

## CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE DROGADITOS EM RECUPERAÇÃO

### ORAL HEALTH CONDITIONS OF DRUG-ADDICTED PATIENTS UNDERGOING A RECUPERATION PROCESS

Ruth Helena da Silveira PEDREIRA\*

Laima REMENCIUS\*

Maria Fidela de Lima NAVARRO\*\*

Nilce Emy TOMITA\*\*\*

---

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. 395-399, out./dez. 1999.

Trinta e oito pacientes drogaditos em recuperação foram avaliados através de questionários e exames de fluxo salivar (fs), capacidade tampão (ct), CPOD e CPOS para que o perfil psicológico e as condições de saúde bucal fossem determinadas. O fs e ct variam, respectivamente, de 0,64 a 0,94 e de 5,00 a 5,71. Os valores de CPOD e CPOS variaram de 6,28 a 14,69 para o componente Cariado, de 14,64 a 34,52 para o componente Perdido; de 3,45 a 18,14 para o componente Obturado e de 0,0 a 2,86 para o componente Extração Indicada. Pode-se concluir que esses pacientes encontravam-se extremamente carentes e perturbados emocionalmente. O fs e ct apresentaram-se normais e o CPOD e CPOS mostraram-se elevados.

UNITERMOS: Drogadição; Adultos, saúde bucal; Cárie dentária, fatores de risco.

---

## INTRODUÇÃO

O consumo de drogas entre jovens e adultos, fenômeno conhecido como drogadição, é fato de ocorrência freqüente nas sociedades ocidentais, e seu incremento em faixas etárias cada vez mais precoces vem sendo observado nas últimas décadas.

A variação nos padrões de consumo abrange situações de uso eventual, ou eventos isolados movidos por curiosidade até os quadros de dependência psíquica e/ou química.

No Brasil, as drogas mais freqüentemente relacionadas por usuários que buscam auxílio no processo de recuperação de dependência são a maconha, cocaína, "crack" e heroína. O uso combinado do álcool com um ou mais tipos de drogas tem sido comum entre estes usuários.

Nos grandes centros, drogas de características alucinógenas, como LSD ou "ecstasy", já são con-

sumidas em grande escala, por grupos específicos. O baixo poder aquisitivo, no entanto, direciona o consumo do usuário médio para drogas como maconha ou "crack".

Entendendo-se evolução como um processo de transformação, de alteração de comportamento, percebe-se que a sociedade evolui e dentro deste contexto torna-se mais amadurecida a buscar soluções para seus problemas. A drogadição é um exemplo recente deste processo de conscientização. Negligenciada até então pela sociedade, vem conseguindo derrubar antigos tabus, sendo atualmente considerada uma doença tratável a nível bio-psico-social<sup>15,17</sup>.

As contribuições trazidas pela odontologia neste campo têm possibilitado a atuação de um maior número de profissionais no tratamento especializado ao paciente drogadito, que por suas características locais constitui uma nova categoria de paciente especial.

---

\* Cirurgiãs-Dentistas; \*\* Professora Titular do Departamento de Dentística; \*\*\* Professora Doutora do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva - Faculdade de Odontologia de Bauru - USP.

A literatura odontológica apresenta uma escassa produção sobre o assunto. Entretanto, observa-se uma preocupação em desmistificar o tratamento odontológico a pacientes usuários de drogas, de apresentar seu perfil e os principais cuidados a serem tomados durante o tratamento.

Xerostomia, CPOD elevado, redução do fluxo salivar e capacidade tampão, bruxismo, perdas dentais, doença periodontal, gengivite, halitose, queilite angular e estomatite são os principais achados em pacientes que fazem uso de drogas. Aparentemente, a perda da auto-estima e mudanças no padrão de comportamento influem no descuido quanto à higiene geral e bucal<sup>1,2,3,4,8,10,11,13,15,17</sup>.

De maneira geral, autores como MIERS; SMITH<sup>8</sup> (1989); OBERG<sup>10</sup> (1989); RATCLIFF; COLLINS<sup>13</sup> (1987) apontam como "obrigação" dos profissionais da área de saúde identificar e saber tratar um drogadito, dentro de sua área de competência, minimizando as possibilidades de que o mesmo tenha uma recaída para as drogas.

A apresentação deste trabalho tem o propósito de traçar os perfis da condição bucal de um grupo de ex-drogaditos em processo de recuperação, bem como abrir possibilidades investigativas para futuros estudos.

## MATERIAIS E MÉTODO

Foram examinados 38 indivíduos do sexo masculino com idade entre 18 e 54 anos, ex-usuários de drogas, internos em uma instituição de recuperação localizada em Bauru-SP. O tempo de drogadição variava de 1 a 38 anos, com predomínio do uso freqüente de drogas de categorias variadas.

Os pacientes foram divididos em 4 grupos conforme o tipo de droga utilizada: G I (n = 6) álcool; G II (n = 5) "crack" ou heroína e associados; G III (n = 7) maconha e álcool; G IV (n = 20) cocaína e associados.

Inicialmente, um questionário foi aplicado aos internos com o objetivo de coletar dados pessoais e informações específicas sobre a drogadição tais como: iniciação, fatores desencadeantes, fatores agravantes, tipo e freqüência de drogas consumidas, verificação de alguns aspectos de ordem psíquica envolvidos na drogadição, bem como no seu processo de recuperação.

Em local aberto, sob luz natural, dois examinadores devidamente calibrados realizaram a análise do fluxo salivar e capacidade tampão da saliva utilizando o "kit" Flux Dent (All Dent) e avaliação da

história de cárie através do índice CPOS<sup>6</sup> e CPOD segundo o método preconizado pela Organização Mundial de Saúde<sup>11</sup>, auxiliados por dois anotadores.

## RESULTADOS

Na Tabela 1, observam-se os principais fatores relacionados ao início da drogadição relatados pelos internos. A curiosidade teve o maior número de respostas, seguida, pela ordem, por problemas familiares e influência do meio social e dos amigos.

Na Tabela 2 pode-se observar que todos os grupos enquadram-se na capacidade tampão (ct) tida como normal. Embora o fluxo salivar (fs) do G III esteja abaixo do limite normal, sua ct encontra-se normal. Situação oposta ocorre com o G II que possui um fs = 0,84 e sua ct, embora normal, não acompanha, proporcionalmente, seu fs. Estes dados mostram discrepância com a literatura, pois a maioria dos estudos demonstram que a ct acompanha o fs<sup>5,7,9</sup>.

As conseqüências do período ativo do uso das drogas, na qual possivelmente se experienciou a redução de fs e ct, está refletido na história de cárie, registrada pelo índice CPOD (Tabela 2).

**TABELA 1** - Distribuição de fatores auto-referidos para o início da drogadição. Bauru - SP, 1995.

Fator	N
Curiosidade	21
Problemas familiares	15
Influência de amigos	12
Outros	04

Obs.: Alguns indivíduos citaram mais de um fator relacionado ao início da drogadição.

**TABELA 2** - Distribuição de valores médios de fluxo salivar (fs), capacidade tampão (ct) e CPOD segundo o grupo de drogas consumidas. Bauru - SP, 1995.

Grupos	fs (ml/min)	ct	CPOD
G I	0,83	5,67	27,83
G II	0,84	5,00	27,80
G III	0,64	5,71	25,71
G IV	0,94	5,45	27,20

**TABELA 3** - Distribuição de valores médios dos componentes do CPOS segundo o grupo de drogas consumidas. Bauru - SP, 1995.

Grupos	C	P	O	Ei
G I	6,31	34,52	3,45	0
G II	6,28	17,86	18,14	2,86
G III	14,69	23,47	4,80	0
G IV	10,71	14,64	7,61	0,36

Na Tabela 3 temos os componentes do índice CPOS para os 4 grupos. Os valores para cada item ilustram que a diminuição de fs e ct e a negligência com a higiene bucal, o alto consumo de carboidratos refinados e a atuação local e sistêmica das drogas tiveram uma ação intensa e negativa na condição de saúde bucal deste grupo.

## DISCUSSÃO

A análise do questionário aplicado aos internos que compuseram a amostra (Tabela 1) apresenta concordância com a literatura, onde os fatores iniciantes e desencadeantes para a drogadição convergem para pontos comuns: problemas familiares, rejeição social, carência, auto-afirmação e/ou curiosidade<sup>15</sup>.

Pela análise dos resultados de fs na amostra examinada (Tabela 2), observa-se que apenas o G III (maconha e álcool) enquadra-se em fs baixo. A maconha, sendo um agente parassimpatomimético e parassimpatolítico, produz uma redução expressiva do fs, o que pode ser confirmado pelos achados do presente estudo. O álcool, por sua vez, também traz a sensação de ressecamento bucal, muita sede e gosto pastoso na boca<sup>15</sup>. Este grupo apresenta a associação de duas drogas condicionantes de hipossalivação.

Na análise do fs deve-se levar em consideração o tempo de abstinência da droga, uma vez que a eliminação do fator causal (drogas) leva à normalidade da secreção do fluxo salivar. Os grupos I, II e IV estavam enquadrados em situações de fs normal.

Pessoas que têm secreção salivar diminuída ou ausente, freqüentemente experimentam um grau de velocidade de cárie dentária aumentado e rápida destruição dos dentes<sup>9</sup>.

Um baixo fs é, geralmente, acompanhado por um aumento do número de *Streptococos mutans* e *Lactobacillus*, o que resulta no aumento da incidência de cárie dentária<sup>7</sup>.

Todavia, na prática clínica, os profissionais deparam-se com situações semelhantes às apresentadas pelo G III e G II, já os G I e G IV conservam a proporcionalidade de fs e ct.

A leitura isolada da Tabela 2 poderia levar a concluir que a análise do fs e ct classificaria os pacientes dos 4 grupos dentro do padrão de normalidade. No entanto, a variável consumo de drogas encontra-se ausente, uma vez que os internos encontram-se em processo de recuperação. Porém, se os mesmos exames fossem realizados no período ativo do uso das drogas, os resultados possivelmente seriam diferentes e ofereceriam indicações do consumo de substâncias que causam redução de fluxo salivar e capacidade tampão da saliva, como as drogas.

Para DI CUGNO *et al.*<sup>2</sup> (1981) o alto CPOD verificado nos pacientes usuários de drogas é decorrente da diminuição do fluxo salivar (fs) e capacidade tampão (ct), além da diminuição das concentrações de cálcio e fosfato, insuficientes para equilibrar a queda de pH e para formação de cristais de hidroxiapatita e à dieta altamente cariogênica (alto consumo de carboidratos e açúcares refinados).

O CPOD dos internos aparece com valores elevados nos 4 grupos. Estes resultados validam a hipótese que a drogadição está associada a fatores locais de risco à cárie.

Comparando-se valores do CPOD de brasileiros residentes em zona urbana citados por PINTO<sup>12</sup> (1990) com os valores do CPOD dos 4 grupos do estudo, e salientando-se que a amostra era composta por um grande número de indivíduos jovens (18-30 anos), observamos que, enquanto a média da população brasileira varia de 12,7 - 22,5, temos no grupo estudado a variação de 25,7 - 27,83.

O alto índice de cárie apresentado pela amostra de drogaditos em recuperação mostra um possível reflexo do uso continuado de drogas em sua condição bucal, concordando com os achados da literatura<sup>1,2,3,4,10,13,15</sup>.

A porcentagem de dentes perdidos é alta nos 4 grupos, porém no G I (34,52) e G III (23,47) os valores apresentam-se superiores ao G II (17,86) e G IV (14,64). Uma possível explicação para tal dado reside no uso associado de álcool pelos indivíduos dos grupos I e III. Esta droga tem atuação direta no

periodonto de sustentação dos dentes, pois existe um efeito tóxico direto entre o álcool e o periodonto, resultando em doença periodontal e produzindo uma média de perda dental elevada<sup>5,8</sup>. Indivíduos alcoólatras possuem alterações no metabolismo protéico das células osteogênicas devido ao álcool, o que resultaria numa interferência no processo de osteogênese e conseqüente reabsorção da crista óssea alveolar. Este fato é confirmado em pacientes cirróticos, os quais são mais afetados pela doença periodontal e apresentam um maior número de perdas dentais<sup>14,16</sup>.

Os valores para o componente “cariados” (c) apresentam-se aumentados para o G III (14,69) sugerindo que realmente o baixo fs contribui para o aumento da cárie dentária e para o G IV (10,71) em usuários de cocaína e associados.

Usuários de anfetaminas (uma das drogas associadas) têm suas restaurações de amálgama deterioradas pela droga, favorecendo a recidiva de cárie, apresentando descalcificação da dentina, lesão de cárie que se inicia pelo colo do dente e paredes de esmalte adelgaçadas o que explicariam o aumento dos valores do componente “cariados” neste grupo.

Alguns estudos referem que os drogaditos, por consumirem energia rapidamente, necessitam uma dieta extremamente rica em carboidratos refinados<sup>1,2,4,15</sup>. A maconha, em especial, aumenta o apetite para doces<sup>15</sup>.

Os menores valores para o componente “cariados” (c) do G I (6,31) e G II (6,28) teria uma possível explicação nos maiores valores dos componentes “perdidos” (p) para G I (34,52) e “obturados” (o)

para G II (18,14). Estes dois últimos componentes expressam a história pregressa de cárie dentária, que resultou na perda ou restauração do dente.

FRIEDLANDER; MILLS<sup>4</sup> (1985) puderam observar que, em drogaditos, há um mascaramento da dor devido ao efeito analgésico dos narcóticos. Em conseqüência, estes conseguem conviver com sérios problemas dentais.

Os dados obtidos com esta amostra de ex-drogaditos demonstram que, de alguma maneira, a ação local das drogas na cavidade bucal apresenta efeitos deletérios, resultando em níveis aumentados de cárie dentária e perdas dentais.

## CONCLUSÃO

A análise dos resultados permitiu as seguintes conclusões:

1. Problemas familiares, curiosidade, rejeição social e timidez foram os fatores relatados pela amostra como iniciantes para a drogadição.
2. Os valores de fluxo salivar e capacidade tampão dos ex-drogaditos apresentaram-se normais.
3. O índice CPOD mostrou-se elevado em todos os grupos: G I (27,83), G II (27,80), G III (25,71) e G IV (27,20).
4. O componente “perdido” do CPOS foi predominante na amostra, em todos os grupos.

## AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Recuperação “Esquadrão da Vida” de Bauru-SP, por gentilmente permitir a realização deste estudo em suas instalações.

---

PEDREIRA, R. H. da S.; REMENCIUS, L.; NAVARRO, M. F. de L.; TOMITA, N. E. Oral health conditions of drug-addicted patients undergoing a recuperation process. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 13, n. 4, p. 395-399, out./dez. 1999.

Thirty-eight drug-addicted patients undergoing a recuperation process were evaluated through questionnaires and tests of salivary-flow, buffering capacity, DMFT and DMFS so that their psychological profile and oral health conditions could be determined. The results showed that the main causes for drug-addiction was curiosity, family problems and a friendship influence. Salivary flow and buffering capacity varied respectively from 0.64 to 0.94 and from 5.00 to 5.71. The DMFT and DMFS varied from 6.28 to 14.69 for the component Decayed; from 14.64 to 34.52 for the component Missing; from 3.45 to 18.14 for the component Filled and from 0.0 to 2.86 for the component Extraction Indicated. It can be concluded that patients were emotionally disturbed with a shy behavior. Salivary flow and buffering capacity showed normal values and the DMFS and DMFT showed high levels.

UNITERMS: Substance-related disorders; Oral health; Dental caries; Risk-factors.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARTER, E. F. Dental implications of narcotic addiction. **Aust Dent J**, v. 23, n. 4, p. 308-310, Aug. 1978.
2. DI CUGNO, F.; PEREC, C. J.; TOCCI, A. A. Salivary secretion and dental caries experience in drug addicts **Arch Oral Biol**, v. 26, n. 5, p. 363-367, May 1981.
3. DUNKLEY, R. P.; CARSON, R. M. Dental requirements of the hospitalized alcoholic patient. **J Am Dent Assoc**, v. 76, n. 4, p. 800-803, Apr. 1968.
4. FRIEDLANDER, A. H.; MILLS, M. J. The dental management as the drug-dependent patient. **Oral Surg**, v. 60, n. 5, p. 489-492, May 1985.
5. KIDD, E. A. M.; JOYSTON-BECHAL, S. Saliva and caries. In: **Essential of dental caries: the disease and its management**. Bristol : Wright, 1987. p. 58-67.
6. KLEIN, H.; PALMER, C. E.; KNUTSON, J. W. Studies on dental caries, I. Dental status and dental needs of elementary schoolchildren. **Public Health Rep**, v. 53, p. 751-765, May 1938.
7. KRASSE, B. **Risco de cárie: guia prático para controle e assessoramento**. São Paulo : Quintessence, 1986. 113 p.
8. 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, Jan. 1989.
9. NEWBRUN, E. Conceitos atuais da etiologia da cárie. In: **Cariologia**. São Paulo : Santos, 1988. p. 17-49.
10. OBERG, S. W. There are 18.000 dentists who need our special attention (part I). **J Am Coll Dent**, v. 56, n. 1, p. 5-10, Jan. 1989.
11. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Genebra. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções**. 3 ed. São Paulo : Livraria Editora Santos, 1981. 53 p.
12. PINTO, V. G. **Saúde Bucal: panorama internacional**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1990. 285 p.
13. RATCLIFF, J. S.; COLLINS, G. B. Dental management of the recovered chemically dependent patient. **J Am Dent Assoc**, v. 114, n. 5, p. 601-603, May 1987.
14. SANDLER, H. C.; STAHL, S. S. Prevalence of periodontal disease in a hospitalized population. **J Dent Res**, v. 39, n. 3, p. 439-449, May/June 1960.
15. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado de Educação. **Padrões de saúde: a farmacodependência em seus múltiplos aspectos**. São Paulo : Secretaria do Estado de São Paulo, 1981. 216 p.
16. STAHL, S. S.; WISAN, J. M.; MILLER, S. C. The influence of systemic diseases on alveolar bone. **J Am Dent Assoc**, v. 45, n. 3, p. 277-283, Sept. 1952.
17. UNIVERSIDADE DE SANTA ÚRSULA. Centro de estudos de drogas. **Educação e prevenção do abuso de drogas**. (Série Prevenção 1). Rio de Janeiro : Ed. Universitária Santa Úrsula, 1992. 185 p.

Recebido para publicação em 08/04/99  
Enviado para reformulação em 19/07/99  
Aceito para publicação em 22/10/99