

Carlos Nunes Pereira Lopes Pintado

Saúde Oral *versus* Drogas

**Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2016**

Carlos Nunes Pereira Lopes Pintado

Saúde Oral *versus* Drogas

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2016

Carlos Nunes Pereira Lopes Pintado

Saúde Oral *versus* Drogas

Carlos Nunes Pereira Lopes Pintado

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, sob a orientação da Doutora Inês Guimarães, como parte integrante dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária.

RESUMO

O consumo de estupefacientes tem aumentado nos últimos anos e o atendimento médico a pacientes consumidores de drogas tem-se tornado cada vez mais frequente.

Patologias orais como xerostomia, cárie dentária, doença periodontal, estomatites, erosão, bruxismo, neoplasias, entre outras, são frequentemente encontradas nesse grupo de indivíduos.

Essas alterações ocorrem com mais frequência em consumidores de drogas pelas mudanças que elas provocam a nível sistémico, local e até mesmo comportamental. As alterações de ordem sistémica dizem respeito a modificações no funcionamento dos Sistemas Nervoso Central, Cardiovascular e Imunológico. As de ordem local, pelo trauma nos tecidos que essas substâncias podem provocar e também de ordem comportamental pelo descuido com a Saúde Geral e principalmente com a Saúde Oral praticado pelos dependentes de químicos.

A soma dessas modificações além de poder provocar essas alterações, podem ainda acarretar complicações pós e trans-operatórias. Diante disto, o Médico Dentista desempenha um papel importante no diagnóstico, prevenção, tratamento e planejamento do atendimento desses indivíduos, reduzindo a exposição desses pacientes a riscos e contribuindo para a recuperação integral dos mesmos.

Palavras-chave: Substâncias Psicoativas, Saúde Oral, Médico-dentista.

ABSTRACT

Drug consumption has increased in recent years and the medical care to drug user's patients has become increasingly frequent.

Oral pathologies such as dry mouth, dental caries, periodontal disease, stomatitis, erosion, bruxism, neoplastic, among others, are frequently encountered in this group of individuals.

These changes occur more frequently in drug users by the changes they cause systemic, local and even behavioral. Changes in systematic order, relate to changes in the functioning of the Central Nervous System, Cardiovascular and Immune. The local order by trauma to the tissues that these substances can cause and also Behavioural order by carelessness with the General Health and especially with the Oral Health practiced by chemical dependents.

The sum of these modifications and it can cause these changes can also cause post and intraoperative complications. Given this, the dentist plays an important role in the diagnosis, prevention, treatment and planning the care of these individuals, reducing the exposure of patients to risk and contributing to the full recovery of the same.

Keywords: Substance , Oral Health, Dental Medicine.

DEDICATÓRIA

Ao meu Pai, apesar de não estar presente, agradeço toda a educação e a força que sempre me deu, e certamente estará orgulhoso por este passo na minha vida.

À minha Tia Graça por todo o carinho e amizade disponível sempre que foi necessário, e por sempre ter acreditado em mim.

À minha irmã, mãe e avó, um muito obrigado por tudo.

À minha namorada por acreditar sempre que iria conseguir este troféu e por todo o apoio prestado nos momentos difíceis. ...

... Aos restantes familiares e amigos pelo incentivo recebido ao longo destes anos.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não ficaria completo sem agradecer a todos os que me ajudaram a concretizá-lo. Em primeiro lugar quero agradecer à Doutora Inês Guimarães, todo o seu saber, a sua ajuda, os seus conselhos e o modo como sempre me apoiou e incentivou, e a paciência e simpatia com que sempre me recebeu. A todos os meus professores, pelo que me ensinaram, o meu muito obrigado. Os meus agradecimentos finais e do fundo do coração são para a minha família. À minha namorada pela seu espírito de abnegação e sacrifício e pelo encorajamento que sempre me transmitiu, sem o qual eu não teria conseguido chegar ao fim. Sem estas pessoas presentes na minha vida, este trabalho não faria qualquer sentido, mais uma vez um obrigado do tamanho do mundo.

ÍNDICE

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
DEDICATÓRIA	vii
AGRADECIMENTOS	viii
ÍNDICE.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE TABELAS	xii
ÍNDICE DE TABELAS	xii
SIGLAS	xiii
I - INTRODUÇÃO	1
II - DESENVOLVIMENTO.....	3
1. MATERIAIS E MÉTODOS.....	3
2. SAÚDE ORAL.....	5
2.1. A Saúde Oral e a Importância da sua Promoção	5
2.2. Indicadores de Saúde Oral.....	7
2.2.1. CPOD - Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados	8
2.2.2. SiC - Índice de Cárie Significativo.....	8
2.2.3. Índice de Placa de O'Leary.....	9
2.2.4. OHIP - <i>Oral Health Impact Profile</i>	9
2.2.5. GOHAI - <i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i>	10
2.2.6. IPS - Índice de Placa Bacteriana Simplificado	11
2.2.7. IHOS - Índice de Higiene Oral Simplificado.....	11
2.3. A Higiene Oral	12
3. O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	14
3.1. A Toxicodependência.....	14
3.2. As Substâncias Psicoativas.....	15
3.2.1. Substâncias Psicoativas Depressoras ou Psicolépticas	18
3.2.2. Substâncias Psicoativas Estimulantes ou Psicoanalépticas.....	19
3.2.3. Substâncias Psicoativas Perturbadoras ou Psicodislépticos.....	20

3.3. O Consumo de Substâncias Psicoativas	21
4. IMPACTO DO CONSUMO DE DROGAS NA SAÚDE ORAL.....	23
4.1. Implicações do Consumo de Drogas na Saúde em Geral.....	23
4.2. Reflexo do Consumo de Drogas na Saúde Oral	25
4.3. O Médico Dentista e a sua Abordagem Clínica de Pacientes Consumidores de Drogas	29
III - CONCLUSÃO	31
IV - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esquema do Índice de Placa de O’Leary.	11
Figura 2: Exemplo de Droga Depressora (Morfina).	20
Figura 3: Exemplo de Droga Estimulante (Cocaína).	21
Figura 4: Exemplo de Droga Perturbadora (<i>Cannabis</i>).	22
Figura 5: Mecanismos Relacionados com o Consumo de Drogas e o Aparecimento de Problemas de Saúde e também Sociais.	27
Figura 6: Doença Periodontal.	29
Figura 7: Cárie Dentária.	30

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Artigos Científicos Consultados por Temática.	5
Tabela 2: Consequências do Consumo por Tipo de Drogas.	23
Tabela 3: Síntese das Estimativas de Consumo de Substâncias Psicoativas na Europa.	24

SIGLAS

ADA – *American Dental Association.*

APA – *American Psychiatric Association.*

AVC – Acidente Vascular Cerebral.

CCCD – Comissão de Coordenação de Combate à Droga.

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention.*

CPOD – Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados.

DGS – Direção Geral de Saúde.

GOHAI – *Geriatric Oral Health Assessment Index.*

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência.

IHOS – Índice de Higiene Oral Simplificado.

IPS – Índice de Placa Bacteriana Simplificado.

IPI – Índice de Placa Individual.

LSD – *Lysergic Acid Diethylamide.*

MDMA – *Methylenedioxymethamphetamine.*

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

OHIP – *Oral Health Impact Profile.*

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas.

OMS – Organização Mundial de Saúde (em inglês, WHO – *World Health Organization*).

ONU – Organização das Nações Unidas.

PNSO – Programa Nacional de Saúde Oral.

SiC – *Significant Caries index* (em português, Índice de Cárie Significativo – ICS).

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

SNC – Sistema Nervoso Central.

UNODC – *United Nations Office on Drugs and Crime.*

I - INTRODUÇÃO

Quando se fala de saúde humana, fala-se da vida do Ser Humano e atualmente a saúde é entendida como uma componente fundamental da Qualidade de Vida. De facto, o conceito saúde nem sempre foi percecionado desta forma, antes estava associado à ausência de doença, hoje, é certo que se trata de um conceito multidimensional e inerente a qualquer idade.

A saúde oral surge como uma vertente da saúde geral, o que reforça o carácter multidimensional do conceito de saúde, e merece a devida atenção. Ela é tão importante como qualquer outra vertente da saúde geral e um cuidado deficiente comporta consequências, a nível físico e mental, para o indivíduo, no fundo, para a sua saúde geral. As doenças orais surgem entre os principais problemas de saúde dos portugueses, sendo Portugal classificado como um dos países europeus com os níveis de higiene oral mais baixos (Sousa, 2011). Os médicos dentistas são os profissionais de saúde qualificados para intervir nesta área, mobilizados e dispostos a contribuir ativamente para que Portugal tenha um sistema de saúde universal e integral, onde a saúde oral é parte integrante e essencial da saúde em geral (OMD, 2015).

A toxicodependência é um complexo fenómeno social e, não só o número de consumidores tem vindo a aumentar, como o acesso às substâncias psicoativas é cada vez mais fácil (neste caso, o acesso às drogas ilícitas). Dados revelam que sensivelmente 200 milhões de pessoas, em todo o mundo, consomem uma substância psicoativa ilícita, que 1,1 mil milhões fumam tabaco e ainda que cerca de dois milhões consomem álcool (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

O consumo de álcool, de tabaco e de substâncias psicoativas ilícitas tem aumentado significativamente, sendo transversal a várias camadas sociais, isto é, o consumo de drogas ocorre entre jovens, mas também entre adultos, mas são os primeiros que têm vindo a aumentar nos últimos anos, o que é realmente assustador (Pedreira *et al.*, 1999). O que justifica este facto é muito complexo, envolvendo fatores sociais, educacionais e de saúde pública (Lins, 2009).

A droga ilícita mais consumida no mundo, e também em Portugal, é a cannabis, seguindo-se a cocaína e o ecstasy (Nomberto, 2011; IDT, 2010; Pedreira *et al.*, 1999;

UNODC, 2010) e, segundo o IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência), a prevalência do consumo ao longo da vida entre os portugueses é de 11,7% para a cannabis, 1,9% para a cocaína e 1,3% para o ecstasy (IDT, 2010).

Uma substância psicoativa altera a forma de funcionamento do organismo ou estado de espírito, e quando ingerida, inalada, fumada ou injetada, provoca mudanças de ordem sistémica e que têm impacto na saúde oral do indivíduo (Nomberto, 2011).

O consumo excessivo de álcool, por exemplo, provoca cirroses, gastrites e úlceras (Luís, Santos & Santana, 2006), o que aumenta a probabilidade de cancro na boca devido à absorção de carcinogénios pela mucosa; o tabaco, devido aos vários químicos que tem, provoca o aparecimento de doenças periodontais, cancro da boca, úlceras aftosas, cáries dentárias, entre outras (Filizzola, 2007). A cannabis reduz o fluxo salivar, provocando xerostomia que, por sua vez, resulta no desenvolvimento de patologias orais, como a cárie e doença periodontal (Ribeiro *et al.*, 2002). A cocaína e o crack também influenciam a saúde oral, na medida em que ao contactarem a superfície da gengiva irritam a mucosa e a língua pode ficar com fissuras que provocam infeções (Colodel *et al.*, 2009), além disso, a absorção da cocaína pelas mucosas, aumenta as lesões por falta de suprimento sanguíneo, consequência da vasoconstrição, causando necrose tecidual (Reis *et al.*, 2002).

Ou seja, o consumo continuado e excessivo de drogas tem um grande impacto na saúde oral do indivíduo que, por sua vez, influencia a sua saúde geral. Nesta linha de pensamento, é fundamental que o Médico Dentista tenha conhecimento, não só das patologias mais frequentes em consumidores, como também deve ter conhecimento das diferentes drogas e dos seus efeitos para que tome as decisões mais adequadas para um tratamento eficaz.

Assim sendo, o grande objetivo deste trabalho é mostrar, através de uma revisão de literatura, as consequências na saúde oral do consumo abusivo de drogas, aferir quais as alterações e as patologias orais mais frequentes nesta população, reforçando a importância do papel assumido pelo Médico Dentista no tratamento destes pacientes, que lhes deve transmitir segurança já que estes se encontram fragilizados e com problemas físicos, mas também psicológicos.

II – DESENVOLVIMENTO

1. MATERIAIS E MÉTODOS

Atendendo ao objetivo definido bem como à problemática em estudo, realizou-se uma investigação de cariz qualitativo, optando-se por uma revisão de literatura integrativa

Neste estudo, pretende-se aferir as consequências que o consumo excessivo de drogas provoca na saúde oral, bem como as alterações e as patologias orais mais frequentes na população toxicodependente. Além disso, pretende-se destacar a importância do Médico Dentista no tratamento destes pacientes.

Para a sustentar a revisão de literatura recorreu-se à pesquisa e análise documental tendo-se consultado diversos livros, dissertações de mestrado e teses de doutoramento sobre saúde oral, toxicodependência e a relação entre saúde oral e consumo excessivo de drogas.

Tratando-se de uma revisão de literatura, foram vários os artigos científicos consultados em revistas e jornais, também eles publicados em Portugal e no estrangeiro. Neste sentido, teve-se acesso a diversas bibliotecas e plataformas eletrónicas que permitem o acesso a artigos publicados no âmbito da matéria em estudo, entre as quais a do SICAD, a Scielo, a Elsevier, a Springer link, a ResearchGate, a BioMed Central the Open Access Publisher, a US National Library of Medicine National Institutes of Health, a Wiley Online Library, a MedInd, o repositório institucional da Universidade Fernando Pessoa, da Universidade Estadual Paulista e da Faculdade de Medicina da Universidade Comenius (Bratislava). No total, foram consultados 47 artigos, sendo que um incide sobre o tipo de estudo realizado e os restantes incidem sobre três palavras-chave: Saúde Oral, Toxicodependência e Relação entre Saúde Oral e Toxicodependência. Na tabela 1 são indicados os artigos científicos que serviram de referência para este estudo em função de cada temática, ou seja, pelos temas de saúde oral, toxicodependência e relação entre saúde oral e toxicodependência.

Tabela 1: Artigos Científicos Consultados por Temática.

Saúde Oral	Toxicodependência	Relação entre Saúde Oral e Toxicodependência
• Seleção: 28 artigos científicos	• Seleção: 11 artigos científicos	• Seleção: 8 artigos científicos

2. SAÚDE ORAL

2.1. A Saúde Oral e a Importância da sua Promoção

O conceito de Saúde foi sofrendo diversas alterações ao longo do tempo e, se antes este estava associado à ausência de doença, atualmente, Saúde é um conceito multidimensional e transversal a todas as idades (Cavill, Biddle & Sallis, 2001).

Assim, na Idade Média, por exemplo, é visível a influência que a religião Cristã teve na conceção entre a dupla saúde/doença, onde a doença era provocada pelo pecado e a sua cura encontrava-se na fé (Scliar, 2007). Nos inícios do século XX, dados demonstram que os serviços estavam organizados para atender os pacientes, atendendo exclusivamente às suas patologias, não havendo uma política de prevenção e de responsabilização do indivíduo pelos seus comportamentos (Carvalho & Carvalho, 2006). Já no rescaldo da 2.^a Guerra Mundial, surge a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo esta última que, em 1946, define saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e [que] não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946).

Desta forma, hoje a saúde é uma componente importante da Qualidade de Vida do indivíduo, sendo um bem, mas também um direito social de que o mesmo pode e deve usufruir. É o maior recurso que o desenvolvimento social, económico e pessoal pode ter, sendo um direito humano fundamental para este desenvolvimento (OMS, 1986; 1997). Como já se referiu, o conceito de saúde é multidimensional e amplo, pelo que hoje existem diversas vertentes da Saúde: Saúde Mental, Saúde Oral, Saúde Física, entre outros. No presente trabalho, tal como o próprio título indica, o foco incide sobre a saúde oral.

A Saúde Oral é marcada pela relação entre a saúde oral do indivíduo e a sua vida social (Locker, 1997), e por estas razões é parte integrante e inseparável da Saúde Geral do indivíduo (I Conferência Nacional de Saúde Bucal *cit. in*, Mendes, 2011).

Procurando definir-se Saúde Oral, pode dizer-se que esta consiste na ausência de dor crónica facial e na boca, de carcinoma oral e da garganta, de feridas orais, de defeitos congénitos orais (por exemplo, lábio e/ou fenda palatina), de doença

periodontal, de perda de dentes, bem como outras doenças e perturbações orais que influenciam negativamente o estado da cavidade oral e da boca (WHO, 2007). Deste modo, quando o indivíduo tem uma boa saúde oral, o estado da cavidade oral permite-lhe alimentar-se, mas também falar e socializar sem doenças ativas, desconforto ou constrangimento, contribuindo para o seu bem-estar geral (WHO, 2003). Segundo o CDC (2000), traduz-se na ausência de dor crónico-oro-facial e de neoplasia da cabeça e pescoço, assim como pela ausência de lesões dos tecidos moles, lesões decorrentes de outras doenças que afetem a cavidade oral, os dentes e os tecidos craniofaciais e de alterações de fenda ou lábio palatino. Esta também abrange as estruturas da cabeça e pescoço, as quais permitem que o indivíduo mastigue, engula, cheire, saboreie, sorria, fale, suspire, chore de dor, no fundo, dão-lhe a possibilidade de expressar um amplo conjunto de sentimentos e emoções através das suas expressões faciais e além disso, é este complexo que lhe fornece a proteção necessária contra as infeções microbianas e agressões ambientais (Regra, 2005).

Esta vertente da saúde é tão importante como qualquer outra vertente da saúde geral e a falta dela tem um impacto físico e mental no indivíduo, sendo importante referir os dados apresentados pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2005a), a qual revela que as doenças orais são um dos principais problemas de saúde nas crianças e jovens, devido à sua elevada prevalência. Além do mais, é importante sublinhar que a cárie dentária e as doenças periodontais, doenças inflamatórias como a gengivite e a periodontite, são as patologias mais comuns da cavidade oral (WHO, 2003).

No que toca à realidade portuguesa, observam-se estados muito graves de Saúde Oral, os quais não constituem apenas um problema de saúde para o indivíduo, mas também para saúde pública. É neste sentido que Couto (*cit. in* Mendes, 2011) coloca em causa a consciência da população sobre a importância e a necessidade de prevenir para não tratar, o que é o mesmo que afirmar que os comportamentos, atitudes e estilos de vida não se coadunam com a prevenção primária.

Promover a saúde oral passa por incentivar o indivíduo a ter os cuidados diários necessários, pois de acordo com OMS (WHO, 2007) a saúde oral constitui uma parte integrante da saúde geral do indivíduo durante toda a sua vida, pelo que não deve ser negligenciada. Para se prevenir, é necessário que este escove os dentes, sendo que para a escovagem ser eficaz deve ser vigorosa e prolongar-se por 2 a 3 minutos e ser

realizada com uma técnica que remova a placa bacteriana e, que aprofunde a sua limpeza com o recurso ao fio dentário, o qual deve ser utilizado uma vez por dia, nomeadamente à noite (DGS, 2005b). A par dos cuidados a ter com a higiene oral, é necessário que o indivíduo os complemente com uma alimentação saudável e composta por poucos alimentos cariogénicos. É neste sentido que a DGS (2002) chama à atenção para o facto de que os alimentos sólidos e mais aderentes aos dentes são os mais cariogénicos, que o seu efeito é maior se este tipo de alimentos for ingerido nos intervalos das refeições, reforçando a importância de uma dieta que integre alimentos naturais, fruta, legumes, cereais e alimentos fibrosos.

2.2. Indicadores de Saúde Oral

Na prática clínica, os indicadores e índices de saúde oral são utilizados com diversas finalidades, tendo em vista a avaliação da eficiência da higiene oral do paciente, da inflamação gengival e das alterações do sangramento, auxiliando também a educação do paciente relativamente à saúde oral e aos cuidados a ter com a mesma para prevenir o aparecimento de doenças (Barbosa, 2011).

Através da revisão da literatura é possível identificar diversos índices e indicadores de saúde oral, cada um com a sua relevância e objetivos próprios, permitindo identificar a presença, ou não, de patologia ou fatores patológicos. Estes consistem no índice de dentes cariados, perdidos e obturados, nos índices de placa bacteriana, nos índices gengivais, nos índices periodontais, nos índices de fluorose e nos índices de má oclusão (Daniel, Harfst & Wilder, 2008). Importa também referir que atualmente os índices de placa bacteriana e os índices de higiene oral são muito utilizados em investigações clínicas e epidemiologia para avaliação de técnicas de prevenção, eficácia de produtos e comportamentos de grupo (Al-Ahmad *et al.*, 2010; Stefanovska *et al.*, 2010 Kumar *et al.*, 2009; Rodrigues *et al.*, 2009).

2.2.1. CPOD - Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

O índice CPOD (Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) é o indicador mais utilizado para medir a prevalência da cárie dentária (Ministério da Saúde, 2006) e, de acordo com os critérios de classificação da OMS, o CPOD é calculado através das seguintes fórmulas:

$$\text{Índice CPOD} = \frac{\text{N.º de dentes definitivos cariados, perdidos e obturados}}{\text{N.º total de indivíduos observados}}$$

$$\text{Índice ceod} = \frac{\text{N.º de dentes decíduos cariados, extraídos por cárie e obturados}}{\text{N.º total de indivíduos observados}}$$

De acordo com Pereira (2003), através do valor do índice CPOD é possível diagnosticar a severidade existente na população em estudo, pelo que é considerada uma pontuação muito baixa com valores obtidos entre 0,1 e 1,1, baixa com valores que variam entre 1,2 e 2,6, moderada quando a pontuação obtida varia entre 2,7 e 4,4 e elevada quando a pontuação se encontra os 4,5 e 6,5 valores.

2.2.2. SiC - Índice de Cárie Significativo

O indicador *Significant Caries index* (SiC, em português, Índice de Cárie Significativo – ICS) foi apresentado por Douglas Bratthall e consiste no cálculo do CPOD do terço da população com maior número de dentes cariados (Bratthall, 2000; Nishi, Bratthall & Stjernward, 2001). Assim, para aferir se o SiC é necessário ordenar os indivíduos da população em estudo de acordo com o índice CPOD individual, selecionando-se o terço da população com o índice CPOD mais elevado e em seguida, calcula-se a média do CPOD deste subgrupo, correspondendo o resultado obtido ao valor do índice SiC.

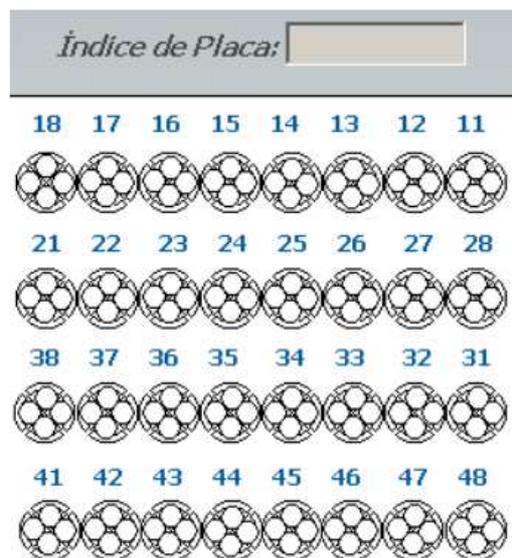
Deste modo, o índice SiC é uma ferramenta adequada para identificar grupos com elevada prevalência de cárie dentária, isto é, onde o índice CPOD é mais elevado sendo utilizado como complemento do CPOD, pelo que a sua aplicação deve incidir nas zonas onde o CPOD atingiu três ou menos de três (Ministério da Saúde, 2006).

2.2.3. Índice de Placa de O’Leary

O Índice de Placa de O’Leary é um índice de placa bacteriana que se traduz na “aplicação de um revelador de placa nas superfícies dentárias, neste caso eritrosina, permitindo a visualização da placa bacteriana e por fim o cálculo percentual da mesma” (Mendes, 2011). O registo pode ser realizado com base no registo das faces coroadas (vestibular, lingual/palatina, mesial e distal) num esquema (figura 1), sendo depois aplicada a fórmula que permite calcular o índice percentual de placa:

$$\text{Índice de Placa de O’Leary} = \frac{\text{N.º de faces coloridas} \times 100}{\text{N.º total de faces}}$$

Figura 1: Esquema do Índice de Placa de O’Leary.



Fonte: Mendes (2011).

2.2.4. OHIP - *Oral Health Impact Profile*

O Índice OHIP (*Oral Health Impact Profile*) foi desenvolvido nos anos 90 (Atchison & Dolan, 1990; Slade, 1997), sendo uma referência na avaliação da interferência das condições da cavidade oral no quotidiano do indivíduo e, por isso mesmo, na sua qualidade de vida, sendo um complemento dos indicadores

epidemiológicos tradicionais sobre doenças (Ikebe *et al.*, 2012; Miotto, Barcellos & Velten, 2012; Osta *et al.*, 2012; Tubert-Jeannin *et al.*, 2003).

No que diz respeito ao OHIP, pode dizer-se que a sua grande finalidade é avaliar o impacto dos problemas orais na qualidade de vida do indivíduo, tendo por base a perceção do mesmo acerca das suas disfunções, incapacidades e desconfortos provocados por problemas orais. Quando surgiu, em 1994, o OHIP era composto por 49 itens (OHIP-49) mas, em 1997, sofreu uma revisão e da qual resultou uma versão mais simplificada e reduzida, com 14 itens apenas, a *Oral Health Impact Profile – Short Form* (OHIP-14). Em relação ao resultado final, a pontuação do OHIP-14 varia entre 0 e 28 pontos, sendo que quanto mais elevada é a pontuação, maior é o impacto dos problemas orais no dia-a-dia (Drumond-Santana *et al.*, 2007; Pinto, 2009).

2.2.5. GOHAI - Geriatric Oral Health Assessment Index

À semelhança do OHIP também o GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*) é concebido na década de 90 (Atchison & Dolan, 1990; Slade, 1997) e também ele é recurso de excelência para avaliar a interferência das condições da cavidade oral no dia-a-dia do indivíduo e um complemento dos indicadores epidemiológicos tradicionais sobre doenças (Ikebe *et al.*, 2012; Miotto, Barcellos & Velten, 2012; Osta *et al.*, 2012; Tubert-Jeannin *et al.*, 2003).

O GOHAI é o único índice validado para a população portuguesa (Carvalho *et al.*, 2013), traduzindo-se num questionário organizado e estruturado em 12 questões fechadas que contemplam as dimensões física/funcional, psicossocial e dor/desconforto (Atchison & Dolan, 1990; Feu *et al.*, 2010; Fonseca, Almeida & Silva, 2011). A cada questão do GOHAI pode ser atribuída uma pontuação que varia entre um e três, pelo que a pontuação total varia entre 12 (pontuação mínima) e 36 (pontuação máxima), sendo o resultado da soma dos valores obtidos nas 12 questões. As classificações podem variar entre alto, com valores entre 34 e 36, moderado, com valores entre 31 e 33 e baixo, com valor igual ou inferior a 30 (Fonseca, Almeida & Silva, 2011; Gonçalves, 2008). Assim, quanto maior for o valor obtido no GOHAI menor é o impacto dos problemas orais no quotidiano do indivíduo.

2.2.6. IPS - Índice de Placa Bacteriana Simplificado

O Índice de Placa Bacteriana Simplificado (IPS) é de fácil utilização e o seu cálculo é feito através da atribuição de um valor ao tamanho da placa bacteriana presente na superfície dos seis dentes: 1.º molar superior esquerdo vestibular; 1.º molar superior direito vestibular; 1.º molar inferior esquerdo lingual; 1.º molar inferior direito lingual; Incisivo central superior esquerdo superfície vestibular; Incisivo central superior direito superfície vestibular (Antunes, Rosete & Fagulha, 2001).

Para se determinar o valor a atribuir à placa bacteriana, geralmente, recorre-se a um revelador de placa (Eritrosina), o que permite a sua identificação e classificação, esta última varia entre 0 e 3 (0 = superfície do dente não corada, 1 = 1/3 d superfície do dente corada, 2 = 1/2 da superfície do dente corada, 3 = toda a superfície do dente corada) e pontuação total, resultante do somatório dos valores atribuídos, que varia de 0 a 18 pontos. Quando esta pontuação final é dividida por 6, obtém-se o Índice de Placa Individual (IPI) (Antunes, Rosete & Fagulha, 2001).

2.2.7. IHOS - Índice de Higiene Oral Simplificado

O Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) é utilizado para avaliar a condição da higiene bucal e para isso, são usadas seis superfícies que representam toda a boca: a vestibular dos primeiros molares superiores direito e esquerdo, a lingual dos primeiros molares inferiores direito e esquerdo e a superfície vestibular do incisivo central superior direito e inferior esquerdo (Oliveira & Martini, 2009).

A cada dente é atribuída uma classificação que se estende por quatro níveis (0 a 3), sendo que o nível 0 corresponde a um dente limpo e total ausência de biofilme bacteriano, o nível 1 diz respeito a um dente que apresenta 1/3 da sua superfície com biofilme bacteriano, o nível 2 é atribuído a um dente que apresenta biofilme até 1/2 da sua superfície e, por fim, o nível 3, é atribuído a um dente que apresenta biofilme além da 1/2 da sua superfície (Oliveira & Martini, 2009). Uma classificação deste índice varia de boa, quando a pontuação varia entre 0,0 e 0,6, regular quando varia entre 0,7 e 1,8 e má, quando varia entre 1,9 e 3,0 (Rovida *et al.*, 2010).

2.3. A Higiene Oral

A higiene oral deve ser incentivada desde cedo e mesmo quando a bebé ainda não tem dentes, a sua gengiva deve ser higienizada de modo a prevenir o aparecimento de doenças, como por exemplo, a candidíase oral (Areias *et al.*, 2010). É neste sentido que Bisla (2000) afirma que cuidar dos dentes não é apenas uma questão estética, mas sim de saúde.

Quando rompe o primeiro dente do bebé, esta higiene deve continuar com o recurso a uma escova macia ou até mesmo com uma gaze, na medida em que quanto mais cedo se eliminar a placa bacteriana maior a probabilidade de se estabelecer um hábito e um comportamento que deve permanecer ao longo da vida (Areias *et al.*, 2008; Areias *et al.*, 2010; Boj *et al.*, 2004; Costa *et al.*, 2008; Toledo, 2005). Ou seja, a promoção da higiene oral deve começar logo nos primeiros de dia de vida e prolongar-se até à morte do indivíduo, sendo um comportamento que deve estar presente durante a vida.

A cárie dentária é uma doença infecciosa, pós eruptiva e transmissível, provocando a destruição gradual dos tecidos mineralizados dos dentes (Costa *et al.*, 2008). E a placa bacteriana é um dos principais causadores da cárie dentária, pelo que na sua prevenção e tratamento o controlo eficaz da placa bacteriana é de extrema importância, podendo ser realizado com o recurso a métodos mecânicos e/ou químicos (McDonald *et al.*, 1995; Kramer *et al.*, 1997; Toledo, 2005). O método mecânico, como a utilização do fio dentário e a escovagem dentária, visam eliminar a placa bacteriana e como esta está constantemente a surgir, este método é o mais valioso na sua prevenção e eliminação (Boj *et al.*, 2004). Assim, de acordo com Ferreira e Amaral (1990),

“Uma boa higiene oral é o melhor meio para se evitar a cárie dentária. De facto esta é devido à ação das bactérias que se instalam na boca devido à existência de restos de alimentos que ficam retidos nos espaços entre os dentes. A fim de remover estas substâncias, deve-se usar uma boa escova, pasta dentífrica e fio dental. É necessário não descurar esses cuidados, mesmo que, aparentemente, não se depositem restos de alimentos entre os dentes, como sucede quando se chupam algum rebuçado”.

Segundo o Programa Nacional de Saúde Oral (PNSO) (DGS, 2005a), a escovagem diária dos dentes após as refeições e antes de deitar, e quando complementada com o uso de dentífrico fluoretado (1000-1500 ppm), é o principal

método preventivo primário de cárie dentária. Deste modo, a educação alimentar e a prática da higiene oral através da escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado, duas vezes por dia, inseriam-se numa estratégia preventiva das doenças orais (...)” (DGS, 2005a).

Uma higiene oral deficiente comporta graves consequências para a saúde oral do indivíduo como o surgimento de cáries dentárias ou de gengivite e, quando não tratadas corretamente, podem culminar em doença periodontal que origina retração gengival, terminando com a deterioração do osso e a perda de dentes (Al-Ahmad *et al.*, 2010). Deste modo, uma adequada higiene oral é fundamental para que os dentes, a gengiva e a boca permaneçam saudáveis, devendo a escovagem prolongar-se por 2 minutos (Almeida, Martins & Catrapona, 2010).

3. O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

3.1. A Toxicodependência

Em Portugal, a preocupação com a toxicodependência e o debate em torno deste fenómeno tem sido crescente, deixando de ser entendido com um ato pessoal e íntimo para se tornar algo mais visível (Dias, 2002), como uma realidade social. No entanto, a história do consumo de drogas é longa, mas permanece a ilusão de que é um fenómeno recente (Nunes & Jólluskin, 2007). Farate, em 2000, refere mesmo que nos finais do século XIX, devido ao grande consumo de ópio, por parte das classes privilegiadas, assistiram-se a efeitos nefastos, tendo sido um consumo influenciado por fatores de ordem social, política económica, e científica, numa contextualização histórico-cultural, impulsionando a evolução do fenómeno (Morel *et al. Cit. in* Nunes & Jólluskin, 2007).

Quando se fala de toxicodependência, fala-se de “um fenómeno multi-determinado por fatores de natureza diversa que se conjugam e criam condições para o seu aparecimento e manutenção” (Fleming, 1995). Este fenómeno não acontece apenas em Portugal, mas sim à escala mundial, como que fazendo parte da normalidade da vida em sociedade (Dias, 2002). O toxicodependente é o resultado de uma sociedade que, de forma gradual, foi trocando os laços e as relações afetivas pelos químicos e o consumo, onde estes últimos se foram tornando nos valores da felicidade (Fleming, 1995).

As chamadas drogas sempre existiram, contudo, atualmente a mais preocupante é a facilidade com que é adquirida e o consumo crescente entre os jovens (Alves & Kossobudzky, 2002). Nas palavras de Bergeret este fenómeno é descrito “como um encontro não fortuito entre um determinado indivíduo, com uma determinada substancia, num determinado contexto” (Bergeret *cit. in* Fugas & Marques, 1990).

De acordo com Hapetian (1997) é possível identificar três etapas do percurso do consumidor de drogas, sendo elas:

- 1ª Fase: É nesta fase que o consumo quotidiano se inicia, pelo que o toxicodependente consome ainda pequenas doses. É designada a fase de lua-de-mel, pois é a etapa do prazer, onde tudo é bonito, isto é, ainda não se sente a síndrome de

abstinência, ainda não é preciso muito dinheiro extra e ainda é possível encobrir os custos;

- 2ª Fase: Ocorre a habituação do organismo ao produto devido ao consumo continuado e portanto é necessária uma quantidade maior de droga para atingir o mesmo prazer da fase anterior. Nesta fase os problemas já começam a dar sinais, pois surgem as mentiras, os pequenos furtos, as saídas a horas menos próprias e o indivíduo ainda não se vê como dependente da substância que consome;
- 3ª Fase: Deixa de existir o prazer do consumo e o indivíduo apenas consome para não se sentir mal, física e psicologicamente.

A toxicodependência faz com que o indivíduo, o toxicodependente, intoxique de forma crônica o seu organismo através do uso de drogas que podem ser sintéticas ou naturais (Cardoso, 2001), as quais são abordadas e aprofundadas na seção que se segue. É um fenômeno descrito como complexo, devido aos vários fatores que nele intervêm e por isso, é também multifatorial e, que não só compromete a vida do indivíduo do ponto de vista físico e mental, mas também do ponto de vista social e familiar (Abraão, 1999).

3.2. As Substâncias Psicoativas

A droga é toda a substância, seja ela natural ou sintética, que altera a forma de funcionamento do organismo ou estado de espírito, ou seja, altera estado normal do indivíduo. Gomberg e Zucker (2002) definem substância psicoativa como qualquer substância que seja natural ou produzida, e dada a sua natureza química altera o funcionamento do organismo. Fernandes (1997) complementa, referindo que a substância psicoativa é uma substância química que perturba o indivíduo a nível intra-individual e a nível social, ou seja, intra-individual, porque provoca alterações no funcionamento do SNC (Sistema Nervoso Central) e a nível social, na medida em que causa perturbações no funcionamento e estrutura social.

As drogas, ou substâncias psicoativas, podem ser legais ou ilegais (lícitas ou ilícitas), sendo que quando se fala das primeiras fala-se essencialmente do álcool, do tabaco e dos fármacos (barbitúricos e não barbitúricos). Estas, por estarem inseridas na

sociedade, são facilmente aceites e quem as consome acha “normal” (Luís, Santos & Santana, 2006), sendo de referir que o alcoolismo é o terceiro fator Mundial de mortalidade, seguindo-se aos carcinomas e às doenças cardiovasculares (Hapetian, 1997). É neste sentido que Filho e Ferreira-Borges (2008) salientam que quando uma substância tem maior probabilidade de ser aceite pela sociedade, torna-se lícita ou legal se o seu consumo for entendido como benéfico do ponto de vista socio-económico e as suas consequências são reduzidas ou significantes. Contudo, é de referir que, por exemplo o álcool, que é uma droga lícita e aceite pela sociedade, que quando foi consumido em excesso e de forma continuada, tem consequências para o indivíduo e para as suas famílias.

O álcool faz parte da história do Homem desde os tempos mais longínquos (Nunes & Jólluskin, 2010) e a dependência deste ocorre gradual e lentamente sendo um processo patológico (doença em que os danos físicos se tornam cada vez maiores à medida que o tempo passa) em que o alcoólico aumenta as quantidades de álcool”. Estes autores referem ainda que o alcoólico é uma pessoa que “depende de bebidas alcoólicas de tal forma que não é capaz, mesmo que queira, de deixar de beber ao menos durante 2 ou 3 meses (Jellinek, *cit. in* Gameiro, 1979).

As principais consequências decorrentes do consumo excessivo e continuado de álcool são a redução significativa do campo visual e conseqüentemente, uma apreciação deficiente das distâncias e, que com frequência, resultam em graves acidentes rodoviários. Além disso, o fígado é o órgão mais afetado, o que pode resultar em patologias como as cirroses, e ainda gastrites e úlceras (Luís, Santos & Santana, 2006).

O tabaco é igualmente tolerável como o álcool e muitas são as campanhas que se têm feito para chamar a atenção para os seus malefícios. O consumo do tabaco alcançou níveis extremamente altos e por isso, preocupantes não só para a saúde do indivíduo como ao nível da saúde pública. Deste modo, Pestana (2006) sublinha os factos constatados, referindo que anualmente, cerca de cinco milhões de pessoas morrem por doenças associadas ao consumo de tabaco e que sensivelmente metade destas mortes ocorre em indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 69 anos de idade. No mesmo sentido, reportando-se à realidade europeia, Nunes e Jólluskin (2010) explicam que, por ano, 14% do total das mortes estão associadas a problemas relacionados com o consumo de tabaco. Contudo, o seu consumo continua e tal como acontece com todas as

drogas, uma informação acessível e sistemática é importante, mas não chega para evitar o seu consumo, por isso é importante apostar cada vez mais em projetos de prevenção primária (Luís, Santos & Santana, 2006).

As principais doenças provocadas pelo consumo de tabaco são o carcinoma, as doenças respiratórias e as doenças cardiovasculares.

Já em relação aos fármacos que estão disponíveis para fins terapêuticos, no entanto, podem ser consumidos de forma excessiva ou até para fins ilegais (Luís, Santos & Santana, 2006). Os barbitúricos, onde se inclui os sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, são medicamentos utilizados para tratar a ansiedade e, que quando consumidos em doses pequenas provocam a sensação de tranquilidade, ajudam no sono, reduzem tenuemente a tensão arterial e a frequência cardíaca, produzem perturbação da consciência e ocasionalmente euforia. Quantidades mais elevadas diminuem os reflexos, dilatam pupilas, diminuem e aceleram o ritmo cardíaco, diminuição da respiração o que pode levar ao estado de coma ou à morte (Oliveira, 2011). O consumo deste tipo de medicamentos, quando excessivo e contínuo, origina transtornos físicos, sendo exemplo disso as anemias, hepatites, descoordenação motora e depressão, aumento dos níveis de tolerância e dependência, pelo que a sua interrupção imediata provoca o desenvolvimento da síndrome de abstinência (IDT¹, 2011).

As drogas ilegais, ou ilícitas, envolvem o consumo de drogas como a cocaína, a heroína, a *cannabis*, entre outras. Segundo Filho e Ferreira-Borges (2008) quando uma substância psicoativa ilícita é aquela substância que tem maior probabilidade de ser rejeitada pela sociedade e que o seu consumo exige um limite, dada a ameaça que esta representa para o desenvolvimento e bem-estar socioeconómico do indivíduo, ou quando pode acarretar graves consequências nefastas.

Tendo por base os seus efeitos fisiológicos e psicológicos, as drogas podem ser distinguidas em drogas depressoras, estimulantes e perturbadoras (Cavalcante, Barbosa & Barroso, 2008; Hapetian, 1997), sendo abordadas com maior profundidade em seguida.

¹ Atualmente, o IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência) já não existe, tendo sido substituído pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), através do Decreto-lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro.

3.2.1. Substâncias Psicoativas Depressoras ou Psicolépticas

Das substâncias psicoativas, ou drogas, depressoras, fazem parte o álcool, o analgésico opiáceo, como a morfina², a heroína, a metadona³ e codeína⁴, os ansiolíticos⁵, os hipnóticos não barbitúricos⁶ e os hipnóticos barbitúricos⁷ (figura 2) (Luís, Santos & Santana, 2006).

Figura 2: Exemplo de Droga Depressora (Morfina).



Fonte: <http://www.megacurioso.com.br/drogas-e-novos-medicamentos/45553-conheca-a-historia-de-como-a-morfina-foi-inventada.htm>.

Este tipo de droga faz com que o SNC funcione mais lentamente e quando consumidas em pequenas quantidades provocam sensações de relaxamento e bem-estar, diminuindo o nível total de energia corporal, a coordenação muscular, a respiração, o ritmo cardíaco e a sensibilidade aos estímulos externos (Luís, Santos & Santana, 2006; Mathre, 1999).

² Utilizada no alívio de dores agudas.

³ Utilizada como droga de substituição no tratamento de toxicod dependentes de heroína.

⁴ Utilizada para o alívio das dores, sendo menos potente que a morfina.

⁵ Utilizados para tratar a ansiedade, a tensão e provocar o sono).

⁶ Drogas com propriedades compulsivas, anestésicas locais e anti-histamínicas.

⁷ Por exemplo, sedativos, hipnóticos e anestésicos.

Contudo, quando tomadas em excesso, podem provocar sonolência, intoxicações graves, ou até mesmo resultar em perda de consciência, coma ou morte, devido a paragem cardíaco- respiratória (Luís, Santos & Santana, 2006 Mathre, 1999).

3.2.2. Substâncias Psicoativas Estimulantes ou Psicoanalépticas

As drogas estimulantes, como o próprio nome indica, estimulam o cérebro, aumentando a sua atividade (CCCD/ONUDD, 2011). Ou seja, facilita o consumo de energia ao nível dos neurónios e, diminuem o apetite continuando a provocar aumento de energia (Luís, Santos & Santana, 2006).

Como exemplo de drogas estimulantes podem mencionar-se as anfetaminas (MDMA⁸), os anorexígenos, os psicoestimulantes⁹, a cocaína, o *crack*¹⁰, a cafeína e nicotina (figura 3).

Figura 3: Exemplo de Droga Estimulante (Cocaína).



Fonte: <http://www.polemicaparaiba.com.br/variedades/pesquisadores-brasileiros-desenvolvem-vacina-contra-vicio-em-cocaina/>.

⁸ A sua sigla significa 3-4 *methylenedioxymethamphetamine* e é conhecido como *ecstasy* (APA, 2011).

⁹ Utilizados no tratamento da hiperatividade em crianças, da sonolência patológica e da obesidade.

¹⁰ Também conhecido com 'base' ou 'caneco', é uma droga mais barata que deriva da cocaína, proporcionando a sensação de euforia e bem-estar.

3.2.3. Substâncias Psicoativas Perturbadoras ou Psicodislépticos

As principais drogas e as mais conhecidas são o LSD¹¹ e a *cannabis*¹². No entanto, também fazem parte deste tipo de drogas as ciclo-hexilaminas¹³, os solventes voláteis e inalantes¹⁴. As drogas perturbadoras podem provocar os mesmos efeitos das drogas depressoras e dos estimulantes, alternada ou simultaneamente. Assim, quando consumidas pela primeira vez, podem abrandar a comunicação das células cerebrais e atuar como depressoras e quando consumidas uma segunda vez, podem causar o efeito exatamente contrário, atuando como estimulantes (figura 4) (Luís, Santos & Santana, 2006).

Figura 4: Exemplo de Droga Perturbadora (*Cannabis*).



Fonte: <http://herb.co/2016/07/19/cannabis-and-parkinsons-disease/>.

De facto, este tipo de substância tem um grande impacto a nível qualitativo, no funcionamento do SNC, provocando alterações mentais como delírios, alucinações e ilusões daí que também sejam psicoticomiméticas, por outras palavras estas mimetizam a psicose (Carlini *et al.*, 2001). Na tabela 2 apresentam-se as consequências do consumo de algumas das drogas supramencionadas.

¹¹ Vulgarmente chamado de ‘ácido’, a sua sigla significa *Lysergic acid diethylamide* e é uma droga que provoca alucinações e sensações êxtase.

¹² Também conhecida como haxixe, esta droga provoca o relaxamento do corpo e a boa disposição.

¹³ Drogas que provocam sensações de afastamento e ausência.

¹⁴ Por exemplo, colas, benzina, acetona e éter.

Tabela 2: Consequências do Consumo por Tipo de Drogas.

Tipo de Droga	Consequências
Álcool	Gastrite, úlcera gastrointestinal, cirrose hepática, síndrome de abstinência grave.
<i>Cannabis</i> (Haxixe)	Alterações respiratórias, problemas cardiovasculares e carcinoma.
Cocaína	Falta de apetite, problemas respiratórios, problemas cardiovasculares, problemas neurológicos, problemas psicológicos, ulceração do septo nasal.
<i>Crack</i>	Dores no peito, perturbações respiratórias.
<i>Ecstasy</i>	Descoordenação motora, insônia e problemas cardiovasculares.
Heroína	Síndrome de abstinência, letargia, obstipação, impotência e amenorreia.
LSD	Alteração da percepção, alucinações, pânico, <i>flashback</i> , midríase.
Medicamentos	Lesões hepáticas graves, falta de apetite, taquicardia e perturbações do sono.

Fonte: Adaptado de Hapetian (1997).

3.3. O Consumo de Substâncias Psicoativas

Quando se diz que as drogas acompanharam a evolução das civilizações, quer-se dizer que estas já existem há muitos anos, até mesmo séculos, onde algumas delas eram utilizadas para fins medicinais ou terapêuticos por alguns povos e culturas. Estas simplesmente não assumiam os contornos que assumem hoje, estimando-se que cerca de 200 milhões de pessoas de todo o Mundo consomem uma substância psicoativa ilícita, que 1,1 mil milhões fumam tabaco e que, cerca de dois milhões consomem álcool (Ferreira-Borges & Filho, 2004). Verifica-se também, por exemplo, que a cultura das plantas para a produção de ópio e de cocaína diminuiu no Afeganistão e na Colômbia, respetivamente, havendo indícios de que há um aumento deste consumo nos países em desenvolvimento, particularmente, o consumo excessivo de estimulantes do tipo anfetaminas e de medicamentos sujeitos a receita médica (UNODC, 2010).

As drogas têm acompanhado a sociedade desde as civilizações antigas, contudo, tal como as sociedades se foram desenvolvendo e as civilizações evoluindo, esta relação alterou-se. Como salienta Oliveira (2011) “a natureza dessa relação foi-se transformando ao longo dos tempos em paralelo com a evolução das civilizações e o domínio progressivo do Homem sobre a ciência e a tecnologia”. Além disso, houve também uma evolução do uso de drogas que foi influenciada pelo aparecimento de novas substâncias e, ainda que sejam travadas várias disputas no tráfico de drogas ilícitas, a verdade é que o mercado das drogas está em crescimento e a mudar de estratégias, reunindo nos adeptos (Chitas, 2010).

Segundo a *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC, 2010) estima-se que entre 155 a 250 milhões de pessoas consomem substâncias ilícitas pelo menos uma vez no ano de 2008, sendo que a *cannabis* é a droga mais consumida. O mesmo é defendido por Ferreira-Borges e Filho (2004) que referem que a droga ilícita de eleição é a *cannabis*.

Em Portugal, as substâncias psicoativas ilícitas como a *cannabis*, a cocaína e o *ecstasy*, são as substâncias mais consumidas pelos portugueses, sendo que a prevalência do consumo ao longo da vida é de 11,7% para a *cannabis*, 1,9% para a cocaína e 1,3% para o *ecstasy* (IDT, 2010). Em comparação com os restantes países europeus, Portugal é o país que tem a menor prevalência de consumo de drogas, com a exceção da heroína (IDT, 2010).

A tabela 3 resume as estimativas do consumo de substâncias psicoativas ilícitas no continente europeu.

Tabela 3: Síntese das Estimativas de Consumo de Substâncias Psicoativas na Europa.

	Prevalência ao longo da vida	Consumo no último ano	Consumo no último mês
<i>Cannabis</i>	± 75,5 milhões de pessoas (22,5% dos adultos europeus)	23 milhões de adultos europeus (6,8%), ou 1/3 dos consumidores ao longo da vida	± 12,5 milhões de europeus (3,7%)
Cocaína	± 14 milhões de pessoas (4,1% dos adultos europeus)	4 milhões de adultos europeus (1,3%) ou 1/3 dos consumidores ao longo da vida	± 2 milhões (0,5%)
Opiáceos	1,2 A 1,5 milhões de consumidores problemáticos europeus	Não disponível	Não disponível
<i>Ecstasy</i>	± 11 milhões de pessoas (3,3% dos adultos europeus)	± 2, 5 milhões de pessoas (0,8%), ou 1/4 dos consumidores ao longo da vida	Não disponível
Anfetaminas	±12 milhões de pessoas (3,7% dos adultos europeus)	± 2 milhões de pessoas (0,6%), ou 1/6 dos consumidores ao longo da vida	Não disponível

Fonte: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2010).

4. IMPACTO DO CONSUMO DE DROGAS NA SAÚDE ORAL

4.1. Implicações do Consumo de Drogas na Saúde em Geral

Enquanto fenómeno social, o consumo é descrito como complexo, influenciado por diversos fatores e com influência na vida do indivíduo e do Mundo, sendo um processo abrangente (Nunes, 2011). Este surge da relação entre a necessidade e o prazer, dificultando a delimitação de fronteiras para o próprio consumidor entre o que é um bem ou uma satisfação momentânea (Rochefort, 1995).

Na perspetiva de Canclíni (1999, p. 77), estudo do consumo é “o conjunto de processos socioculturais nos quais se realizam a apropriação e os usos dos produtos”. Ou seja, o estudo do consumo permite perceber o que leva o indivíduo a usar determinados produtos. Neste sentido, o consumo torna-se um ato de interação e inclusão social, mediante trocas socioculturais, distinguindo classes e grupos (Nunes, 2011).

Tudo o que o Ser Humano consome tem inúmeras consequências na sua vida, particularmente na sua saúde, ao nível emocional e físico do mesmo (UNODC, 2006; Winters Botzet & Anderson, 2002). Neste trabalho, e nesta secção em particular, a análise foca-se no consumo de drogas e no seu impacto na saúde geral do indivíduo.

Hapetian (1997) enumera de forma bastante clara as implicações que este tipo de consumo implica para o indivíduo, referindo que o consumo de *cannabis* (ou haxixe) provoca alterações respiratórias, problemas cardiovasculares e carcinoma. Ferraz (2010) refere que os principais efeitos do consumo de *cannabis* na saúde humana são ao nível dos pulmões podendo adquirir doenças relacionadas com o sistema respiratório, como a sinusite, inflamações nos brônquios e traqueia, causando tosse crónica. Há que considerar também que o consumo desta substância enfraquece a coordenação motora e retarda os movimentos reflexivos (Ferraz, 2010).

Também a OMS (2004) faz referência às consequências do consumo de drogas para a saúde apontando desde logo os seus efeitos crónicos e biológicos, explicando que em primeiro lugar, temos os efeitos crónicos para a saúde. No caso do álcool, isto inclui cirrose do fígado e uma série de outras doenças crónicas; no caso do tabaco fumado sob

a forma de cigarro, inclui carcinoma do pulmão, enfisema e outras doenças crônicas. O consumo de heroína injetável, com a partilha de agulhas, é um vetor importante da transmissão de agentes infecciosos tais como o HIV e os vírus das hepatites B e C em muitos países. Em segundo lugar, temos os efeitos biológicos, agudos ou a curto prazo, da substância sobre a saúde, que incluem principalmente dose excessiva (overdose), para drogas tais como os opiáceos e o álcool (OMS, 2004).

Além do álcool e da *cannabis* é ainda possível mencionar algumas das consequências que outros tipos de drogas provocam, seja o caso da cocaína que causa perda de apetite, problemas respiratórios, cardiovasculares, neurológicos e psicológicos e ainda, ulceração do septo nasal, já o *crack* contribui para o surgimento de dores no peito e de perturbações respiratórias (Hapetian, 1997). Ferraz (2010) refere-se à cocaína como sendo uma das substâncias psicoativas que mais problemas, e mais graves, comporta para a saúde do indivíduo, apontando como consequências as insónias, os problemas arteriais, as trombozes e os estados depressivos.

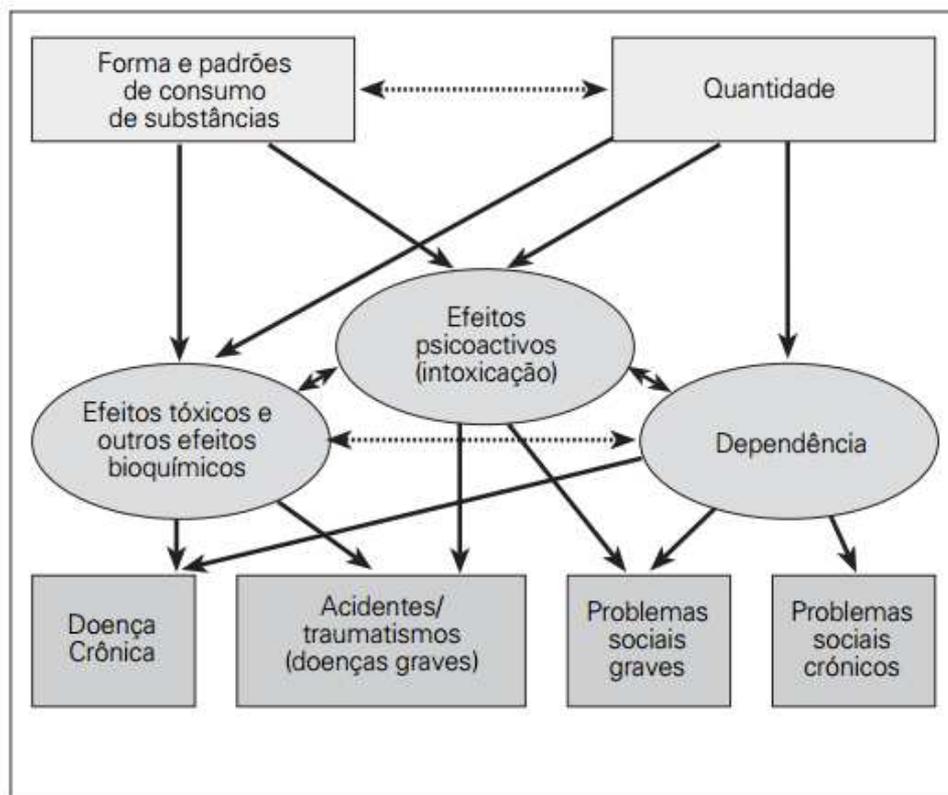
Por sua vez, o consumo continuado de *ecstasy* provoca descoordenação motora, insónias e problemas cardiovasculares (Hapetian, 1997). Para o mesmo autor, a heroína, considerada uma das drogas pesadas, e o seu consumo abusivo suscitam o desenvolvimento da síndrome de abstinência e outras implicações como letargia, obstipação, impotência e amenorreia e o LSD provoca a alteração da percepção, alucinações, pânico, midríase (Hapetian, 1997). O abuso de medicamentos provoca lesões hepáticas graves, a falta de apetite, taquicardia e perturbações do sono (Hapetian, 1997).

Por último, mas não menos importante, é importante referir os solventes, substâncias psicoativas que têm um grande impacto na saúde do indivíduo, uma vez que o uso crónico dessas substâncias pode levar à destruição de neurónios, causando danos irreversíveis ao cérebro, assim como lesões no fígado, rins, nervos periféricos e medula óssea. Outro efeito ainda pouco esclarecido dessas substâncias (particularmente dos compostos derivados, como o clorofórmio) é sua interação com a adrenalina, pois aumenta sua capacidade de causar arritmias cardíacas, o que pode provocar morte súbita (Senad & Senad, 2008).

São inegáveis os danos que o consumo de substâncias psicoativas acarreta para a saúde humana, sendo ainda de referir a diminuição da imunidade às infeções, o surgimento de ansiedade e sentimentos depressivos, as insónias e os problemas físicos já mencionados anteriormente (Humeniuk & Poznyak, 2004).

A figura 5 representa esquematicamente os mecanismos existentes no consumo de drogas e que levam ao aparecimento de problemas de saúde e também sociais.

Figura 5: Mecanismos Relacionados com o Consumo de Drogas e o Aparecimento de Problemas de Saúde e também Sociais.



Fonte: Babor, T. *et al.* (2003).

4.2. Reflexo do Consumo de Drogas na Saúde Oral

O consumo excessivo e continuado de substâncias psicoativas, como já se tem vindo a referir, provoca graves problemas na saúde geral do indivíduo, pelo que o aparecimento de complicações ao nível da saúde oral do mesmo não é exceção, resultando mesmo no aparecimento de várias doenças. Do conjunto de alterações e doenças que podem surgir pode-se mencionar as alterações no fluxo salivar, os

desgastes dentários, a perda óssea, as cáries dentárias, a doença periodontal, a xerostomia, o bruxismo, a hipoestesia e a dor (Silveira & Xavier, 2000).

Cada substância psicoativa tem as suas implicações na saúde oral e, além do mais “as consequências do uso de drogas são diferentes de caso para caso e estão ligadas não só ao consumo como também aos próprios tratamentos farmacológicos subsequentes”¹⁵, daí a importância do Médico Dentista conhecer a substância, os seus efeitos, evolução do grau de dependência, para assim poder delinear um tratamento adequado para cada caso.

O álcool, por exemplo, contribui para o surgimento de doenças gastrointestinais, distúrbios vasculares e desordens no SNC. Todas estas complicações, segundo (Líber, 1993), facilitam a penetração de células cancerígenas na mucosa oral, conduzindo ao carcinoma da boca. Tal pode ser justificado devido ao aumento da permeabilidade da mucosa perante a presença de álcool (Colodel *et al.*, 2009).

O tabaco reúne um conjunto de componentes químicos como hidrocarbonetos, fenóis, ácidos gordos, isopropenos, ésteres e minerais inorgânicos (Colodel *et al.*, 2009) que quando consumido de forma abusiva, pode levar ao aparecimento de doenças periodontais (figura 6), carcinoma da boca, úlceras aftosas, cáries dentárias, entre outras (Filizzola, 2007). Isto acontece, porque o consumo continuado de tabaco provoca alterações efetivas nas células da mucosa oral (Reis *et al.*, 2002).

¹⁵ Informação retirada do dossier sobre Toxicodependência e Medicina Dentária, disponível em: http://www.saudeoral.pt/ResourcesUser/ImportImgs/artigos/Dossiers/46_jan_fev_2006.pdf.

Figura 6: Doença Periodontal.



Fonte: <http://www.dicasodontologicas.com.br/2011/07/como-controlar-doenca-periodontal.html>.

Outra das consequências que pode advir do consumo de tabaco e também do álcool, é a leucoplasia, isto é, uma mancha branca ou placa branca na superfície de uma mucosa (Shafer *et al.*, 1987).

Já os efeitos ou consequências do consumo de *cannabis* consistem na redução do fluxo salivar, devido à função da ação parassimpaticolítica da droga (Darling, Arendorf & Coldrey, 1990). Estes aspetos contribuem para o aparecimento de cáries dentárias e doença periodontal em consumidores de drogas (Colodel *et al.*, 2009). Além disso, o THC (colocar significado e colocar na lista de siglas), princípio ativo da *cannabis*, diminui a imunidade do indivíduo, pelo que fica mais sujeito ao desenvolvimento de infeções (Colodel *et al.*, 2009). Geralmente, os consumidores de *cannabis* têm tendência para desenvolver candidíase (Darling, Arendorf & Coldrey, 1990) e xerostomia intensa (Murphy & Wilmers, 2002) o que leva a um maior consumo de doces que, por sua vez, aumenta o risco à cárie dentária (figura 7) (Friedlander & Mills, 1985).

Figura 7: Cárie Dentária.

Fonte: <https://www.palavrascomsaude.blogspot.pt/2012/11/carie-dental.html>.

Em relação à cocaína e ao *crack*, são drogas que também causam graves problemas na saúde oral, já que ao entrarem em contacto com a superfície da gengiva irritam a mucosa e a língua podendo ficar com fissuras que podem provocar infecções (Colodel *et al.*, 2009). Por outro lado, a absorção da cocaína por via das mucosas, pode originar lesões por falta de suprimento sanguíneo, consequência da vasoconstrição, causando necrose tecidual (Reis *et al.*, 2002).

Dada a diversidade de substâncias psicoativas, são vários os fatores que contribuem para a deterioração da saúde oral, sendo que alguns especialistas apontam para a redução do pH e fluxo salivar, para a baixa concentração de fosfato inorgânico, o que dificulta a remineralização, e alto consumo de alimentos ricos em hidratos de carbono refinados como principais causas dos graves problemas dentários que esta população apresenta¹⁶.

Concluindo, o consumo de drogas é um fenómeno complexo e que afeta o indivíduo, mas também a sociedade. As consequências que advêm deste consumo continuado e excessivo, são graves para a saúde humana e, no que respeita à saúde oral, os toxicodependentes pode apresentar características peculiares. Os consumidores de

¹⁶ Informação retirada do dossier sobre Toxicoddependência e Medicina Dentária, disponível em: http://www.saudeoral.pt/ResourcesUser/ImportImgs/artigos/Dossiers/46_jan_fev_2006.pdf.

droga estão mais sujeitos a certas patologias e condições, como xerostomias, redução da capacidade de tampão da saliva, bruxismo, doenças periodontais, halitose e estomatites¹⁷.

É ainda de referir que estas provocam o aumento de cáries dentárias, perda de dentes e maior probabilidade de adquirir carcinoma oral (Filizzola, 2007)

4.3. O Médico Dentista e a sua Abordagem Clínica de Pacientes Consumidores de Drogas

A profissão do Médico Dentista é já muito antiga, havendo referências da sua origem ancestral que datam de à 5000 anos a.C., na Mesopotâmia, onde foram encontrados indícios arqueológicos de tábuas de barro sumérias, onde se encontraram descrições as causas que provocam as dores de dentes e sugestões de medicamentos para solucionar (ADA, 2016).

A medicina dentária dedica-se ao estudo, prevenção, diagnóstico e tratamento dos problemas e doenças relacionados com os dentes, a boca, os maxilares e estruturas anexas e o Médico Dentista é o profissional desta área da medicina (Rolo, 2014). A Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) é uma entidade de direito público, criada pela Lei n.º 110/91, de 29 de agosto, posteriormente alterada pelas Leis n.º 82/98, de 10 de dezembro, e n.º 44/2003, de 22 de agosto, fazendo parte da organização do Estado¹⁸.

Atendendo ao Código Deontológico da OMD, nomeadamente ao artigo 8.º, é possível constar que é dever do Médico Dentista assegurar ao doente a prestação dos melhores cuidados de saúde oral ao seu alcance, agindo de forma adequada e com delicadeza, sendo responsabilizado quando a sua prática clínica não é adequada.

No que respeita às funções do Médico Dentista junto da população toxicodependente é necessário referir que, como nem sempre o paciente informa o médico do consumo de drogas, é da responsabilidade deste detetar os sinais que possam indicar a presença desta patologia (De-Carolis *et al.*, 2015).

¹⁷ Informação retirada do dossier sobre Toxicodependência e Medicina Dentária, disponível em: http://www.saudeoral.pt/ResourcesUser/ImportImgs/artigos/Dossiers/46_jan_fev_2006.pdf.

¹⁸ Informação retirada do website da Ordem dos Médicos Dentistas, disponível em: <https://www.ombd.pt/info/sobre/competencias>.

É de máxima importância o Médico Dentista ter acesso a esta informação e é crucial que o paciente o informe já que, caso seja necessário realizar algum procedimento, é fundamental deixar passar seis horas desde o último consumo da droga. Por exemplo, se for necessário administrar anestesia local, esta não deve ser aplicada com um vasodilatador pois, devido à epinefrina, pode aumentar rapidamente a pressão arterial, podendo culminar num acidente vascular cerebral (AVC) ou enfarte agudo do miocárdio (De-Carolis *et al.*, 2015; Jackeline-Asián-Nomberto, 2011).

Em caso de doença periodontal, o médico deve facultar informação e dar instruções de higiene oral, fazendo as devidas recomendações com vista à prevenção de infeções (Jackeline-Asián-Nomberto, 2011).

O Médico Dentista trata da saúde oral e isso, não se reduz aos dentes, abrange também as gengivas e o restante complexo oral, atuando ao nível da dentística, prostodontia, cirurgia, medicina oral, saúde pública e investigação, entre outras. Neste sentido, competências como saber trabalhar em equipa, comunicar com o paciente, ter uma boa memória visual, destreza e coordenação manual, sentido estético e minúcia são fundamentais para este profissional de saúde (Rolo, 2014). Estabelecer uma relação de confiança com o paciente é um aspeto relevante, na medida em que este não só se sentirá mais confiante, como também se sentirá mais à vontade para expor as suas fragilidades e colocar as suas dúvidas (Barboza *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2011; Propoff *et al.*, 2010).

Existem ainda outras competências que são importantes no desempenho da sua função enquanto Médico Dentista, como a capacidade de gestão, de coordenação da aquisição de equipamentos e materiais consumíveis e de execução de outras tarefas relacionadas com a gestão de uma clínica (Rolo, 2014).

III – CONCLUSÃO

Realizado todo o trabalho, verifica-se que a saúde se traduz numa importante componente da Qualidade de Vida do indivíduo, sendo a Saúde Oral uma vertente da Saúde Geral.

A Saúde Oral é marcada pela relação entre a saúde oral do indivíduo e a sua vida social e reflete um estado da cavidade oral saudável, que permite ao indivíduo alimentar-se, mas também falar e socializar sem doenças ativas, desconforto ou constrangimento, o que contribui para o seu bem-estar geral. Esta vertente da saúde é tão importante como qualquer outra vertente da saúde geral e a falta dela tem um impacto físico e mental no indivíduo.

Hoje, cada vez mais, se assiste a uma preocupação crescente com a saúde oral e vários instrumentos foram sendo desenvolvidos com vista a avaliá-la. Isto é, existem vários índices e indicadores de saúde oral, cada um com a sua relevância e objetivos, permitindo identificar a presença, ou não, de patologia ou fatores patológicos. São exemplos destes instrumentos o índice de dentes cariados, perdidos e obturados, nos índices de placa bacteriana, nos índices gengivais, nos índices periodontais, nos índices de fluorose e nos índices de má oclusão.

A toxicod dependência é um fenómeno que surge com novos contornos, ainda que seja já bastante antigo, sendo uma realidade social. A droga sempre existiu, no entanto, hoje é adquirida com grande facilidade, verificando-se um consumo crescente. É possível concluir que, além do impacto na saúde geral do indivíduo, o consumo de substâncias psicoativas acarreta graves consequências para a saúde oral do mesmo.

O álcool pode aumentar a presença de carcinoma oral, devido ao aumento da permeabilidade da mucosa perante a presença de álcool; o tabaco provoca o aparecimento de doenças periodontais, carcinoma oral, úlceras aftosas, cáries dentárias, entre outras; a *cannabis* reduz do fluxo salivar que, por sua vez, contribui para o aparecimento de cáries dentárias e doença periodontal em consumidores de drogas; a cocaína e o *crack* provocam irritação da gengiva e da mucosa e as fissuras que podem surgir na língua aumentam a probabilidade de infeções e ainda, necrose tecidual.

Enquanto profissional da área, o Médico Dentista deve estar atento a todos os sinais do paciente para fazer um correto diagnóstico e planejar o seu tratamento cuidadosamente. O conhecimento dos riscos que o paciente sofre durante ou após o tratamento dentário permite que o profissional planeie o atendimento evitando expor o paciente a esses riscos.

É também importante que o Médico Dentista tenha em conta que cada caso é um caso, que cada substância tem as suas particularidades, devendo conhecer os seus efeitos, para que possa desenvolver uma intervenção adequada.

Por último, quer-se salientar que dependentes em recuperação devem ser tratados de forma integral, pelo que a medicina dentária é igualmente importante como qualquer outro ramo da medicina. E, a melhoria da condição oral pode contribuir para o aumento da autoestima do paciente e assim, contribuir para a sua recuperação geral.

IV - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraão, I. (1999). Factores de risco e factores protectores para as toxicodependências. Uma breve revisão. *Revista Toxicodependências*, 5(2), pp. 3-11.
- Al-Ahmad, A., Roth, D., Wolkewitz, M., Wiedmann-AlAhmad, M., Follo, M., Ratka-Krüger, P., *et alli*. (2010). Change in diet and oral hygiene over an 8-week period: effects on oral health and oral biofilm. *Clinical Oral Investigations*, 14, pp. 391-396.
- Almeida, C., Martins, H. & Catrapona, S. (2010). Folheto informativo: *Cuidados para uma boa higiene oral*. Lisboa, Hospital de São José. [Em linha]. Disponível em: <http://www.chlc.min-saude.pt/Resources/User/CHL/Educacao_para_a_saude/FOLHETO_HIGIENE_ORAL.pdf> . [Consultado em 28/08/2016].
- Alves, R. & Kossobudzky, L. (2002). Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba. *Interação em Psicologia*, 6(1), pp. 65-79.
- American Dental Association (2016). History of Dentistry Timeline. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.ada.org/en/about-the-ada/ada-history-and-presidents-of-the-ada/ada-history-of-dentistry-timeline>>. [Consultado em 14/09/2016].
- American Psychiatric Association (2011). *DSM – IV – TR, Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Antunes, A., Rosete, V. & Fagulha, J. (2001). Saúde Oral na Grávida. *Acta Médica Portuguesa*, 14, pp. 385-393.
- Areias, C. *et alli*. (2008). Saúde Oral em Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 39(4), pp. 163- 170.
- Areias, C. *et alli*. (2010). Cárie precoce da infância. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(5), pp. 217-221.
- Atchison, K. & Dolan, T. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of Dental Education*, 54(11), pp. 680-687.
- Babor, T. *et alli*. (2003). *No ordinary commodity: alcohol and public policy*. Oxford, Oxford University Press.
- Barbosa, R. (2011). *Prevalência de Cárie Dentária e Comportamentos de Saúde Oral numa Amostra de Pacientes da Clínica Universitária da UCP-Viseu*. Viseu, Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

- Barboza, A. (2011). Participação do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares. *International Journal of Dentistry*, 10(1), pp. 32-37.
- Bisla, S. (2000). Dental Caries – A Student Project. [Em linha]. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/7255912/Dental-Caries-Student-Project>>. [Consultado em 11/09/2016].
- Boj, J. *et alli*. (2004). *Odontopediatria*. Barcelona, Masson.
- Bratthall, D. (2000). Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-years-old. *International Dental Journal*, 50, pp. 378-384.
- Canclíni, N. (1999). *Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização*. Rio de Janeiro, Editora UFRJ. pp. 77.
- Cardoso, C. (2001). Droga: Um problema de saúde pública. *Revista de Saúde Mental*, 3 (4), pp. 9-17.
- Carlini, E., Nappo, S, Galduróz, J. & Noto, A. (2001). Drogas psicotrópicas – O que são e como agem. *Revista Imesc*, 3, pp. 9-35.
- Cavalcante, M., Alves, M. & Barroso, M. (2008). Adolescentes Álcool e Drogas. *Escola Anna Nery*, 12(3), pp. 555-569.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e necessidades de formação*. Loures, Lusociência.
- Carvalho, C., Manso, A., Escoval, A., Salvado, F. & Nunes, C. (2013). Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), pp. 166–172.
- Cavill, N., Biddle, S., & Sallis, J. (2001). Health-enhancing physical activity for young people: Statement of the United Kingdom expert consensus conference. *Pediatric Exercise Science*, 13, pp. 12-25.
- Chitas, V. (2010). *Consumo de drogas e outros comportamentos fatores de risco e fatores de proteção*. Tese de Mestrado não publicada. Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Comissão de Coordenação de Combate à Droga & *United Nations Office on Drugs and Crime* (2011). *Guia Prático de Prevenção ao Uso de Drogas: Para Agentes Comunitário*. Praia.

- Centers for Disease Control and Prevention (2000). *Healthy People 2000, Progress Report for Oral Health*. Maryland, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Colodel, E., Silva, E., Zielak, J., Zaitter, E., Michel-Crosato, E. & Pizzatto, E. (2009). Alterações bucais presentes em dependentes químicos. *Revista Sul Brasileira de Odontologia*, 6(1), pp. 44-48.
- Costa, C. *et alli*. (2008). Higiene Oral na Criança Boca sã? Família vigilante?. *Acta Médica Portuguesa*, 21, pp. 467-474.
- Daniel, S., Harfst, S. & Wilder, R. (2008). *Mosby's Dental Hygiene: Concepts, Cases, and Competencies*. St. Louis, Mo, Mosby/Elsevier.
- Darling, M., Arendorf, T. & Coldrey, N. (1990). Effect of *cannabis* use on oral candidal carriage. *Journal Oral Pathology & Medicine*, 19(7), pp. 319-321.
- De-Carolis, C., Boyd, G.-A., Mancinelli, L., Pagano, S. & Eramo, S. (2015). Methamphetamine abuse and “meth mouth” in Europe. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 20(2), pp. 205-210.
- Dias, F. (2002). *Sociologia da toxicodependência*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Direção Geral de Saúde (2002). *Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades especiais*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2005a). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde. pp. 3-4.
- Direção Geral de Saúde (2005b). *Texto de Apoio ao Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- Drumond-Santana, T., Costa, F., Zenóbio, E., Soares, R. & Santana, T. (2007). Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (3), pp. 637-644.
- Ercole, F., Melo, L. & Alcoforado, C. (2014). Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1).
- Farate, C. (2000). *O acto do consumo e o gesto que consome*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Fernandes, L. (1997). *Atores e Território Psicotrópicos: etnografia das drogas numa periferia urbana*. Tese de Doutoramento não publicada. Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

- Ferraz, V. (2010). *A droga vai à escola?* Dissertação de Mestrado. Beja: Instituto Politécnico de Beja. pp. 26.
- Ferreira-Borges, C. & Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2*. Lisboa, Climepsi editores.
- Ferreira-Borges, C. & Filho, H. (2004). *Tabagismo: Manual Técnico 3*. Lisboa, Climepsi editores.
- Ferreira, J. & Amaral, M. (1990). *Saúde fonte de bem-estar*. Lisboa, Edições Asa. pp. 169.
- Feu, D., Quintão, C., Cardoso, A. & Miguel, J. (2010). Indicadores de qualidade de vida e sua importância na Ortodontia. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 15(6), pp. 61-70.
- Fleming, M. (1995). *Família e toxicodependência*. Lisboa, Edições Afrontamento. pp. 37.
- Filho, H. & Ferreira-Borges, C. (2008). *Uso de Substâncias: Álcool, Tabaco e outras Drogas*. Lisboa, Gráfica Manuel Barbosa & Filhos, Lda.
- Filizzola, L. (2007). *Efeito das Drogas na Saúde Bucal*. Monografia. Piracicaba, Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas.
- Fonseca, P., Almeida, A. & Silva, A. M. (2011). Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 59(2), pp. 193-200.
- Friedlander, A. & Mills, M. (1985). The dental management of the drug-dependent patient. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology*, 60(5), pp. 489-926.
- Fugas, C. & Marques, A. (1990). *Consumo Ilícito de Drogas*. Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga. pp. 11.
- Gameiro, A. (1979). *Depender do álcool: considerados simples para quem ajuda e para quem é ajudado*. Telhal, Edições de “O Arauto”. pp. 25.
- Gomberg, E. & Zucker, R. (2002). Substance Use and Abuse in Old age. *Clinical Geropsychology*, pp. 189-204.
- Gonçalves, P. (2008). *Avaliação da Qualidade de Vida, Relacionada com a Saúde Oral, dos Indivíduos Portadores de Próteses Dentárias Removíveis Totais e Parciais*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.
- Hapetian, I. (1997). *Famílias – Entender a Toxicodependência*. Lisboa, Editorial Verbo. pp. 53-55, 104-105.

- Humeniuk, R. & Poznyak, V. (2004). *Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para uso na Atenção Primária à Saúde*. São Paulo, OMS.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2010). *Relatório Anual 2009 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2011). Guia de Recursos da Saúde e Dependências. *Revista Dependências*.
- Ikebe, K., Hazeyama, T., Enoki, K., Murai, S., Okada, T., Kagawa, R., Matsuda, K. & Maeda, Y. (2012). Comparison of GOHAI and OHIP-14 measures in relation to objective values of oral function in elderly Japanese. *Community dentistry and oral epidemiology*, 40(5), pp. 406-414.
- Jackeline-Asián-Nomberto, D. (2011). Implicancias odontológicas en el uso de drogas en adolescentes. *Odontologia Pediátrica*, 10(2), pp. 122-130.
- Kramer, P. *et alli*. (1997). *Promoção da saúde bucal em Odontopediatria. Diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie oclusal*. São Paulo, Editora Artes médicas.
- Kumar, S., Sharma, J., Duraiswamy, P. & Kulkarni, S. (2009). Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 27, pp. 151-157.
- Líber, C. (1993). Herman award lecture: a personel perspective on alcohol, nutrition and the liver. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 58, pp. 430-442.
- Lima, K. *et alli*. (2011). Bulimia: Seus reflexos na cavidade bucal e a importância do cirurgião dentista na equipe de tratamento multiprofissional. *Revista Florence*, 1.
- Lins, S. (2009). *Alterações comportamentais, psicológicas, de higiene bucal e de presença de microorganismos superinfectantes e viruses da família herpesviridae em pacientes mantidos em programa de desintoxicação para dependentes químicos*. Tese de Doutorado. Araçatuba.
- Locker, D. (1997). Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade, G. (Ed.). *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill, Departement of Dental Ecology, University of North Carolina, School of Dentistry, pp. 11-23.
- Luís, C., Santos, P. & Santana, P. (2006). *O Agir do Assistente Social em Projetos de Prevenção Primária da Toxicodependência na Adolescência*. Trabalho de Final de Curso. Lisboa, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa. pp. 19, 21.
- McDonald, R. (1995). *Odontopediatria*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

- Mathre, M. (1999), Abuso de Substâncias na Comunidade. *In*: Staphone, M. & Lancaster, J. (Eds.), *Enfermagem Comunitária*, Lusociência, pp. 775-798.
- Mendes, C. (2011). *Hábitos tabágicos e saúde oral*. Viseu, Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. pp. 3, 5, 42.
- Ministério da Saúde (2006). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Avaliação do Risco em Saúde Oral. Circular Normativa n.º 09/DSE. [Em linha]. Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/226/SOr_doc4.pdf. [Consultado em 10/09/2016].
- Miotto, M., Barcellos, L. & Velten, D. (2012). Avaliação do Impacto na Qualidade de Vida Causado por Problemas Bucais na População Adulta e Idosa em Município da Região Sudeste. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2), pp. 397-406.
- Murphy, D. & Wilmers, S. (2002). Patients who are substance abusers. *NY State Dental Journal*, 68(5), pp. 24-27.
- Nishi, M., Bratthall, D. & Stjernward, J. (2001). *How to calculate the Significant caries index, SiC*. WHO Collaborating Center. Sweden, Faculty of Odontology University of Malmo.
- Nomberto, D. (2011). Implicancias odontológicas en el uso de drogas en adolescentes. *Odontologia Pediátrica*, 10(2), pp. 122-130.
- Nunes, C. (2011). *Saúde Consumo e Ambiente: Práticas e Valores das Grávidas*. Dissertação de Mestrado. Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Nunes, L. & Jólluskin, G. (2007). O Uso de Drogas: Breve Análise Histórica e Social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4, pp. 230-237.
- Nunes, L. & Jólluskin, G. (2010). *Drogas e Comportamentos de Adição: Um Manual para Estudantes e Profissionais de Saúde*. Porto, Edições Universidade de Fernando Pessoa.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2010). *Relatório Anual 2010: A evolução do fenómeno da droga na Europa*.
- Oliveira, B. & Martini, L. (2009). Índice de Higiene Oral Simplificado em Alunos de Ensino Fundamental Avaliado Antes do Bochecho com Fluór. *4.º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais*. Campus de Cascavel, UNIOESTE.

- Oliveira, S. (2011). *Saúde Mental e Consumo de Substâncias Psicoativas em Adultos na Comunidade*. Dissertação de Mestrado. Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto. pp. 53.
- Ordem dos Médicos Dentistas (2015). Sem saúde oral não há saúde geral. *Revista da Ordem dos Médicos Dentistas*, 27, pp. 10-13.
- Ordem dos Médicos Dentistas. Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas. [Em linha]. Disponível em: <<https://doc.omb.pt/docs/cdd/codigo-deontologico.pdf>>. [Consultado em 13/09/2016].
- Ordem dos Médicos Dentistas. Competências. [Em linha]. Disponível em: <<https://www.omb.pt/info/sobre/competencias>>. [Consultado em 13/09/2016].
- Organização Mundial de Saúde (1946). Constituição da Organização Mundial de Saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. [Consultado em 10/09/2016].
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Ottawa: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (1997). *Declaração de Jacarta – Promoção da Saúde no Século XXI*. Jacarta: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra: OMS. pp. 12.
- Osta, N., Tubert-Jeannin, S., Hennequin, M., Naaman, N., El Osta, L. & Geahchan, N. (2012). Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), pp. 1-10.
- Pedreira, R. *et alli*. (1999). Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, 13(4), pp. 395-399.
- Pereira, A. (2003). *Odontologia em saúde coletiva*. Porto Alegre, Artmed.
- Pestana, E. (2006). *Tabagismo - Do Diagnóstico ao Tratamento*. Lisboa, Lidel Edições Técnicas Lda.
- Pinto, P. (2009). *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Idosos: Um Estudo Exploratório*. Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Propoff, D. *et alli*. (2010). Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. *Revista de Gaúcha Odontologia*, 58(3), pp. 381-385.

- Regra, D. (2005). *Estudo descritivo de conhecimentos, hábitos e percepções de saúde oral da população adulta do Distrito de Beja*. Programa Operacional da Saúde/Saúde XXI. Camarate, Sociedade Industrial Gráfica Lda.
- Reis, S., Sadigursky, M., Andrade, M., Soares, L., Santo, A. & Vilas-Boas, D. (2002). Efeito genotóxico do etanol em células da mucosa bucal. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 16(3), pp. 221-225.
- Ribeiro, E. *et alli*. (2002). Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 16(3).
- Rocheffort, R. (1995). *La société des consommateurs*. Paris, Editions Odile Jacob.
- Rodrigues, J., Santos, P., Baseggio, W., Corona, S., Palma-Dibb, R. & Garcia, P. (2009). Oral hygiene indirect instruction and periodic reinforcements: effects on index plaque in schoolchildren. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 34, pp. 31-34.
- Rolo, S. (2014). *Satisfação profissional dos médicos dentistas na utilização do cheque-dentista: um estudo exploratório no concelho de Lisboa*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Rovida, T., Moimaz, S., Arcieri, R., Garnin, C. & Lima, D. (2010). Controle da Placa Bacteriana Dentária e Suas Formas de Registro. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 31(2), pp. 57-62.
- Saúde Oral. As faces da droga. Disponível em: <http://www.saudeoral.pt/ResourcesUser/ImportImgs/artigos/Dossiers/46_jan_fev_2006.pdf>. [Consultado em 15/09/2016].
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Revista Saúde Colectiva*, 5(4), pp. 29-41.
- SENAD & SENASP (2008). *Prevenção ao uso indevido de drogas: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais*. Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas. pp. 28.
- Shafer, W., Hine, M., Levy, B. & Tomich, C. (1987). *Tratado de patologia bucal*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- Silveira, D. & Xavier, E. (2000). *Um guia para a família. Publicação Oficial da Secretaria Nacional Antidrogas*. Brasília, Senad.
- Slade, G. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25, pp. 284-290.

- Sousa, S. (2011). *Relatório de Estágio em Enfermagem Comunitária*. Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.
- Stefanovska, E., Nakova, M., Radojkova-Nikolovska, V. & Ristoska, S. (2010). Tooth-brushing intervention programme among children with mental handicap. *Bratislava Medical Journal*, 11, pp. 299-302.
- Toledo, O. (2005). *Odontopediatria. Fundamentos para a clínica*. São Paulo, Editorial Premier.
- Tubert-Jeannin, S., Riordan, P., Morel-Papernot, A., Porcheray, S. & Saby-Collet, S. (2003). Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(4), pp. 275-284.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2010). *World Drug Report 2006*. New York, United Nations Publication Sales.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2010). *World Drug Report*. New York, United Nations Publication Sales.
- Winters, K., Botzet, A. & Anderson, N. (2002). Youth drugs abuse and psychological risk and protective factors. *Prevention Perspectives*, 1.
- World Health Organization (2003). *The World Oral Health Report 2003 - continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (2007). Oral Health. *Fact sheet*, 318, pp. 1-2.