.S.; KAPILA K.; PRAHARAJ, A.K. Shooting up: 2011 the interface of microbial infections and drug abuse. **J Med Microbiol**, v.60, n. 4, p.408-22.

KESSLER, F.; PECHANESKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Rev Psiquiatr RS**, v.30, n.2, p. 96-8, 2008.

KRUTCHKOFF, D.J.; EISENBERG, E.; O'BRIEN, J.E.; PONZILLO, J.J. Cocaine-induced dental erosions. **N Engl J Med**, v.322, n.6, p.408, 1990.

LANCASTER, J.; BELLOSO, A.; WILSON, C.A.; MCCORMICK, M. Rare case of naso-oral fistula with extensive osteocartilaginous necrosis secondary to cocaine abuse: review of otorhinolaryngological presentations in cocaine addicts. **J Laryngol & Otol**, v.114, p.630-3, 2000.

LASLETT, A-M.; DIETZE, P.; DWYER, R. The oral health of street-recruited injecting drug users: prevalence and correlates of problems. **Addiction**, v.103, p.1821-5, 2008.

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

LESCHER, D.A. Um caminho com volta. Entrevista concedida a Ricardo Correa. **Revista Época**, v.658, p.12-13, 2010.

LITONJUA, L.A.; ANDREANA, S.; BUSH, P.J.; COHEN, R.E. Tooth wear: attrition, erosion, and abrasion. **Quintessence Int**, v.34, n.6, p.435-46, 2003.

LUFT, A.; MENDES, F.F. Anestesia no paciente usuário de cocaína. **Rev Bras Anestesiol**, v.57, n.3, p.307-14, 2007.

MAGALHÃES, A.C.; RIOS, D.; SILVA, S.M.B.; MACHADO, M.A.A.M. Erosão dentária versus hábitos da sociedade moderna. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.59, n.6, p.417-20, 2005.

MAIR, L.H.; STOLARSKI, T.A.; VOWLES, R.W.; LLOYD, C.H. Wear: mechanisms, manifestations and measurement. Report of a workshop. **J Dent**, v.24, n 1-2, p.141-8, 1996.

MANFREDI, A.S.; SILVA, A.A.; VENDITE, L.L. Avaliação da sensibilidade do questionário de triagem para dor orofacial e distúrbios temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial. **Rev Bras Otorrinolaringol.** v.67, n.6, p.763-8, 2001.

MARTIN, G.; MACDONALD, S.; PAKULA, B.; ROTH, E.A. A comparison of motivations for use among users of crack cocaine and cocaine powder in a sample of simultaneous cocaine and alcohol users. **Addict Behav**, v.39, n.3, p.699-702, 2014.

MARTINS, D.R.; JANSON, G.; TORUÑO, J.L.A. Avaliação das disfunções temporomandibulares no exame ortodôntico inicial. **Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v.5, n.1, p.12-6, jan./fev., 2000.

MATEOS-MORENO, M.V.; DEL-RÍO-HIGHSMITH, J.; RIOBÓO-GARCÍA, R.; SOLÁ-RUIZ, M.F.; CELEMÍN-VINUELA, A. Dental profile of a community of recovering drug addicts: Biomedical aspects. Retrospective cohort study. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.18, n.4, p.671-9, 2013.

MAURICIO, M.M.; PORTO, C.L.; ROSSATO, D.M. Perimólise, diagnóstico e plano de tratamento. **J Bras Clin Odontol Int**, v.6, n.35, p.415-8, 2002.

MCNEILL, C. et al. Craniomandibular (TMJ) disorders: state of the art. **J Prosthet Dent**, v.44, p.434-37, 1980.

MEURMAN, J.H.; TEN CATE, J.M. Pathogenesis and modifying factors of dental erosion. **Eur J Oral Sci**, v.104, p.199-206, 1996.

MIERS, D.R.; SMITH, D.P. Guidelines for treatment of recovering chemically dependent dental patients. **J Am Coll Dent**, v.56, n.1, p.4-8, 1989.

MILROY, C.M.; PARAI, J.L. **Histopatologia**, v.59, n.4, p.579-93, 2011.

MOLENDIJK B, HORST GT, KASBERGEN M, TRUIN GJ, MULDER J. Dental health in dutch drug addicts. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.24, p.117-9, 1996.

MOREAU, R.L.M. Fármacos e drogas que causam dependência. In: Oga S. **Fundamentos de toxicologia**. São Paulo: Atheneu; 1996. p.231-40.

MOTTA, R.H.L.; RAMACCIATO, J.C.; TÓFOLI, G.R.; GROppo, F.C. Tratamento odontológico de pacientes usuários de drogas. **J Bras Clin Odontol Int**, v.8, n.47, p.430-8, 2004.

NAPPO, A.S.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R. Crack use in São Paulo. **Subst Use Misuse**, v.31, n.5, p.565-79, 1996.

NAPPO, A.S.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R. Uso de crack em São Paulo: fenômeno emergente? **Rev ABP-APAL**, v.16, p.75-83, 1994.

NASSIF, A.C.N. et al. Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína e/ou crack em dependentes de drogas. **Rev Assoc Med Bras**, v.45, n.3, p. 237-41, 1999.

NIXON, P.J.; YOUNGSON, C.C.; BEESE, A. Tooth surface loss: does recreational drug use contribute? **Clin Oral Invest**, v.6, p.128-30, 2002.

OBID. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (SENAD). Ministério da Justiça. Disponível em: <http://obid.senad.gov.br/obid>. Acesso em: ago.2016.

OLIVEIRA, G. P. Crack e recaída: **Os principais motivos que levam os usuários de crack após o tratamento de dependência química**. Porto Alegre.p.1-22,03 maio 2011.

OKESON, J.P. **Tratamento das Desordens Temporomandibulares**. Tradução: Milton Edson Miranda. 4a ed. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda, 2000.

PAGE, R.C. The pathobiology of periodontal diseases may affect systemic diseases: inversion of a paradigm. **Ann Periodontol**, v.3, p.108-20, 1998.

PARRY, J. et al. Mucosal lesions due to oral cocaine use. **Br Dent J**, v.180, n.12, p. 462-4, 1996.

PECHANSKY, F., SZOBOT, C.M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev Bras Psiquiatria**, v.26, p.14-7, 2004.

PEDREIRA, R.H.S.; REMENCIUS, L.; NAVARRO, M.F.L.; TOMITA, N.E. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.13, n.4, p.395-99, 1999.

PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sócio-demográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e drogas (CAPS ad). **J Bras Psiquiatr**, v.59, n.4, p.317-21, 2010.

PENNEL, B.M.; MES G. KEAGLE, J.G. Predisposing factors in the etiology of chronic inflammatory periodontal disease. **J Periodontol**, v.48, n.9, p. 517-32, 1977.

PRINZLEVE, M.; et al. Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups. **Eur Addict Res**, v.10, p.147-55, 2004.

PRIOR, N. P., PAYÁ, J. M.; COMPANY, E. S.; PIQUERES, R. F.; CALVO, M. C.; BARCO, R. R. Transcendencia del cocaetileno en el consumo combinado de etanol y cocaína. **Rev Esp Drogodepend**, v.31, p.254-70, 2006.

PULCHERIO, G. et al. Crack – da pedra ao tratamento. **Rev AMRIGS**, v.54, n.3, p.337-43, 2010.

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.449-55, 2006.

REECE, A.S. Dentition of addiction in Queensland: poor dental status and major contributing. **Australian Dental J**, v.52, n.2, p.144-9, 2007.

REES, T, D. Oral Effects of Drug Abuse. **Crit Rev Oral Biol Med.**, v.3, n.3, p.163-84, 1992.

RIBEIRO, E.D.P.; OLIVEIRA, J.A.; ZAMBOLIN, A.P.; LAURIS, J.R.P. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. **Pesqui Odontol Bras**, v.16, n.3, p.239-45, 2002.

RIBEIRO, M.; DUNN, J.; SESSO, R.; DIAS, A.C, LARANJEIRA, R. Causes of death among crack cocaine users. **Rev Bras Psiquiatr**, v.28, n.3, p 196-202, 2006.

ROBINSON, P.G.; ACQUAH, S.; GIBSON, B. Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. **British Dent J**, v.198, p.219-24, 2005.

ROOBAN, T.; RAO, A.; JOSHUA, E.; RANGANATHAN, K. Dental and oral health status in drug abusers in Chennai, India: A cross-sectional study. **J Oral Maxillofac Pathol**, v.12, p.16-21, 2008.

ROSENBAUM, C. H. Did you treat a drug addict today? **Int Dent J**, v. 31, n.4, p.307-12, 1981.

SANCEVERINO, S.L.; ABREU, L.C.A. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no município de palhoça 2003. **Cienc Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.1047-56, 2004.

SANCHEZ, Z. van der M.; NAPPO, A.S. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.4, p.420-30, 2002.

SCHEFFER, M. et al. Dependência química e transtornos psiquiátricos. **Psic:Teor e Pesq**, v.26, n.3, p.533-41, 2010.

SCHEUTZ, F. Dental health in a group of drug addicts attending an addictio-clinic. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.12, p.23-8, 1984b.

SCHEUTZ, F. Five-years evaluation of a dental care delivery system for drug addicts in Denmark. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.12, p.29-34, 1984a.

SERAIDARIAN, P.I.; JACOB, M.F. Erosão dental: etiologia, prevalência e implicações clínicas. **J Bras Clin Odontol Int**, v.6, n.32, p.140-4, 2002.

SERAJ, B. et al. Temporomandibular disorders and parafunctional habits in children and adolescence: a review. **J Dent**, v. 6, n.1, p. 37-45, 2009.

SHANTIPRIYA, R. et al. Periodontal Status amongst Substance Abusers in Indian Population. **ISRN Dentistry**, v.2012, p.1-6, 2012.

SILVESTRE, F.J. et al. Cocaine-related oronasal communication and hard palate destruction. **J Investig Clin Dent**, v.3, p157-60, 2012.

SMART, R. G. Crack Cocaine Use: A Review of Prevalence and Adverse Effects. **Am J Drug and Alcohol**, v.17, Issue 1, p.13-26, 1991.

SMITH, A.J.; SHAW, L. Baby fruit juices and tooth erosion. **Br Dent J**, v.162, n.2, p.65-7, 1987.

SMITH V.; WILLIAMS B.; STAPLEFORD R. Rigid internal fixation and the effects on the temporomandibular joint and masticatory system: a prospective study. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. v. 102, n.6, p.491-500, 1992.

SOBRAL, M.A.P.; LUZ, M.A.A.C.; GAMA-TEIXEIRA, A.; GARONE NETTO, N. Influência da dieta líquida ácida no desenvolvimento de erosão dental. **Pesqui Odontol Bras**, v.14, n.4, p.406-10, 2000.

SZYMANIAK, E.; DYMKOWSKA, W.; WASZKIEL, D.R. The condition of teeth and the need for treatment in drug addicts. **Czas Stomatol**, v.43, p.134-9, 1990.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Rev de Saúde Pública**, v.38, p.787-96, 2004.

TEIXEIRA NETO, A. **A avaliação da saúde bucal em usuários de cocaína e/ou crack em três áreas da cidade de Salvador**. Dissertação (Mestrado). Universidade de Taubaté, 2009, 88fl.

TERRA FILHO, M.; YEN, C.C.; SANTOS, U.P.; MUNOZ, D.R. Pulmonary alterations in cocaine users. **São Paulo Med J**,v.122, n.1, p.26-31, 2004.

TREACY, D.J.L.; GERMAN, R.M. Chemical stability of gold dental alloys. **Gold Bull**, v.17, p.46-54, 1984.

TRUONG, A. et al. Oral health-related quality of life among an Australian sample of people who inject drugs. **J Public Health Dent**, v.75, n.3, p.1-7, 2015.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, 2016. Disponível em: <http://unaid.org.br/2016/06/unodc-lanca-relatorio-mundial-sobre-drogas-de-2016>. Acesso em: ago.2016.

VASCONCELOS, S. M. M.; MACEDO, D. S.; LIMA, I. S. P.; SOUSA, F. C. F.; FONTELES, M. M. F.; VIANA, G. S. B. Cocaetilenol: um metabólito da associação cocaína e etanol. **Rev Psiq Clin**, v.28, p.207-10, 2001.

VASQUEZ, E.M.M. et al. Consumo percibido y uso de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios en la ciudad de Medellín, Colombia. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17 (Esp.), p.886-92, 2009.

VERDEJO-GARCIA, A. et al. Neuroimaging and drug addiction: neuroanatomical correlates of cocaine, opiates, cannabis and ecstasy abuse. **Rev Neurol**, v.44, n.7, p.432-9, 2007.

VILELA, R.J.; LANGFORD, C.; McCULLAGH, L.; KASS, E.S. Cocaine-induced oronasal fistulas with external nasal erosion but without palate involvement. **Ear Nose Throat J**, v.81, p.562-3, 2002.

WANDEKOKEN, K.D.; SIQUEIRA, M.M. Uso de crack: é possível o (re)encantamento? **Rev Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v.9, p.54-9, 2013.

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.875-80, 2000.

WINOCUR, E. et al. Oral motor parafunctions among heavy drug addicts and their effects on signs and symptoms of temporomandibular disorders. **J Orofacial Pain**, v.15, n.1, p.56-63, 2001.

WINOCUR, E. et al. Drugs and bruxism: a critical review. **J Orofacial Pain**, v.17, n.2, p.99-111, 2003.

WOOD, R.W.; SHOJAIE, J.; FANG, C.P.; GRAEFE, J.F. Methylecgonidine coats the crack particle. **Pharmacol Biochem Behav**, v.53, n.1, p.57-66, 1996.

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

YIP, K.H.; SMALES, R.J.; KAIDONIS, J.A. Differential wear of teeth and restorative materials: clinical implications. **Inter J Prosthodont**, v.17, n.3, p.350-6, 2004.

ZADOR, D.; LYONS WALL, P.M.; WEBSTER, I. High sugar intake in a group of women on methadone maintenance in south western Sydney, Australia. **Addiction**, v.91, n.7, p.1053-61, 1996.

ZYL, A.W. van. Substance abuse and oral health: an overview. **SADJ**, v.69, n.1, p.8-14, 2014.

ZORZETTO, J.C. **Avaliação dos efeitos da inalação crônica de cocaína crack na espermatogênese de camundongos** [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007. 89p.

APÊNDICE

APÊNDICE – Formulário de pesquisa

**QUESTIONÁRIO**

Nº _____

Data: _____

Entrevistador: _____

Entrevistado: _____
(nome, apelido ou NI: não informou)

Bairro onde foi contatado: _____

Local da entrevista: _____
(por ex.: rua, associação etc.)**I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. SEXO	2. DATA NASCIMENTO	4. QUAL SUA COR	5. ESTADO CIVIL ATUAL	7. COM QUEM VIVEU / ÚLTIMOS 6 MESES
Feminino Masculino	___/___/___	Negra Branca Mulata / Parda Amarela / Asiática	Solteiro (a) Casado (a) Viúvo (a) Separado / Divorciado (a)	Sozinho (a) Família de origem (pais, irmãos) Outros parentes Colegas/amigos Própria família (companheiro (a), filhos) Outros _____
	3. IDADE ___ anos	6. QUAL A SUA RELIGIÃO		
		Católica Protestante	Afro-brasileira Outra _____	

8. ONDE VIVEU A MAIOR PARTE DO TEMPO / ÚLTIMOS 6 MESES	9. ESCOLARIDADE	10. NOS ÚLTIMOS 6 MESES QUAL A SUA PRINCIPAL FONTE DE RENDA
Na sua própria casa Casa dos pais Casa de outros parentes Casa de amigos Na rua Em instituição _____ Outros _____	Não alfabetizado/1º grau incompleto 1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo Superior incompleto Superior completo Pós-graduado Não sei	Emprego regular Trabalho temporário (bico) Trabalho da própria família Autônomo Benefício/ Aposentadoria Ajuda de parentes Comércio de drogas Programas (Troca de sexo por dinheiro ou drogas) Roubos Outras atividades ilegais _____ (especificar)

II. CONSUMO DE DROGAS

11. Com que idade usou cocaína ou crack pela primeira vez?

COCAÍNA ____ anos

CRACK ____ anos

NUNCA USOU _____ (ENCERRAR A ENTREVISTA - agradecer e explicar porque ele ou ela não é elegível).

12. Como você conseguiu esta(s) substância(s) na primeira vez que usou

COCAÍNA:

Companheiro(a) Parentes Amigos Colegas de escola/ trabalho Traficante desconhecido

Outro _____ Nunca usou

CRACK:

Companheiro(a) Parentes Amigos Colegas de escola/ trabalho Traficante desconhecido

Outro _____ Nunca usou

13. Que motivo(s) levou (levaram) você a experimentar pela primeira vez estas substâncias?

MOTIVO	COCAÍNA	CRACK
Para se desinibir		
Para Relaxar		
Para sentir Prazer		
Devido a Problemas familiares		
Para buscar Auto-afirmação		
Por Curiosidade		
Por Influência da mãe		
Por Influência do pai		
Por Influência de amigos		
Por Influência de outros parentes		
Para diminuir a ansiedade		
Para ter sensação de Poder		
Para diminuir a dificuldade de se relacionar socialmente em grupo		
Outros:		
Não tive nenhuma influência		

14. Com que frequência você usa estas substâncias?

COCAÍNA:

nunca menos de 1 vez por mês 1 a 3 dias por mês 1 dia por semana 2 a 3 dias por semana 4 a 6 dias por semana pelo menos 1 vez ao dia- não usa mais

CRACK:

nunca menos de 1 vez por mês 1 a 3 dias por mês 1 dia por semana 2 a 3 dias por semana 4 a 6 dias por semana pelo menos 1 vez ao dia- não usa mais

15. Além de COCAÍNA/ CRACK você usa outras substâncias ? Sim _____ Não _____

16. Se você Respondeu Sim. Assinale abaixo a frequência para cada Substância utilizada:

TABACO (Cigarro)

nunca < de 1 vez por mês 1 a 3 dias por mês 1 dia por semana 2 a 3 dias por semana 4 a 6 dias por semana pelo menos 1 vez ao dia- não usa mais

ÁLCOOL

nunca < de 1 vez por mês 1 a 3 dias por mês 1 dia por semana 2 a 3 dias por semana 4 a 6 dias por semana pelo menos 1 vez ao dia- não usa mais

MACONHA

nunca < de 1 vez por mês 1 a 3 dias por mês 1 dia por semana 2 a 3 dias por semana 4 a 6 dias por semana pelo menos 1 vez ao dia- não usa mais

PITILHO

nunca < de 1 vez por mês 1 a 3 dias por mês 1 dia por semana 2 a 3 dias por semana 4 a 6 dias por semana pelo menos 1 vez ao dia- não usa mais

OUTRA DROGA _____ (nunca) (< de 1 vez por mês) (1 a 3 dias por mês) (1 dia por semana) (2 a 3 dias por semana) (4 a 6 dias por semana) (pelo menos 1 vez ao dia) () não usa mais

17. Quais as vias de administração já utilizadas por você para consumir COCAÍNA.

- () Cheirada
 () Injetada na veia
 () Fumada (misturada ao tabaco (cigarro) ou maconha (mesclado))
 () Engolida/ Esfregada na gengiva
 () Outras _____

18. Quais as vias de administração já utilizadas por você para consumir CRACK.

- () Cheirada (triturada a pedra e cheirada)
 () Injetada na veia (triturada a pedra e injetada)
 () Fumado
 () Engolida/ Esfregada na gengiva (triturar a pedra, ou usar a borra do crack para engolir ou esfregar na gengiva)
 () Outras _____

19. Qual a via de administração mais utilizada no último ano para consumir COCAÍNA/CRACK?

- () Cheirada
 () Injetada na veia
 () Fumado
 () Engolida/ Esfregada na gengiva
 () Outras _____

20. Qual o grau de dificuldade pra a obtenção da droga?

- () Muito difícil () difícil () Muito fácil () fácil () Não sabe

21. DADOS NUTRICIONAIS	SIM	SE SIM, COM QUE FREQUÊNCIA? (em dias, semanas, meses?)	NÃO
Consome açúcar (doces, balas ...)	()		()
Frutas ácidas (laranja...) comer e/ou beber	()		()
Refrigerantes	()		()
Café / chá	()		()

III. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

22. A última visita ao dentista aconteceu há:

- (nunca foi) (menos de 1 ano) (1 a 2 anos) (2 a 3 anos) (entre 3 e 5 anos) (mais de 5 anos)

23. Qual o motivo da ida ao dentista?

- (dor de dente) (prevenção/ limpeza) (outros) _____

24. Qual o motivo da dor?

- (trauma) (cárie) (outros) _____

25. Se houve trauma, qual o motivo?

- (briga) (alimentos) (outros) _____

26. Qual o local do tratamento odontológico?

- (Posto de saúde) (Faculdades) (Consultório particular) (Outros) _____

27. Recebeu orientação sobre higiene oral?

- (Sim) (Não) (Não lembra)

28. Você falou para o dentista sobre o seu uso da droga?

Sim Não Não lembra

Se SIM qual foi a reação do dentista?:

Não quis mais lhe atender Recebeu a informação com naturalidade/foi simpático Recebeu a informação com indiferença Mostrou má vontade outras reações _____

Se NÃO falou, qual foi o motivo?: teve receio de não ser mais atendido teve receio de não se sentir aceito/acolhido teve receio do dentista demonstrar indiferença teve receio do dentista demonstrar má vontade outros Não usava na época

29. Você usa escova, pasta (creme dental) e fio dental?

Escova de dentes: Sim Não

Pasta (creme dental): Sim Não

Fio dental: Sim Não

30. Você já perdeu algum dente?

Sim por cárie Sim por trauma Sim por piorrécia (doença da gengiva) outros _____

Não

31. OUTROS PROBLEMAS	SIM	SE SIM, COM QUE FREQUÊNCIA? (em dias, semanas, meses?)	NÃO
Dor na ATM (articulação da boca)			
Dor de ouvido			
Crepitação (areia) na articulação			
Ranger os dentes (bruxismo)			
Apertar dentes			
Dificuldade de abrir a boca			
Secura de boca (xerostomia)			
Regurgitação frequente (arrostar)			
Vômito frequente			

32. MEDICAMENTOS

Utiliza algum medicamento?
 Sim Não

Frequência de uso:

Se SIM:

Qual? _____

Motivo e tempo de uso:

regular

eventual

33. TESTES	Realização dos exames		Resultado	
	SIM	NÃO	NEGATIVO	POSITIVO
Hepatite B				
Hepatite C				
Anti-HIV				

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Rua Araújo Pinho, 62 – Canela CEP. 40.110.150 Salvador – Bahia

Formulário de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Registro: CAAE 0006.0.368.000-09 FR – 244024

Projeto de Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM USUÁRIOS DE COCAÍNA NA CIDADE DE SALVADOR

Pesquisador: ALTINO TEIXEIRA NETO

Área Temática: Grupo III

Parecer: 02/09

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 11 de março de 2009, resolveu pela aprovação do projeto. O pesquisador deverá seguir as orientações do parecer consubstanciado.

Situação: APROVADO

Salvador, 12 de março de 2009.


André Carlos de Freitas

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Odontologia
Universidade Federal da Bahia

ANEXO B – Ficha de exame clínico

Paciente: _____ Data _____
 ____/____/____

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO																	
Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos																	
	18	17	16	55	54	53	52	51		61	62	63	64	65		27	28
				15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26		
Coroa	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Raiz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Trat.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
	48	47	46	85	84	83	82	81		71	72	73	74	75		37	38
				45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36		
Coroa	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Raiz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Trat.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														

DOENÇA PERIODONTAL						ALTERAÇÕES TECIDO MOLE						
AG (5 anos)		CPI	17/16	11	26/27	PIP	17/16	11	26/27	Todos os grupos etários		
<input type="checkbox"/>		12 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35-44 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		15-19 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65-74 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		35-44 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		65-74 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
			47/46	31	36/37		47/46	31	36/37			

Facetas de desgaste:

ANEXO C – Códigos e critérios de classificação da doença cárie e da condição periodontal segundo parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde.

Códigos e Critérios para classificação da Cárie Dentária:

0 - Coroa hígida. Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como hígidos: manchas esbranquiçadas; descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI; os sulcos e fissuras do esmalte socavado ou amolecimento das paredes detectáveis com a sonda CPI; áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa e as lesões que, com base na sua distribuição ou história ou exame tátil/visual resultem de abrasão.

Raiz Hígida. A raiz está exposta e não há evidência de cárie ou de restauração (raízes não expostas são codificadas como 8).

Nota: Todas as lesões questionáveis serão codificadas como dente hígido.

1 - Coroa cariada. Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária. A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.

Raiz Cariada. Lesão pode ser detectada com sonda CPI. Se há comprometimento radicular discreto, produzido por lesão proveniente da coroa, a raiz só é considerada cariada se há necessidade de tratamento radicular em separado.

Nota: Quando a coroa está completamente destruída pela cárie, restando apenas a raiz, será colocado o código 1 correspondendo a coroa e o código 9 correspondendo a raiz.

2 – Coroa restaurada mas cariada. Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração (ões).

Raiz Restaurada mas Cariada. Idem coroa restaurada mas cariada. Em situações onde coroa e raiz estão envolvidas, a localização mais provável da lesão é registrada como restaurada mas cariada. Quando não é possível avaliar essa probabilidade, tanto a coroa quanto a raiz são registradas como restauradas mas com cárie.

3 – Coroa Restaurada e sem Cárie. Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nessa categoria. Se a coroa resulta de outras causas como suporte de prótese, é codificada como 7.

Raiz Restaurada e sem Cárie. Idem coroa restaurada e sem cárie. Em situações onde coroa e raiz estão envolvidas a localização mais provável da lesão primária é registrada como restaurada. Quando não é possível avaliar essa probabilidade, tanto a coroa quanto a raiz são registradas como restauradas.

4 – Dente perdido devido à Cárie. Um dente que foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Esse dado é registrado na coroa. Em relação a raiz classifica como 7 ou 9.

5 – Permanente perdido por outra razão. Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

6 – Selante. Há selante na fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito.

Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1.

7 - Apoio de Ponte ou Coroa. Dente é parte de uma prótese fixa. Esse código é usado também em coroas instaladas por outras razões que não cárie como facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por elemento de prótese fixa são codificados como 4 ou 5 na coroa e 9 na raiz.

8 – Coroa Não Erupcionada. Restrito a dente permanente por inexistência deste no espaço livre.

Raiz não Exposta. Não há exposição radicular nem retração gengival.

T – Trauma (fratura). Parte da superfície coronária foi perdida por trauma e não há evidência de cárie.

9 – Dente Excluído. Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas). Braquetes não inviabilizam o exame e, quando há 5 ou mais dentes com bandas, o portador(a) será excluído(a) da amostra.

Em relação à condição periodontal, também serão utilizados os critérios descritos em Brasil (2001).

São os seguintes os códigos utilizados no CPI:

- 0** – sextante hígido;
- 1** – sextante com sangramento (observado diretamente ou com espelho, após sondagem);
- 2** – cálculo (qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível);
- 3** – bolsa de 4 mm a 5 mm (margem gengival na área preta da sonda);
- 4** – bolsa de 6 mm ou mais (área preta da sonda não está visível);
- X** – sextante excluído (menos de 2 dentes presentes);
- 9** – sextante não examinado.

São os seguintes os códigos utilizados no PIP:

0 – perda de inserção entre 0 e 3 mm (JCE não visível e CPI entre 0 e 3). Ou seja: se o CPI for igual a 4, não há possibilidade de o PIP ser 0 (zero).

Se a JCE não está visível e o CPI é 4, ou se a JCE está visível, então:

- 1** – perda de inserção entre 4 mm e 5 mm (JCE visível na área preta da sonda CPI);
- 2** – perda de inserção entre 6 mm e 8 mm (JCE visível entre limite superior da área preta da sonda CPI e a marca de 8,5 mm);
- 3** – perda de inserção entre 9 mm e 11 mm (JCE visível entre as marcas de 8,5 mm e 11,5 mm);

- 4** – perda de inserção de 12 mm ou mais (JCE visível além da marca de 11,5 mm);
- X** – sextante excluído (menos de 2 dentes presentes);
- 9** – sem informação (JCE nem visível nem detectável).

