



TAIS CRISTINA NASCIMENTO MARQUES

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE
USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM RECUPERAÇÃO
EM CIDADES DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**Piracicaba
2014**



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

TAIS CRISTINA NASCIMENTO MARQUES

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE
USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM RECUPERAÇÃO
EM CIDADES DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba,
da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para obtenção do título de Mestra em Odontologia, na
Área de Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Gláucia Maria Bovi Ambrosano

Este exemplar corresponde à versão final
da dissertação defendida pela aluna, e
orientada pela Prof^a. Dr^a. Gláucia Maria
Bovi Ambrosano

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Gláucia", is written over a horizontal line.

Assinatura da orientadora

PIRACICABA

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

M348i Marques, Tais Cristina Nascimento, 1990-
Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de usuários de substâncias psicoativas em recuperação em cidades do Estado de São Paulo / Tais Cristina Nascimento Marques. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Gláucia Maria Bovi Ambrosano.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Qualidade de vida. 2. Saúde bucal. 3. Usuários de drogas. I. Ambrosano, Gláucia Maria Bovi, 1960-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Impact of oral health on quality of life of drug users in recuperation in cities of São Paulo

Palavras-chave em inglês:

Quality of life

Oral health

Drug users

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Odontologia

Banca examinadora:

Gláucia Maria Bovi Ambrosano [Orientador]

Karine Laura Cortellazzi Mendes

Eliel Soares Orenha

Data de defesa: 27-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Odontologia

Folha de Aprovação



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 27 de Fevereiro de 2014, considerou a candidata TAIS CRISTINA NASCIMENTO MARQUES aprovada.

Handwritten signature of Gláucia Maria Bovi Ambrosano in blue ink.

Profa. Dra. GLAUCIA MARIA BOVI AMBROSANO

Handwritten signature of Karine Laura Cortellozzi Mendes in blue ink.

Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI MENDES

Handwritten signature of Eliel Soares Orenha in blue ink.

Prof. Dr. ELIEL SOARES ORENHA

RESUMO

Este estudo transversal teve como objetivo avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de usuários de substâncias psicoativas atendidos pelos CAPS-AD de três cidades do Estado de São Paulo: Limeira, Piracicaba e Rio Claro. Foram avaliados 262 usuários de substâncias psicoativas. Foram realizadas avaliações de cárie dentária segundo as normas da OMS. Os exames foram feitos por uma única examinadora, ao ar livre, sob luz natural, sendo utilizada para o exame a sonda periodontal IPC, espelho clínico plano nº5 e espátula de madeira. As variáveis socioeconômicas, autopercepção de saúde oral, qualidade de vida foram captadas por meio dos seguintes instrumentos: OHIP-14 (Oral Health Impact Profile), WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), Meneghim et al., 2007. Para triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias, ASSIST-OMS. Inicialmente foram construídas tabelas de distribuição de frequências e o teste de Qui-quadrado foi utilizado, com nível de significância de 5%, para se avaliar as associações entre a qualidade de vida (WHOQOL) e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP) (variáveis dependentes) com as demais variáveis investigadas (variáveis independentes). As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ nas análises simples estimados para os indicadores que permaneceram no modelo de regressão múltipla, no nível de 5%. O programa estatístico utilizado para a realização de todas as análises foi o SAS (SAS, 12.3). Assim, indivíduos com CPOD > 13 (OR= 2,25; IC 95%= 1,30-3,89); baixa renda (OR= 2,41; IC 95%= 1,15-3,59 1,22-4,77) e usuário de cocaína /crack (OR= 2,02; IC 95%= 1,15-3,59) apresentaram mais chances ter baixa qualidade de vida. Voluntários com higiene bucal boa e regular (OR= 3,63; IC 95%= 1,96- 6,75); que não relataram dor (OR=2,69; IC 95%= 1,67-4,60) têm mais chance de apresentar menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Conclui-se que a qualidade de vida pode ser afetada pela saúde bucal, portanto políticas públicas para a promoção de saúde nessa população são necessárias.

Palavras-chaves: Saúde bucal. Usuários de Drogas. Qualidade de vida.

ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to assess the impact of oral health on quality of life of drug users attended by CAPS-AD three cities the State of São Paulo: Limeira, Piracicaba and Rio Claro. Were analyzed 262 drug users. Reviews of dental caries were conducted according to WHO standards. The oral examination will be conducted by one trained and calibrated examiner, under natural light at CAPS-AD, using the CPI periodontal probe and dental mirror with previous drying teeth. The socioeconomic variables, self-perceived oral health, quality of life were identified through of the following instruments: OHIP - 14 (Oral Health Impact Profile), WHOQOL (World Health Organization quality of Life), Meneghim et al, 2007. For screening of involvement with alcohol, tobacco and other substances, WHO – ASSIST. Initially the frequency distribution tables and the chi-square test were constructed was used with a significance level of 5 %, to assess the associations between quality of life (WHOQOL) and the impact of oral health on quality of life (OHIP) (dependent variables) and the other study variables (independent variables) . Variables with $p < 0.20$ in simple analyzes estimated for the indicators that remained in the multiple regression at the 5 % model. The statistical program used to perform all analyzes was SAS (SAS, 12.3). Thus, individuals with DMFT > 13 (OR = 2.25, 95% CI = 1.30 to 3.89), low income (OR = 2.41, 95% CI = 1.15 to 3.59 1.22 -4.77) and user of cocaine / crack (OR = 2.02, 95% CI = 1.15 to 3.59) were more likely to have lower quality of life. Volunteers with good oral hygiene and regular (OR = 3.63, 95% CI = 1.96 to 6.75), who reported no pain (OR = 2.69, 95% CI = 1.67 to 4.60) are more likely to have lower impact of oral health on quality of life. We conclude that quality of life can be affected by oral health , so public policies for health promotion in this population are needed .

Key words: Drug Users. Oral Health. Quality of life.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	xiii
AGRADECIMENTOS.....	xvi
1-INTRODUÇÃO	1
2-REVISÃO DA LITERATURA	5
3 -PROPOSIÇÃO	9
4 - MATERIAL E MÉTODOS	9
5- RESULTADOS.....	13
6-DISSCUSSÃO.....	19
7-CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS*	22

DEDICATÓRIA
Dedico esta dissertação
aos meus pais,
que em nenhum momento
mediram esforços
para a realização dos
meus sonhos.
Obrigada, AMO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço a DEUS, maior mestre, que uma pessoa pode conhecer e reconhecer, pela sua presença constante em minha vida, pelo auxílio em minhas escolhas, por me confortar nas horas difíceis, pela sabedoria concedida para seguir em frente.

Aos meus pais, Salvador Marques e Sueli Nascimento Marques, por todo amor, carinho, educação, pelo apoio incondicional, por que me ensinarem o valor de um sonho e me darem apoio e estrutura para realizá-los, por se abdicarem de tantos momentos e situações para que o meu sonho fosse realizado. Pela educação e sabedoria que me passou em todos os momentos.

Ao meu irmão Tiago, pela companhia, carinho e momentos de descontração vividos a cada dia. Tiago obrigado pelos conselhos que sem perceber me deu, pelos anos que estudamos juntos e pelo exemplo de inteligência e determinação.

Aos meus amigos-irmãos Nayara Zeleswski, e Fábio Zanusso, muito obrigado pelos conselhos, amizade, por todos os momentos inesquecíveis que Deus nos proporcionou, por terem mostrado através de sinceridade, lealdade e amor o verdadeiro sentido da amizade.

Aos amigos que fiz durante minha moradia em Piracicaba, vocês tornaram a minha estadia na cidade algo agradável e tornou a distância da família algo menos dolorido.

AGRADECIMENTOS

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas, Prof. Dr. José Tadeu Jorge.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do seu diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior, onde tive a oportunidade de dar importante rumo ao meu crescimento científico e profissional.

À Profa. Dra. Renata Cunha Matheus Rodrigues Garcia, coordenadora dos Cursos de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas.

A Profa. Dra. Cinthia Pereira Machado Tabchoury, coordenadora do Curso de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, pela dedicação e excelência em sua gestão da pós-graduação.

A minha orientadora Prof^a Dr^a. Gláucia Maria Ambrosano, obrigada por contribuir com ensinamentos, conhecimento, palavras de força e ajuda; pela oportunidade de contribuir no PED, lugar esse que foi de grande valia para minha formação acadêmica, por não ter sido somente uma orientadora e sim mestre dando conselhos e palavras de motivação; pelo exemplo de que não precisamos lesar nossos princípios para ter sucesso profissional. Espero um dia conseguir chegar ao seu nível.

A professora Karine Laura Cortellazzi, pela dedicação, apoio e contribuição imprescindíveis para o desenvolvimento do presente trabalho.

Aos professores das disciplinas cursadas durante minha formação na Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba as quais tiveram contribuição intelectual importante.

Aos amigos da pós-graduação obrigada pelo companheirismo, apoio e amizade construída ao longo dos anos. Em especial aos meus companheiros, Karin Migliato, Angélica Búlio e Armando Kaieda, agradeço a DEUS por ter colocado vocês em minha vida, pelo companheirismo, pela cumplicidade do dia-a-dia.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pelo apoio financeiro, o qual foi imprescindível no desenvolvimento da pesquisa.

Por fim, agradeço a todos que me auxiliaram direta e indiretamente no desenvolvimento do presente trabalho.

Eu guardei muitas coisas em
minhas mãos, e perdi todas; mas
todas que coloquei nas mãos de
Deus, essas eu ainda possuo.

Martin Luther King Jr. (1959)

1- INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) substância psicoativa pode ser definida como qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afeta sua estrutura ou função. As substâncias psicoativas podem ser classificadas como lícitas: álcool e cigarro ou ainda como ilícitas: maconha, anfetaminas, cocaína e opióides (OMS, 2004; UNODC, 2013).

De acordo com a “United Nations Office on Drug and Crime” (UNODC) em 2011 aproximadamente 167.315 milhões de pessoas com idade entre 15 a 64 anos usaram substâncias ilícitas, ou seja, 6,9% da população mundial (UNODC, 2013)

No Brasil, o consumo de substâncias psicoativas tem aumentado, entre crianças, adolescentes e adultos. O aumento do consumo e dos problemas relacionados ao uso do crack constitui um grande desafio para políticas públicas (Bastos, 2012). O abuso de substâncias psicoativas causa grande prejuízo financeiro para o país, pois inclui gastos com saúde, crime e ainda perda de produtividade, além do comportamento disfuncional que passa a refletir nos índices sociais (Moraes, 2008).

Assim, fizeram-se necessárias políticas públicas que preenchessem essa lacuna. Portanto, em 2002, criou-se a Política Nacional Anti Drogas e em 2006 o Sistema Nacional de Políticas Sobre Álcool e Drogas - SISNAD, e a Lei 11.343 que diferencia para o magistrado o usuário ou depende do traficante, oferecendo-lhes oportunidade de tratamento (Andrade, 2011). Atualmente, com a constituição dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que se insere dentro das políticas públicas atuais de saúde mental e a implantação de CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e drogas) está sendo implantado um novo modelo de assistência a partir de cuidados em âmbito extra-hospitalar e redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos.

Dessa forma o impacto da drogadição na saúde pública não se limita as perdas econômicas, pois traz outras consequências negativas que incluem danos irreparáveis a saúde, problemas psicológicos, violência doméstica, abuso infantil, a desintegração familiar e alto risco de contrair doenças infecciosas como HIV, Hepatite B e C (Costa et al., 2011; Gupta et al., 2012; Maloney, 2012).

Para que haja sucesso no tratamento da drogadição faz-se necessário um enfoque multidisciplinar que envolva médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, enfermeiros e cirurgiões-dentistas (Ribeiro et al., 2002; Moraes, 2008). Os CAPS-AD, são equipamentos centrais na proposta da atenção ao usuário de substâncias psicoativas no Brasil sendo um novo modelo de assistência a partir do cuidado em âmbito extra-hospitalar e multidisciplinar (Souza, 2010; Vinha, 2011).

Além dos problemas expostos, a saúde bucal deficiente é comum entre os indivíduos dependentes químicos (Travarajah et al., 2008; Reece, 2009). O abuso de substâncias psicoativas prejudica os tecidos orais moles e duros, podendo levar à lesões com potencial de malignização devido a baixa imunidade, o que predispõe a infecções orais como a candidíase (Rees, 1992; Porter & Scully, 2000; Travarajah et al., 2008). Além disso, esses indivíduos têm maior risco de ter a saúde bucal comprometida por diversos motivos entre eles o acesso limitado a cuidados odontológicos, dieta pobre, hábitos de higiene oral deficiente, falta de cuidado com a saúde bucal e saúde geral e os efeitos físicos da substância na mucosa oral (ter Horst et al., 1996; Sheridan et al., 2001; Friedlander et al., 2003; Robinson et al., 2005; Johnson et al., 2008; Morio et al., 2008; Laslett et al., 2008; Barbadoro et al., 2008).

Sendo assim, as drogas podem afetar diretamente a saúde bucal. Os principais achados em pacientes usuários de drogas são: xerostomia, CPO-D elevado, redução da capacidade tampão da saliva, queilite angular, bruxismo, perda dentária, doença periodontal, halitose e estomatites (Pedreira et al., 1999; Sujak & Abdul-Kadir, 1999; Friedlander et al., 2003; Morio et al., 2008; Versteeg et al., 2008; Hamamoto & Rhodus, 2009; D'Amore et al., 2011).

O uso do tabaco e do álcool são outros agravantes reconhecidos mundialmente como fatores de risco do câncer de boca e de faringe. Quando há a combinação destes, a probabilidade de desenvolver o câncer aumenta em cerca de 100 vezes (Pedreira et al., 1999; Noto & Galduróz, 1999; Baus & Kupek, 2002; Cho et al., 2005; Melo et al., 2010; Costa et al., 2011). Entretanto, uma ampla variedade de fatores também pode influenciar na progressão de determinadas alterações patológicas na mucosa bucal, como características

individuais, fatores sociais, comportamentais, sistêmicos, genéticos e composição da microbiota bucal (Pedreira et al., 1999; Costa et al., 2011).

Neste contexto, o conhecimento da saúde oral e a intervenção positiva na mesma, podem contribuir com uma reabilitação psicossocial do usuário de substância psicoativas auxiliando no desenvolvimento da autoestima e ampliando a interação social, já que a recuperação implica no resgate do ser humano em todos os aspectos, reduzindo o significado psicológico das drogas para o indivíduo (Sheridan et al., 2001; Titsas & Ferguson, 2002; Brand et al., 2008; Mateus-Moreno et al., 2013).

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a associação entre as condições de saúde bucal, a autopercepção e cuidados em saúde e qualidade de vida ajustada aos fatores socioeconômicos, em dependentes químicos em recuperação de CAPS-AD nas Regionais de Saúde da Diretoria Regional de Saúde de Piracicaba-SP (DRS).

2- REVISÃO DA LITERATURA

2.1- Condições de saúde bucal em dependentes químicos

Estudos têm registrado associações entre o uso de substâncias psicoativas ilícitas com vários danos à saúde. (English, 1995; Degenhardt et al., 2006; Degenhardt & Hall, 2012). Sabe-se ainda que as complicações médicas decorrentes da dependência de drogas são relevantes para a Odontologia e incluem hepatite viral, infecção por vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), endocardite e complicações relacionadas à anestesia (Travarajah, 2008; Maloney, 2010; D'Amore et al., 2011).

Além disso, o uso de substâncias psicoativas é um fator de risco para as doenças bucais (Robinson et al., 2005; Dasanayake et al., 2010). O dependente químico tem maior risco de ter a saúde bucal comprometida por causa do acesso limitado a cuidados odontológicos, da dieta cariogênica, dos hábitos de higiene oral deficiente, além dos efeitos físicos da substância na mucosa oral (ter Horst et al., 1996; Sheridan et al., 2001; Friedlander et al., 2003; Robinson et al., 2005; Barbadoro et al., 2008; Morio et al., 2008; Laslett et al., 2008; Johnson et al., 2008). Sendo assim, uma variedade de condições orais patológicas, pode ser encontrada em dependentes químicos (D'Amore et al., 2011; Baus et al., 2002).

Em um estudo qualitativo os usuários de substâncias psicoativas relataram uma dieta irregular e rica em carboidratos, além da necessidade do açúcar para lhes conferir energia para fazer suas atividades diárias (Robinson et al., 2005). De acordo com a literatura, os hábitos alimentares dos usuários de substâncias psicoativas contribuem para uma pior saúde bucal (Robinson et al., 2005; Reece, 2007; Dasanayake et al., 2010).

Além disso, segundo alguns autores, os dependentes de substâncias psicoativas muitas vezes não têm auto cuidado, e conseqüentemente negligenciam a higiene bucal, devido à baixa autoestima e falta de motivação (Kranzler et al., 1990; Sujak & Abdul-Kadir, 1999; Friedlander et al., 2003; Robinson et al., 2005; et al., 2008; Barbadoro et al., 2008; D'Amore et al., 2011).

Pesquisas anteriores sugerem que os indivíduos que abusam de metanfetaminas, álcool, opióides, maconha e cocaína têm um risco acrescido de ter deficiente saúde bucal, incluindo a erosão do esmalte e cárie (D'Amore et al., 2011).

2.2 – Determinantes sociais na saúde do usuário de substâncias psicoativas

Os determinantes sociais em saúde estão relacionados: renda, escolaridade entre outros que estão relacionadas com situação de saúde de uma determinada população. Assim, os determinantes sociais em saúde vêm sendo apontados pelos epidemiologistas como grandes responsáveis para que o indivíduo ou as populações estejam expostos a um maior risco/atividade de desenvolver doença (Fejerskov, 2004; Marmot, 2005).

Os fatores de risco preditivos do uso de substâncias psicoativas incluem ser do sexo masculino, curiosidade, comportamento de rebeldia, distúrbios na infância, mau desempenho escolar e abandono escolar precoce. Outro fator de risco preceptor para uso de álcool e outras drogas é ser antissocial ou ter colegas que usam drogas na adolescência (Degenhardt et al., 2010; Babor et al., 2010; Degenhardt & Hall, 2012; Marcon et al., 2012).

Os fatores de risco geralmente não ocorrem separados. Os jovens que iniciam o uso da substância em uma idade precoce são muitas vezes expostos a muitas desvantagens sociais e familiares, vêm de famílias com problemas e um histórico de uso de substância psicoativa, são impulsivos, têm mau desempenho na escola, e têm colegas com desvio de conduta (Maddahian et al., 1988; Degenhardt et al., 2010).

Degenhardt et al. (2008) realizaram um estudo sobre fatores de risco que influenciam a dependência de drogas em 17 países, no qual observou-se que o início precoce nas drogas e desenvolvimento de depressão e distúrbios antes da idade de 15 anos entre outros fatores, permite prever o processo de dependência de substância psicoativa.

Estudos de coorte em países desenvolvidos têm registrado que o uso de substâncias psicoativas em idade precoce e os problemas de saúde mental são fatores de risco para o uso de drogas (English, 1995; Degenhardt et al., 2006; Degenhardt & Hall, 2012).

Pessoas desfavorecidas socioeconomicamente são mais propensas a usar substâncias psicoativas. Assim, os fatores de risco estruturais incluem a pobreza e os fatores sociais e culturais. O relacionamento familiar de baixa qualidade entre pais e filhos, bem como a presença de usuário na família são fatores que aumentam o risco de iniciar precocemente o uso de substâncias psicoativas (Cohen et al., 1994; Maddahian et al., 1988, Simkiss et al., 2013).

Os padrões para iniciar o uso de drogas variam entre países e culturas, o que sugere que o início o uso de drogas é dependente de fatores sociais e disponibilidade da mesma, bem como as características dos usuários e ajustes sociais. Esses fatores podem facilitar ou impedir o uso (Degenhardt & Hall, 2012).

2.3. Qualidade de vida em dependentes químicos

De acordo com o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1994).

A dependência química pode estar relacionada com a baixa qualidade de vida, uma vez que está diretamente ligada ao desequilíbrio entre a saúde psíquica e a saúde física, dessa forma a qualidade de vida pode ser uma ferramenta de investigação no contexto de uso de álcool e outras drogas. (Silveira et al., 2006; Zubarán et al. 2009). Sabe-se que a qualidade de vida é cada vez mais reconhecida como fator importante no tratamento e pesquisa relacionados à saúde, uma vez que o aspecto subjetivo da qualidade de vida muda o conceito de cura, para melhorar a qualidade de vida do indivíduo (Ruggeri et al.,2002). Assim, a qualidade de vida deve ser considerada na reabilitação do usuário de drogas, bem como sua auto percepção (Zubarán et al., 2009; Moreira et al.,2013)

De acordo com a literatura homens com dependência de álcool e usuários de substâncias psicoativas apresentam pior qualidade de vida (Silva Lima et al.,2005; Lozano et al.,2008; Domingo-Salvany et al.,2010) . Segundo alguns autores a qualidade de vida dos usuários de substâncias psicoativas pode ter interferência pelos fatores: sociodemográficos,

sexo, idade, estado civil, escolaridade e nível econômico (Domingo-Salvany et al., 2010; Moreira et al., 2013) .

Dessa forma a qualidade de vida pode ser considerada um marcador para saúde geral, uma vez que a mesma é capaz mensurar satisfação felicidade e bem estar dos indivíduos. Assim, o conhecimento do impacto da saúde bucal na qualidade de vida torna-se um fator importante no auxílio do planejamento de políticas públicas e de estratégias voltadas para a promoção de saúde geral e bucal da população alvo.

3 -PROPOSIÇÃO

Avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida em usuários de substâncias psicoativas atendidos pelos CAPS-AD das regionais de Saúde que pertencem a DRS de Piracicaba.

4 - MATERIAL E MÉTODOS

4.1- Aspectos Éticos

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba / Universidade Estadual de Campinas – FOP/UNICAMP sob o protocolo nº 069/2012 (ANEXO I). Previamente ao exame clínico, os usuários de substâncias psicoativas receberam um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE-ANEXO VII) contendo informações referentes à responsabilidade, metodologia e desenvolvimento do estudo. Somente após a anuência dos voluntários, por meio da assinatura do termo, os mesmos foram considerados participantes do estudo. Os participantes que apresentaram necessidade de tratamento foram encaminhados à unidade de saúde de referência.

4.2- População e amostra

Este foi um estudo do tipo transversal analítico.

O Estado de São Paulo é composto por 645 Municípios, 15 Regiões Administrativas de governo e 17 Diretorias Regionais de Saúde – (DRS). A DRS de Piracicaba é composta por quatro colegiados de saúde, sendo eles: Araras, Limeira, Piracicaba e Rio Claro. O estudo foi conduzido em Limeira, Piracicaba e Rio Claro com indivíduos assistidos pelo CAPS-AD no período de 7 de janeiro de 2013 a 8 de novembro de 2013 com idade superior a 18 anos.

A amostra foi dimensionada para que todos os objetivos fossem alcançados com precisão. Assim, foram realizados cálculos para o estudo da autopercepção e qualidade de vida, considerando a situação de maior probabilidade de erro amostral ($p=0,50$)

assumindo um nível de confiança de 95%, e erro amostral de 5%. Estudou-se, ainda, o tamanho da amostra em relação à estimativa da saúde bucal dos voluntários, baseando-se em dados da literatura. Foi considerada uma média de CPOD (total dentes Cariados, perdidos e obturados) de 14,88 com desvio padrão de 6,38 (Ribeiro et al., 2002). Levou-se em conta no cálculo o poder do teste de no mínimo 80% com nível de significância de 5% e odds ratio mínimo significativo de 1,5 nas associações com as variáveis. O tamanho da população de é de 400 usuários de substâncias psicoativas em atividade no período de coleta de dados, atendidos pelos CAPS-AD de Limeira, Rio Claro e Piracicaba. A partir desses estudos, chegou-se a uma amostra mínima de 260 voluntários.

O estudo foi concluído com uma amostra final de 262 usuários. Todos os voluntários que estavam em atividades no CAPS-AD, no período da coleta, foram convidados a participar da presente pesquisa.

4.3- Realização dos exames

Foram realizadas avaliações de cárie dentária pelo índice CPOD segundo as normas da OMS (Organização Mundial da Saúde). Os exames foram feitos por uma única examinadora (previamente calibrada), sob luz natural, sendo utilizada para o exame a sonda periodontal IPC e espelho clínico (OMS, 1999).

Previamente ao início da coleta dos dados, o processo de calibração do examinador foi conduzido por um examinador “Gold Standard” com experiência prévia em levantamentos epidemiológicos, sendo desenvolvida inicialmente uma discussão teórica para orientação dos códigos e critérios de diagnóstico para a cárie dentária. Seguiu-se posteriormente uma fase prática, com técnicas para o exame clínico, apuração e análise dos resultados, sendo obtidos valores médios de Kappa inter-examinadores de 0,95, para cárie dentária. O tempo total para o processo de calibração foi de 28 horas. Ainda durante a fase experimental, 10% dos voluntários da amostra foram reexaminados pelo mesmo examinador da presente pesquisa, para a verificação da manutenção dos critérios de diagnóstico e aferência do erro amostral intraexaminador, sendo obtido o valor médio de Kappa de 0,89 para cárie dentária.

4.4- Instrumentos de coleta dos dados

Coletou-se informações sobre variáveis socioeconômicas (Meneghin et al., 2007); autopercepção e cuidado com a saúde bucal, qualidade de vida (Fleck et al., 2000); impacto da saúde bucal na qualidade de vida (Oliveira & Nadanovsky, 2005) e teste para triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST-OMS).

O “WHOQOL-bref” consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Já o WHOQOL-bref é composto por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck et al., 2000).

O “Oral Health Impact Profile – OHIP-14” fornece uma mensuração abrangente de disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição bucal. O questionário é constituído por 14 perguntas, duas para cada uma das sete dimensões do instrumento: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem. O questionário foi respondido com uma escala do tipo Likert, com cinco opções que variam de “nunca” (0) até “sempre” (4) (Oliveira & Nadanovsky, 2005).

Um questionário semiestruturado com nove perguntas referentes à autopercepção da saúde bucal e o cuidado (higiene da saúde bucal, frequência de escovação, uso do fio dental, tipo de cerdas da escova dental, última visita ao dentista, motivo de procura ao dentista, saúde bucal geral e dor no dente no mês anterior) foi utilizado (Pinelli et al., 2008)

Um questionário semi-estruturado com cinco perguntas referentes às variáveis socioeconômicas (renda familiar mensal, número de residentes na mesma casa, escolaridade e profissão do voluntário) foi aplicado aos participantes (Meneghim et al., 2007).

O ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) consiste de um questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por

parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e 16 como sugestiva de dependência.

4.5-Análise Estatística

Inicialmente foram construídas tabelas de distribuição de frequências e o teste de Qui quadrado foi utilizado, com nível de significância de 5%, para se avaliar as associações entre a qualidade de vida (WHOQOL) e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP) (variáveis dependentes) com as demais variáveis investigadas (variáveis independentes). Os escores de qualidade de vida global variam de 0-100 o qual foi dicotomizado pela mediana em baixa qualidade de vida e alta qualidade de vida. A variável impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi dicotomizada em ausência de impacto e presença de impacto. As variáveis independentes analisadas foram sexo (feminino e masculino); renda familiar mensal, foi considerado o salário mínimo vigente no ano de 2013 no valor de R\$ 678,00 (≤ 1 salário mínimo e > 1 salário mínimo); escolaridade do voluntário, da mãe e do pai (até 8º série e mais que 8º série); raça (negra e branca), idade (dicotomizada pela mediana em ≤ 37 anos e > 37 anos); CPOD (dicotomizado pela mediana em ≤ 13 e >13), risco ao uso de tabaco, maconha e cocaína/crack (baixo risco e risco moderado/alto risco) higiene (boa/regular e ruim); escovação dos dentes (não escova e escova), dor (sim e não); fio dental (não usa e usa) visita ao dentista (há mais de um ano e menos de um ano); motivo de procura ao dentista (dor de dente e check up).

As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ nas análises simples foram testadas na análise de regressão logística múltipla, permanecendo no modelo aquelas com $p \leq 0,05$. Os Odds Ratio (OR) e os respectivos intervalos de 95% de confiança foram estimados para os indicadores que permaneceram no modelo de regressão múltipla, no nível de 5%. O programa estatístico utilizado para a realização de todas as análises foi o SAS (SAS, 12.3).

5- RESULTADOS

No presente estudo foram avaliados 211 (81%) voluntários do sexo masculino e 51 (19%) do sexo feminino. Na tabela 1 é apresentada a distribuição de frequências da amostra segundo características sociodemográficas.

Observou-se que dos indivíduos 17,9% (47) declararam ter renda de até um salário mínimo e 82,1% (215) com renda maior que um salário mínimo. Com relação a escolaridade a maioria dos voluntários 61,1% , dos pais 64,1% e das mães 79,4% estudaram até a 8ª série. No que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas 80,9% declararam uso de médio/alto risco de bebida alcoólica e 60,3% da amostra faziam uso de médio/alto risco de cocaína/crack.

Tabela 1. Frequência das variáveis estudadas

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	211	81%
Feminino	51	19%
Idade		
≤ 37	138	52,7%
>37	124	47,3%
Raça		
Negra	110	42,0%
Branca	152	58,0%
Renda		
≤ 1 salário mínimo	47	17,9%
>1 salário mínimo	215	82,1%
Escolaridade do voluntário		
até 8º série	160	61,1%
> 8º série	93	35,5%
não resposta	9	3,4%
Escolaridade da mãe		
Até 8º série	208	79,4%
> 8º série	29	11,1%
Sem resposta	25	9,5%
Escolaridade do pai		
Até 8º série	168	64,1%

Variável	n	%
CPOD		
≤ 13	143	54,6%
> 13	119	45,4%
Uso de bebida alcoólica		
Baixo risco	50	19,1%
Médio/alto risco	212	80,9%
Uso de maconha		
Baixo risco	140	53,44%
Médio/alto risco	122	46,56%
Uso de cocaína/crack		
Baixo risco	104	39,7%
Médio/alto risco	158	60,3%

Na tabela 2 são apresentados os resultados das análises simples e da análise de regressão logística múltipla para a variável dependente qualidade de vida (WHOQOL). Assim, o indivíduo com CPOD > 13 têm 2,25 (IC=1,30-3,89 p=0,0039) vezes mais chance de apresentar baixa qualidade de vida do que aqueles com CPOD abaixo de 13. Os usuários classificados como alto risco do uso de cocaína e crack têm 2,02 (IC=1,15-3,59) p=0,0142 vezes mais chance de ter baixa qualidade de vida em relação aos de baixo risco. Dos indivíduos que recebem até um salário mínimo, 68,09% apresentam baixa qualidade de vida enquanto 46,06% das pessoas com mais de um salário mínimo tiveram menor qualidade de vida. Assim, ter renda menor que um salário mínimo confere ao indivíduo 2,41 (IC 95%=1,22-4,77 p=0,00113) vezes mais chance de ter baixa qualidade de vida.

Tabela 2. Análise de regressão logística simples e múltipla para qualidade de vida de usuários de substâncias psicoativas

Variáveis	Qualidade de vida				Análise simples			Análise múltipla		
	Baixa		Alta		odds	IC 95%	pvalor	odds	IC95%	pvalor
Sexo										
Masculino	101	38,55	110	52,13	0,6427	0,34-1,19	0,1602			
Feminino	30	58,82	21	41,18	Ref					
Idade (anos)										
≥ 37 anos	64	46,38	74	53,62	0,7358	0,45-1,19	0,2159			
>37 anos	67	54,03	57	45,97	Ref					
Raça										
Negra	51	46,36	59	53,64	0,778	0,47-1,27	0,3166			
Branca	80	52,63	72	52,63	Ref					
CPOD										
≤ 13	62	43,36	81	56,64	Ref			Ref		
> 13	69	57,98	50	42,02	1,80	1,11-3,03	0,0184	2,25	1,30-3,89	0,0039
Uso de bebida										
Baixo risco	24	48	26	52	0,9	0,48-1,67	0,75			
Alto risco	107	50,47	105	49,53	Ref					
Uso de maconha										
Baixo risco	69	49,29	71	50,71	0,94	0,57-1,52	0,8			
Alto risco	62	50,82	60	49,18	Ref					
Uso de cocaína/crack										
Baixo risco	46	44,23	58	55,77	Ref			Ref		
Alto risco	85	53,8	73	46,2	1,47	0,89-2,44	0,12	2,02	1,15-3,59	0,0142
Renda										
Até 1 SM	32	68,09	15	31,91	2,49	1,27-4,88	0,0062	2,41	1,22-4,77	0,0113
> 1 SM	99	46,05	116	53,95	Ref			Ref		
Escolaridade do voluntário										
Até 8º série	86	53,75	74	46,25	1,47	0,88-2,46	0,1383			
> 8º série	41	44,09	52	55,91	Ref					
Escolaridade da mãe										
Até 8º série	105	50,48	103	49,52	1,93	0,85-4,36	0,1063			
>8º série	10	34,48	19	65,52	Ref					
Escolaridade do pai										
Até a 8º série	84	50	84	50	1,66	0,76-3,6	0,1946			
> 8º série	12	37,5	20	62,5	Ref					

*Qualidade de vida baixa foi considerada como nível de referência da variável dependente.

IC= Intervalo de confiança

Na tabela 3 são apresentados os resultados do OHIP (impacto da saúde bucal na qualidade de vida). Observa-se que os indivíduos com higiene boa/regular apresentaram 3,63 vezes mais chance de ter menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida do que aqueles com higiene bucal ruim (IC 95%=1,96-6,75 p <0,0001). Indivíduos que relataram não ter tido dor no mês anterior apresentaram 2,69 vezes mais chance de ter menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida do que aqueles que relataram dor de dente (IC95%= 1,67-4,60 p= 0,0003).

Tabela 3. Análise de regressão logística simples e múltipla para impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

Variáveis	OHIP				Análise simples			Análise múltipla		
	Menor impacto		Maior impacto		odds	IC 95%	pvalor	odds	IC 95%	pvalor
	n	%	N	%						
Sexo										
Masculino	114	54,03	97	45,97	1,6789	0,90-3,12	0,09			
Feminino	21	41,18	30	58,82	ref					
Idade (anos)										
≥ 37 anos	67	46,55	71	51,45	0,7771	0,47-1,26	0,3			
>37 anos	68	54,84	56	45,16	ref					
Raça										
Negra	53	48,18	57	51,82	0,79	0,48-1,29	0,35			
Branca	82	53,95	70	46,05	ref					
CPOD										
≤ 13	76	53,15	67	46,85	1,15	0,70-1,87	0,56			
> 13	59	49,58	60	50,42	ref					
Uso de bebida										
Baixo risco	29	58	21	42	1,38	0,74-2,57	0,3			
Alto risco	106	50	106	50	ref					
Uso de maconha										
Baixo risco	76	54,29	64	45,71	1,26	0,77-2,06	0,33			
Alto risco	59	48,36	63	51,64	ref					
Uso de cocaína										
Baixo risco	58	55,77	46	44,23	1,32	0,80-2,18	0,26			
Alto risco	77	48,73	81	51,27	ref					
Higiene										
Boa/regular	114	59,38	78	40,63	3,41	1,89-6,13	0,0001	3,63	1,96-6,75	<0,0001
Ruim	21	30	49	70	ref					
Escovação dos dentes										
Não escova	6	46,15	7	53,85	0,79	0,26-2,43	0,69			
Escova	129	51,81	120	48,19	ref					

Variáveis	OHIP				Análise simples			Análise múltipla			
	Menor impacto		Maior impacto		odds	IC 95%	pvalor	odds	IC 95%	pvalor	
	n	%	N	%							
Dor de dente											
Não	97	61,39	61	38,61	2,76	1,65-4,60	0,0001	2,69	1,67-4,60	0,000	
Sim	38	36,54	66	63,46	ref						
Visita ao dentista											
A mais de 1 ano	66	50	66	50	0,88	0,54-1,43	0,61				
A menos de 1 ano	69	53,08	61	46,92	ref						
Motivo de procura ao dentista											
Dor	76	47,8	83	52,2	0,68	0,41-1,12	0,13				
Checkup	59	57,28	44	42,72	ref						
Renda											
≤ 1 Salário mínimo	21	44,68	26	55,3 ^o	0,71	0,37-1,34	0,29				
> 1 Salário mínimo	114	53,02	101	46,98	ref						
Escolaridade do voluntário											
Até a 8 ^o série	81	50,63	79	49,38	1	0,60-1,67	0,98				
> 8 ^o série	47	50,54	46	49,46	ref						
Sem resposta	9										
Escolaridade da mãe											
Até a 8 ^o série	101	48,56	107	51,44	0,66	0,30-1,46	0,3				
> 8 ^o série	17	58,62	12	41,38	ref						
Sem resposta	25										
Escolaridade do pai											
Até a 8 ^o série	84	50	84	50	0,6	0,27-1,30	0,19				
> 8 ^o série	20	62,5	12	37,5	ref						
Sem resposta	62										
Qualidade de vida											
Baixa qualidade	56	42,75	75	57,25	0,49	0,30-0,80	0,004				
Alta qualidade	79	60,31	52	39,69	ref						

*Menor impacto para a variável OHIP foi considerado como nível de referência

6- DISCUSSÃO

A qualidade de vida relaciona-se com os desejos dos seres humanos de viver e sentir-se bem. Moreira et al. (2013) avaliaram a qualidade de vida, de forma global e por dimensões, de usuários de substâncias psicoativas e não usuários utilizando como instrumento de pesquisa o WHOQOL-Bref e constataram que os usuários de substâncias psicoativas apresentam baixa qualidade de vida em todas as dimensões como também na qualidade de vida global. Corroborando com este achado foi possível observar neste estudo que a baixa qualidade de vida de usuários de substâncias psicoativas está relacionada com pior saúde bucal, baixa renda e uso de cocaína/crack.

O uso de substâncias psicoativas e sua associação com pior qualidade de vida também foi relatado por Domingo-Salvany et al, (2010), em um estudo no qual as variáveis sócio demográficas como baixa escolaridade foram fatores de risco para baixa qualidade de vida em usuários de heroína. Diferentemente, no presente estudo, não se observou associação significativa entre a qualidade de vida em usuários de substâncias psicoativas e a variável escolaridade do usuário e de seus pais ($p > 0,05$).

O presente estudo indicou que usuários de substâncias psicoativas e com renda menor ou igual a um salário mínimo apresentaram mais chance de ter baixa qualidade de vida, corroborando com o estudo de Domingo-Salvany et al.,(2010), no qual indivíduos com baixa renda apresentaram pior qualidade de vida. A mesma tendência foi observada em outro estudo no qual os autores relataram que usuários de substâncias psicoativas e com renda abaixo de cinco salários mínimos tinham três vezes mais chance de apresentar uma pior qualidade de vida em relação àqueles com rendimentos mais elevados (Moreira et al., 2013).

A variável higiene bucal mostrou-se estatisticamente significante, ou seja, usuários de substâncias psicoativas com higiene boa a regular tem menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida. De acordo com Robinson et al. (2010) isso se deve ao fato os usuários de substâncias psicoativas não apresentam como prioridade o autocuidado. Segundo os autores, a não remoção mecânica do biofilme é influenciada diretamente pelo uso de drogas, e indiretamente pelo estilo de vida associado à baixa autoestima. Muligam et

al. (2008) relacionou pior higiene bucal em mulheres HIV positivos que tinham histórico de uso de substâncias psicoativas ao maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida, dado semelhante ao encontrado no presente estudo.

Mateus-Moreno et al. (2013), corroboram com um estudo clássico de Scheutz et al., (1985) sobre o comportamento de usuários de substâncias psicoativas e a condição de saúde bucal. Em ambos os trabalhos foram relacionados o mascaramento da dor pelo uso de drogas. Divergindo das pesquisas supracitadas este estudo verificou e resultado diferente, uma vez que o relato de dor foi significativo no impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Este resultado pode ser atribuído ao fato de nesses estudos a substância psicoativa responsável pelo mascaramento era a heroína, enquanto no presente estudo nenhum paciente relatou o uso de heroína, além do que essa substância psicoativa é menos comumente encontrada no Brasil.

No que diz respeito a visita ao dentista e o impacto da saúde bucal, não houve associação. O que pode ser explicado pelo fato de não haver a conduta de encaminhamento nos CAPS-AD para cuidados com a saúde bucal. Segundo O' Sullivan, (2011) dentre os voluntários em seu estudo 51% relataram procurar o dentista apenas quando apresentam dor. Por outro lado, Laslett et al., (2008) em um estudo realizado em Melbourne na Austrália 27% de usuários de substâncias psicoativas injetáveis não procuraram o dentista por medo ou receio.

De acordo com D'Amore et al. (2011) em seu estudo a autopercepção de saúde bucal foi associada com cada substância psicoativa para mensurar seu efeito na saúde bucal e não houve associação significativa entre a saúde bucal com substâncias específicas, entretanto após um ano, o uso de opióides apresentou piora significativa na saúde bucal. Corroborando com presente estudo não houve significância estatística entre uso ou não de álcool, maconha e cocaína com o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Entretanto uma das limitações do presente estudo foi seu desenho transversal, o que não permitiu inferir impacto de substâncias psicoativas na saúde bucal ao longo do tempo.

7- CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo permitem concluir que a baixa qualidade de vida dos usuários de substâncias psicoativas está relacionada ao alto CPOD, baixa renda e uso de cocaína/crack. Também o menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida sofre influencia da falta de higiene bucal e da dor. Assim, estratégias de abordagem mais amplas para promoção de saúde bucal para estes indivíduos são necessárias, a fim de auxiliar no tratamento de recuperação dos usuários de substâncias psicoativas.

REFERÊNCIAS*

Andrade Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011. 16 (12):4665-4674.

Babor TF, Caulkins J, Edwards G et al. Drugs and Public Policy Group. Drug Policy and the Public Good: a summary of the book. *Addiction*. 2010; 5 : 1137–1145.

Barbadoro P, Lucrezi D, Prospero E, Annino I. Improvement of knowledge, attitude, and behavior about oral health in a population of alcohol addicted persons *Alcohol*. 2008; 43(3): 347-50.

Bastos F. I. Crack no Brasil: uma emergência de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2012; 6 (28) : 1076- 17.

Baus JKE, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(1): 40-6.

Brand HS, Gonggrijp S, Blanksma, CJ. Cocaine and oral health. *Br Dent J*. 2008; 204 (7): 365-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2 ed. Ver.ampl – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Bullock K. Dental care of patients with substance abuse. *Dent Clin North Am*. 1999; 43(3): 513-26.

Cho CM, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. *Aust Dent J*. 2005; 50(2): 70-4.

* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Cohen DA, Richardson J, LaBree L. Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: a longitudinal study. *Pediatrics*. 1994; 94(3) 368–3.

Costa PSK, Godoy PG, Gomes DQ, Pereira JV, Lins RD. Fatores Sociodemográficos e Condições de Saúde Bucal em Droga-Dependentes. *Pesq Brasil em Odontopediatria e Clin Integr*. 2011; 11(1): 99-104.

Dahl KE, Wang NJ, Skau I, Ohrn K. Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. *Acta Odontol Scand*. 2011; 69(4): 208-14.

D'Amore MM, Cheng DM, Kressin NR, Jones J, Samet JH, Winter M, et al. Oral health of substance-dependent individuals: impact of specific substances. *J Subst Abuse Treat*. 2011; 41(2): 179-85.

Dasanayake AP, Warnakulasuriya S, Harris CK, Cooper DJ, Peters TJ, Gelbier S. Tooth decay in alcohol abusers compared to alcohol and drug abusers. *Int J Dent*. 2010. doi:10.1155/2010/786503.

Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony, JC, Angermeyer M et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*. 2008; 5(7):141. doi:10.1371.

Degenhardt L, Dierker L, Chiu W, Medina-Mora ME, Neumark Y, Sampson N et al. Evaluating the drug use “gateway” theory using cross-national data: consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys *Drug Alcohol Depend*. 2010; 108(1-2): 84–97.

Degenhardt L, Hall W, Warner-Smith M. Using cohort studies to estimate mortality among injecting drug users that is not attributable to AIDS. *Sex Transm Infect*. 2006; 82: 56–63. doi: 10.1136/sti.2005.019273.

Degenhardt L., Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*. 2012; 379(7): 55-70.

English DR, Holman CDJ, Milne E, Winter MG, Hulse GK, Bower C et al. The Quantification of Drug Caused Morbidity and Mortality in Australia. Commonwealth Department of Human Services and Health, Canberra. 1995. p 263-686.

Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2005, 18(2). CD003020. doi: 10.1002/14651858.CD003020.

Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res.* 2004; 38(3): 182-91.

Fleck M PA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref" *Rev. Saúde Pública,* 2000; 34(2): 178-83.

Friedlander AH, Marder SR, Pisegna JR, Yagiela JA. Alcohol abuse and dependence: psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc.* 2003; 134(6): 731-40.

Gupta T, Shah N, Mathur VP, Dhawan A. Oral health status of a group of illicit drug users in Delhi, India. *Community Dent Health.* 2012; 29(1): 49-54.

Hall W, Degenhardt L. Prevalence and correlates of cannabis use in developed and developing countries (invited review). *Curr Opin Psychiatry.* 2007; 20(4): 393–397.

Hamamoto DT, Rhodus NL. Methamphetamine abuse and dentistry. *Oral Dis.* 2009; 15(1): 27-37.

Horst G, Molendijk B, Brouwer E, Verhey HG. Differences in dental treatment plan and planning for drug-addicted and non-drug-addicted patients. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996; 24(2): 120-3.

Hipolito RA, Martins CR. Prevalence of oral mucosal alterations in Brazilian adolescents held in two juvenile re-education centers. *Cien Saude Colet.* 2010; 15(2): 3233-42.

Johnson D, Hearn A, Barker D. A pilot survey of dental health in a group of drug and alcohol abusers. *Eur J Prosthodont Restor Dent*. 2008; 16(4): 181-4.

Kranzler HR, Babor TF, Goldstein L, Gold J. Dental pathology and alcohol-related indicators in an outpatient clinic sample. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1990; 18(4): 204-7.

Laslett AM, Dietze P, Dwyer R. The oral health of street-recruited injecting drug users: prevalence and correlates of problems. *Addiction*. 2008; 103(11): 1821-5.

Lozano O. M, Domingo-Salvany A., Martinez-Alonso M., Brugal M. T., Alonso J., de la Fuente L. Health-related quality of life in young cocaine users and associated factors. *Qual Life Res*. 2008; 17(7): 977-85.

Maddahian E, Newcomb MD, Bentler PM. Adolescent drug use and intention to use drugs: concurrent and longitudinal analyses of four ethnic groups. *Addict Behav*. 1988, pp. 191–195.

Maloney WJ. Significance of cannabis use to dental practice. *Today's FDA*. 2012; 24(1): 40-1.

Marcon SR, Rubira EA, Espinosa MM, Barbosa DA. Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas. *Rev. Lat Am. Enfermagem*. 2012; 20(1):167-74.

Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005; 25(365): 1099 -104.

Mateus-Moreno MV, del-Rio-Highsmith J, Riobóo-Garcia R, Solá-Ruiz MF, Celemin-Vinuela A. A Dental profile of community of recovering drug addicts: Biomedical aspects retrospective cohort study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013; 18 (4): 671-9.

Melo LC, Silva MC, Bernardo JMP, Marques EB, Leite ICG. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. *Rev Gaúcha Odontol*. 2010; 58(3): 351-5.

Meneghim MC, Kozlowski F C, Pereira A C, Ambrosano, G M B, Meneghim, Z M. A socioeconomic classification and the discussion related to prevalence of dental caries and dental fluorosis. *Cien Saúde Colet*, 2007; 12(2): 523-529.

Moraes M. Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(1):121-33.

Moreira TC, Fuigueiró LR, Fernandes S, Justo FM, Dias IR, Barros HMT, Ferigolo M. Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. *Cien Saúde Colet*. 2013; 18(7): 1953-1962.

Morio KA, Marshall TA, Qian F, Morgan TA. Comparing diet, oral hygiene and caries status of adult methamphetamine users and nonusers: a pilot study. *J Am Dent Assoc*. 2008; 139(2): 171-6.

Mulligan R, Seirawan H, Alves ME, Navazesh M, Phelan JA, Greenspan D, Greenspan JS, Mack WJ. Oral health-related quality of life among HIV-infected and at-risk women. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36(6): 549-57.

Noto AR, Galduróz JF. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Cien Saúde Colet* 1999; 4(1):145-54.

Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile – Short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005; 33(4): 307-14.

O' Sullivan EM. Prevalence of oral mucosal abnormalities in addiction treatment centre residents in Southern Ireland *Oral Oncology*. 2011, 47(5): 395-399.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Levantamentos básicos em saúde* 4ed. São Paulo: Santos 1999. p. 66.

Pedreira RHS, Remencius L, M.F.L. N, Tomita NE. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1999; 13(4): 395-9.

Pinelli C, Turrioni APS, Loffredo LCM. Autopercepção em higiene bucal de adultos: reprodutibilidade e validade. Rev Odontol UNESP. 2008; 37(2): 163-169.

Porter SR, Scully C. Adverse drug reactions in the mouth. Clin Dermatol. 2000; 18(5): 525-32.

Reece S. Dental health in addiction. Aust Dent J. 2009 Jun; 54(2): 185-6.

Rees TD. Oral effects of drug abuse. Crit Rev Oral Biol Med. 1992; 3(3): 163-84.

Ribeiro EDP, Oliveira JA, Zambolin AP, Lauris JRP, Tomita NE. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. Pesqui Odontol Bras. 2002; 3(16): 239-45.

Robinson PG, Acquah S, Gibson B. Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. Br Dent J. 2005; 198(4): 219-24.

Rooban T., Anita R., Elizabeth J., Ranganathan K. Dental and oral health status in drug abusers in Chennai India: A cross-sectional study. J Oral Maxillofac Pathol. 2008; 12: 16-21.

Ruggeri M, Gater R, Risoffi G, Barbui C, Tansella M. Determinants of subjective quality of life in patients attending community- based mental health services. The South-Verona Outcome Project 5. Acta Psychiatr Scand. 2002; 105:131-140.

Saúde M. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2004.

Scheutz F. Dental habits, knowledge, and attitudes of young drug addicts. Scand J Soc Med. 1985; 13(1): 35-40.

Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Virtanen J. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. BMC Oral Health. 2013; 13(11). doi:10.1186/1472-6831-13-11.

Sheridan J, Aggleton M, Carson T. Dental health and access to dental treatment: a comparison of drug users and non-drug users attending community pharmacies. *Br Dent J*. 2001; 191(8): 453-7.

Silva Lima AFB, Fleck M, Pecchansky F, Boni R, Sukop P. Psychometric properties of the world health organization quality of life instrument (whoqol- bref) in alcoholic males: a pilot study. *Qual Life Res*. 2005; 14(2): 473-478.

Simkiss DE, Maccallum F, Fan EE, Oates JM, Kimani PK, Stewart-Brown S. Validation of the mothers object relations scales in 2-4 year old children and comparison with the child-parent relationship scale. *Health Qual Life Outcomes*. 2013 21;11-49.

Souza Jd. Percepção de apoio social e caracterização da rede de dependentes e não dependentes de substâncias psicoativas. Riberão Preto: Universidade de São Paulo; 2010.

Sujak SL, Abdul-Kadir R. Oral health profile of a group of malaysian drug addicts. *Annal Dent Univ Malaya*. 1999; 6:4-7.

Titsas A. , Ferguson MM. Impact of opioid use on dentistry. *Australian Dental Journal*. 2002; 47(2): 94-98.

UNODC. World Drug Report United Nations Publication. 2011: 22.

Versteeg PA, Slot DE, van der Velden U, van der Weijden GA. Effect of cannabis usage on the oral environment: a review. *Int J Dent Hyg*. 2008;6(4):315-20.

Vinha I. Cenário da assistência em saúde mental/uso de substâncias psicoativas na região de saúde de Piracicaba. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* 2011; 7(1): 25-31.

Zubaran C, Foresti k. Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies. *Current Opinion in Psychiatry*. 2009, 22(3): 281–286.



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Avaliação da saúde bucal entre adictos em recuperação em cidades do estado de São Paulo**", protocolo nº 069/2012, dos pesquisadores Tais Cristina Nascimento Marques, Gláucia Maria Bovi Ambrosano e Karine Laura Cortellazzi, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 06/11/2012.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Evaluation of oral health among recovering addicts in cities of São Paulo**", register number 069/2012, of Tais Cristina Nascimento Marques, Gláucia Maria Bovi Ambrosano and Karine Laura Cortellazzi, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 11/06/2012.


Profa. Dra. Livia Maria Andaló Tenuta
Secretária
CEP/FOP/UNICAMP


Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

ANEXO II

OHIP14

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura (esta pergunta é repetida a cada item):

1. Você teve problemas para falar alguma palavra?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
4. Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
5. Você ficou preocupado?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
6. Você se sentiu estressado?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
7. Sua alimentação ficou prejudicada?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
8. Você teve que parar suas refeições?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
9. Você encontrou dificuldades para relaxar?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
10. Você se sentiu envergonhado?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
11. Você ficou irritado com outras pessoas?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
12. Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
13. Você sentiu que a vida, em geral ficou pior?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre

ANEXO III

Nome: _____

AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL)

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim ruim nem ruim nem boa boa Muito boa

2 - Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito Nem insatisfeito satisfeito Muito satisfeito

1=Nada, 2=Muito pouco, 3=Mais ou menos, 4=Bastante, 5=Extremamente

___3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

___4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

___5. O quanto você aproveita a vida?

___6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

___7. O quanto você consegue se concentrar?

___8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

___9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

1=Nada, 2=Muito pouco, 3=Mé dio, 4=Muito, 5=Completamente

___10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

___11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

___12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

___13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

___14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

1=Muito ruim, 2=Ruim, 3=Nem ruim, 4=Bom, 5=Muito bom Nem bom

___15. Quão bem você é capaz de se locomover?

1=Muito insatisfeito, 2=Insatisfeito, 3=Nem satisfeito Nem insatisfeito, 4=Satisfeito, 5=Muito satisfeito

___16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

___17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

___18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

___19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

___20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

___21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

___22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

___23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

___24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

___25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

1=Nunca, 2=Algumas vezes, 3=Frequentemente, 4=Muito frequentemente, 5=Sempre

___26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

ANEXO IV

Nome: _____

Auto - Percepção

1. Você acha que a sua higiene bucal é ?

boa regular ruim

2. Quantas vezes você escova os seus dentes ?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?

1 vez ao dia 2 vezes ao dia 3 vezes por semana

1 vez por semana ou menos não

4. Qual o tipo de cerdas da sua escova ?

macia média dura

5. Você usa fio dental ?

não sim, diariamente 3 vezes por semana

1 vez por semana

6. Quando foi última visita ao CD para tratamento?

nunca há menos de um ano há 1 ano há mais de um ano

não sei

7. Você procura por um dentista, quando ?

para fazer um check-up só quando tenho dor

não tenho padrão regular, mas sempre que preciso

8- De modo geral, você diria que sua saúde oral é:

Ruim

regular

Boa

Muito boa

Excelente

9- Você já experimentou dor de dente no mês passado?

Sim Não

ANEXO V

QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO Meneghim et al., 2007

NOME _____

1. SITUAÇÃO ECONÔMICA DA FAMÍLIA (Renda Familiar mensal)

- A. () Até R\$ 560,00
- B. () De R\$ 560,00 a R\$ 1120,00
- C. () De R\$ 1120,00 a R\$ 1680,00
- D. () De R\$ 1680,00 a R\$ 2800,00
- E. () De R\$ 2800,00 a R\$ 4200,00
- F. () De R\$ 4200,00 a R\$ 5600,00
- G. () Acima de R\$ 5600,00

2. NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA

- A. () Até 2 Pessoas
- B. () 3 Pessoas
- C. () 4 Pessoas
- D. () 5 Pessoas
- E. () 6 Pessoas
- F. () Acima de 6 Pessoas

3. GRAU DE INSTRUÇÃO DO PAI OU RESPONSÁVEL

- | | PAI | MÃE |
|----|-----|--|
| A. | () | () Não alfabetizado |
| B. | () | () Alfabetizado |
| C. | () | () 1ª e 4ª série incompleta (antigo primário) |
| D. | () | () 1ª e 4ª série completa (antigo primário) |
| E. | () | () 5ª e 8ª série incompleta (antigo ginásial) |
| F. | () | () 5ª e 8ª série completa (antigo ginásial) |
| G. | () | () 2º grau incompleto (antigo colegial) |
| H. | () | () 2º grau completo (antigo colegial) |
| I. | () | () Superior incompleto |
| J. | () | () Superior completo |

4. HABITAÇÃO (Moradia)

- A. () Residência própria quitada
- B. () Residência própria com financiamento a pagar
- C. () Residência cedida pelos pais ou parentes
- D. () Residência cedida em troca de trabalho
- E. () Residência alugada
- F. () residência cedida por não ter onde morar

5. PROFISSÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA (Mencionar mesmo que desempregado)

- A. () Empresário de grande porte
- B. () Profissional Liberal e Empresário de médio porte
- C. () Funcionário em ocupações de nível superior
- D. () Empresário de pequeno porte
- E. () Funcionário em ocupações de nível médio
- F. () Profissional autônomo (Vendedor, Corretor e outros)
- G. () Funcionário em ocupações de nível intermediário
- H. () Profissional autônomo operacional (Marceneiro, Pedreiro e outros)
- I. () Funcionário em ocupações auxiliares (Ajudantes, trabalhador rural)
- J. () Ambulante, Safrista, Trabalho eventual (Bicos)

Verifique se você respondeu a todas as questões!

Muito obrigado por ter preenchido todo o questionário!

ANEXO VI

Nome: _____ Registro _____
 Entrevistador: _____ DATA: / / _____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc.)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MEIA LHEINTE	SEMPRE LHEINTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, floc, pinga uísque, vodca, vermouth, caninha, rum, tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, famba, diamba, bina, fuminho, fumo, mate, bequicho, pango, manga-rosa, massa, hash, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, oximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rabitos, bifetamina, moderina, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, comativo, verniz, tinnar, cloroformio, toluano, gasolina, ôter, lança perfume, cheirinho de lolô)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, poitota, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, oxicodona, metadona)
- j. outras - especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc.)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MEIA LHEINTE	SEMPRE LHEINTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MEIA LHEINTE	SEMPRE LHEINTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 ou 2 vezes	MEIA-LUVA	SEMPRE	DESEMPENHOU SE TODAS AS VEZES
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

• FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	5	3
b. bebidas alcoólicas	0	5	3
c. maconha	0	5	3
d. cocaína, crack	0	5	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	3
f. inalantes	0	5	3
g. hipnóticos/sedativos	0	5	3
h. alucinógenos	0	5	3
i. opióides	0	5	3
j. outras, especificar	0	5	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) e não conseguiu?

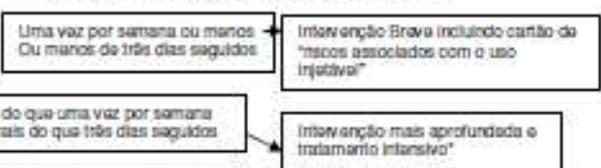
	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	5	3
b. bebidas alcoólicas	0	5	3
c. maconha	0	5	3
d. cocaína, crack	0	5	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	3
f. inalantes	0	5	3
g. hipnóticos/sedativos	0	5	3
h. alucinógenos	0	5	3
i. opióides	0	5	3
j. outras, especificar	0	5	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso Injetável



PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Risco de Intervenção Brava	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-25	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.
 Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
 Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
 Nota que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a.

ANEXO VII



Solicitamos que leia atentamente este termo cujos objetivos são esclarecê-lo com relação à pesquisa que será desenvolvida e obter sua autorização para participação.

Convidamos você a participar da nossa pesquisa: “Avaliação da saúde bucal entre adictos em recuperação em cidades do Estado de São Paulo”. As informações contidas neste termo foram fornecidas pelas, Prof. Dra. Glaucia Maria Bovi Ambrosano e Tais Cristina Nascimento Marques, aluna de pós-graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, para convidar e firmar acordo com o objetivo de firmar acordo por escrito, mediante o qual o voluntário, objeto da pesquisa, autoriza sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos aos quais se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação, podendo desistir quando quiser.

Pesquisadores responsáveis:

A qualquer tempo (antes e durante a pesquisa), se você desejar mais informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para:

Tais Cristina Nascimento Marques Telefone: (19) 2106-5209
Endereço: Av. Limeira, 901, Piracicaba-SP
RG: 46220179-x/ CPF: 38670239809
E-mail: tais.odontologia@hotmail.com

Prof. Dra. Gláucia Maria Bovi Ambrosano Telefone: (19) 2106-5209 (falar com secretária Eliana)
End: Av. Limeira, 901, Piracicaba-SP
E-mail: glaucia@fop.unicamp.br

Justificativa – O cirurgião-dentista, além de aliviar a dor, pode contribuir para a reabilitação psicossocial dos pacientes dependentes de drogas, auxiliando no desenvolvimento da autoestima e ampliando a interação social, já que a recuperação implica no resgate do ser humano em todos os aspectos, eliminando o significado psicológico das drogas para o indivíduo. Portanto se faz necessário mais estudos que abranjam este tema devido à escassez e ainda tabu devem quebrados por parte dos profissionais de saúde que podem e devem ajudar na prevenção, no auxílio para abandono do vício e ainda para melhor qualidade de vida por parte dos dependes

químicos. Pretende-se, portanto avaliar a associação entre as condições de saúde bucal com fatores socioeconômicos, autopercepção e qualidade de vida em dependentes químicos de CAPS-AD na região de Piracicaba.

Objetivo - avaliar a associação entre as condições de saúde bucal com fatores socioeconômicos, autopercepção e qualidade de vida em usuários de drogas em recuperação de CAPS-AD (Centro de Apoio Psicossocial - Álcool e Drogas).

Procedimentos realizados na pesquisa - Neste estudo o voluntário você será submetido ao exame clínico.

Descrição da pesquisa:

Metodologia

Somente depois que concordar em participar e assinar este documento, você será considerado voluntário. Você não deve se sentir obrigado a assinar nenhum documento e pode pedir todos os esclarecimentos que achar necessário. Você responderá, em seguida, a um questionário com questões socioeconômicas, comportamentais, demográficas e psicossociais, sendo tudo será mantido as informações em sigilo.

Para participar da pesquisa, você responderá 3 questionários simples com questões sobre situação socioeconômica, qualidade de vida e auto-percepção que serão captadas por meio dos seguintes instrumentos: OHIP-14 (Oral Health Impact Profile), WHOQOL e questionário socioeconômico de Meneghim et al, (2007). As respostas ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora principal e você terá garantia de sigilo em relação às respostas emitidas.

Você passará por um exame de sua boca. Você será avaliado quanto à cárie, doença da gengiva e presença ou não de lesões de tecidos moles. Esse exame será também mantido em segredo e guardado com a pesquisadora responsável. Caso seja necessário, você receberá encaminhamento para tratamento para a Unidade de Saúde a qual pertence.

V. Desconfortos e Riscos – Você passará por um exame de seus dentes e sua gengiva, realizado em local separado e utilizando materiais esterilizados. O instrumental apresenta ponta arredondada para não causar nenhum tipo de dano ou machucado. Este exame será realizado em sala separada, evitando qualquer tipo de constrangimento por parte dos voluntários. Não há previsão de riscos aos participantes desta pesquisa.

VI. Benefícios esperados – Como benefício, o paciente receberá, através da pesquisa, avaliação de cárie, doenças da gengiva e lesões bucais, possibilitando o diagnóstico precoce de possíveis problemas existentes. O voluntário que estiver com algum problema receberá encaminhamento para tratamento. Além disso, você estará contribuindo com uma pesquisa científica que visa melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade.

VII. Métodos alternativos - Não há métodos alternativos para se obter as informações necessárias.

VIII. Forma de acompanhamento e assistência – Os pesquisadores envolvidos na pesquisa estarão à disposição dos voluntários para esclarecer as dúvidas relativas à realização da pesquisa e para o acompanhamento devido.

IX. Garantia de esclarecimentos - O voluntário tem garantia de que receberá resposta ou esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa ainda que isso possa afetar a vontade do indivíduo em continuar participando. Qualquer dúvida ou problema, por favor, comunicarnos com a maior brevidade possível pelos telefones: 19 21065278 (Secretaria do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba) ou pelo endereço: Av. Limeira, 901 – CEP 13414-903 – Piracicaba-SP (FOP-UNICAMP).

X. Possibilidade de inclusão em grupo Controle - Esta pesquisa não inclui essa possibilidade, uma vez que não possui grupo controle.

XI. Liberdade para se recusar em participar da pesquisa - A decisão de fazer parte desta pesquisa é voluntária. O indivíduo pode escolher se quer ou não participar, assim como poderá desistir de participar a qualquer momento, sem penalidades ou perda dos benefícios aos quais, de outra forma, tenha direito.

XII. Garantia de sigilo - Os pesquisadores asseguram a privacidade do voluntário quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os resultados deste estudo poderão ser apresentados em congressos ou publicados em revista científica, porém a identidade do voluntário não será divulgada.

XIII. Formas de ressarcimento - Não há gasto previsto em decorrência da participação do voluntário na pesquisa.

XIV - Formas de indenização – Não há previsão de indenização, pois não há danos previsíveis decorrentes do estudo.

XV. Consentimento livre e esclarecido

Declaro que, tendo lido as informações contidas neste **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** e suficientemente esclarecido (a) de todos os itens pelo *Prof. Dra. Glaucia Maria Bovi Ambrosano e pela aluna Tais Cristina Nascimento Marques*, estou plenamente de acordo com a realização da pesquisa. Também declaro estar ciente de poder desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem quaisquer penalidades. Assim, autorizo a participação na pesquisa “**Avaliação da saúde bucal entre adictos em recuperação em cidades do Estado de São Paulo**” e concordo plenamente com a utilização de todos os registros obtidos para fins de ensino e pesquisa, além da publicação em revistas científicas e/ou apresentação em congressos. Por ser verdade, firmo o presente.

Voluntário: _____

Responsável: _____

R.G.: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Piracicaba, _____ de _____ 200____.

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Primeira via pesquisador e segunda via para o voluntário.

Pesquisador Tais Cristina Nascimento Marques

Assinatura: _____

ATENÇÃO: A SUA PARTICIPAÇÃO EM QUALQUER TIPO DE PESQUISA É VOLUNTÁRIA. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos como voluntário de pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP: Av Limeira 901, FOP-Unicamp, CEP 13414-903, Piracicaba – SP. Fone/Fax 19-21065349, email cep@fop.unicamp.br e webpage www.fop.unicamp.br/cep