

TAIS CRISTINA NASCIMENTO MARQUES

**CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAL E BUCAL E FATORES DE RISCO
EM DROGADITOS:
revisão da literatura**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde Coletiva e da família.

Piracicaba
2013

TAIS CRISTINA NASCIMENTO MARQUES

**CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAL E BUCAL E FATORES DE RISCO
EM DROGADITOS:
revisão da literatura**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde Coletiva e da família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Karine Laura Cortellazzi

Piracicaba
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
JOSIDELMA F COSTA DE SOUZA – CRB8/5894 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

Marques, Tais Cristina Nascimento, 1990-

M348c Condições de saúde geral e bucal e fatores de risco em
 drogaditos: revisão da literatura / Tais Cristina Nascimento
 Marques. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Karine Laura Cortellazzi.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) –
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde bucal. 2. Usuários de drogas. 3. Grupos de risco.
I. Cortellazzi, Karine Laura II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

DEDICATÓRIA

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

Sumário

RESUMO	4
ABSTRACT	5
2 REVISÃO DA LITERATURA	8
2.1 Condições de saúde geral e bucal.....	8
2.2 Fatores de riscos	9
2.2.1 Fatores de riscos individuais e comportamentais	10
2.3 Políticas públicas.....	11
3 DISCUSSÃO	13
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
5 REFERÊNCIAS	16

RESUMO

Essa revisão da literatura teve como objetivo descrever as condições de saúde geral e bucal mais prevalente em dependentes químicos e os fatores de risco relacionados. A utilização de drogas é uma manifestação bastante antiga na história da humanidade. As drogas psicoativas podem ser classificadas como lícita: álcool e cigarro, ou ilícitas: maconha, anfetaminas, cocaína e opióides. Os danos à saúde devido a drogas são relevantes para a odontologia. Os usuários de drogas têm condições de saúde mais vulneráveis. Em relação às condições de saúde geral as mais prevalentes são: doenças crônicas, doenças cardiovasculares, cirrose, HIV, doenças mentais e hepatite B e C. E dentre as condições de saúde bucal observamos o índice CPO-D elevado, doença periodontal, perda dentária, bruxismo, halitose e estomatites. Os fatores de riscos individuais e comportamentais dos usuários de drogas devem ser levados em consideração no desenvolvimento de políticas públicas. A abordagem aos usuários de drogas deve ter um enfoque multidisciplinar, uma vez que envolve uma interação de fatores biopsicossocial. O que mostra a necessidade de políticas públicas que alcancem esse grupo de indivíduos. Dessa forma, começa-se a ser considerado na reabilitação o contexto social em que o indivíduo está inserido para a compreensão da vulnerabilidade social.

Palavras chaves: Saúde bucal, Usuários de drogas, Grupos de risco.

ABSTRACT

This literature review aims to describe the conditions of general and oral health more prevalent in drug addicts and the related risk factors. The use of drugs is a manifestation quite old in the history of humanity. Psychoactive drugs can be classified as licit: alcohol and tobacco, or illicit drugs: marijuana, amphetamines, cocaine and opioids. The health risk due to drugs are relevant to dentistry. Drug users are more vulnerable health conditions. In relation to general health conditions were the most prevalent are: chronic diseases, cardiovascular diseases, cirrhosis, HIV, mentally ill and hepatitis B and C. And among the oral health status observed the high DMFT index, periodontal disease, tooth loss, bruxism, halitosis, and stomatitis. Risk factors and individual behavioral drug users should be taken into account in public policy development. The approach to drug users should have a multidisciplinary focus, since it involves interaction of biopsychosocial factors. This shows the need for public policies to reach this group of individuals. That way, begins to be considered in the rehabilitation social context in which an individual is inserted into the understanding of social vulnerability.

Key word: Oral health, Risk Groups , Drug users.

1 INTRODUÇÃO

A utilização de drogas é uma manifestação bastante antiga na história da humanidade. Este termo significa, “qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afeta sua estrutura ou função” (OMS, 2000).

As drogas psicoativas podem ser classificadas como lícita: álcool e cigarro, ou ilícitas: maconha, anfetaminas, cocaína e opióides (OMS, 2000; Gupta *et al.*, 2012).

Droga ilícita de acordo com o Glossário do SENAD (SENAD) é uma substância psicoativa em que a produção, venda ou uso são proibidos. No que diz respeito drogas lícitas sabe-se que estas causam problemas públicos como mortes acidentes e que através delas muitos encontram o caminho das drogas ilícitas (Babor *et al.*, 2010; Madruga *et al.*, 2012).

O uso excessivo de álcool e outras drogas trazem graves consequências para a saúde pública uma vez que estes causam prejuízos irreparáveis na saúde e refletem na vida social, econômica e cultural dos dependentes químicos e seus familiares (Ministério da Saúde, 2004; Costa, 2011). Assim o aumento do consumo e dos problemas relacionados ao uso do crack constitui um grande desafio para políticas públicas no Brasil (Brasil, 2010; Bastos, 2012).

Muitos estudos têm registrado associações entre o uso de drogas ilícitas com vários danos saúde, mas a determinação se essas associações são causais é uma limitação. Uma vez que para se realizar uma inferência causal é necessário documentar uma associação entre o uso de drogas e o resultado adverso, e verificar se este precedeu o resultado, ainda seria necessário excluir explicações alternativas da associação, tais como causalidade reversa e variáveis de confusão. Estudos de coorte sobre problemas com anfetaminas, cocaína, e os usuários de heroína sugerem que estas drogas aumentam o risco de morte prematura, morbidade, incapacidade. Assim de acordo com principais causas de aumento da mortalidade o uso de drogas é um ponto plausível para esse aumento (Babor *et al.*, 2010; Degenhardt & Hall, 2012).

Para uma melhor compreensão do processo saúde-doença que envolve fatores biológicos (biofilme, dieta, saliva), como também fatores denominados de modificadores ou moduladores (renda, educação, fatores comportamentais, conhecimento, escolaridade, atitudes e outros), conhecidos atualmente como determinantes sociais da saúde na medida em que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Estes fatores 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; Martello *et al.*, 2012).

Sendo assim, o Cirurgião-Dentista deve além de conhecer e saber tratar deve entender a saúde bucal do dependente químico em seu contexto biopsicossocial. Dessa forma poderá contribuir com uma reabilitação psicossocial dos pacientes dependentes de drogas, auxiliando no desenvolvimento da auto-estima 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 (Hipolito & Martins, 2010; Machado *et al*, 2010; Costa, 2011).

Diante do exposto, a presente revisão tem como objetivo descrever as condições de saúde geral e bucal mais prevalente em dependentes químicos e os fatores de risco relacionados.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Condições de saúde geral e bucal

Degenhardt & Hall, (2012) discutem resultados de revisões sistemáticas que abordam prevalência do uso ilícito de drogas e dependência, a remissão da dependência mortalidade em usuários de drogas ilícitas e evidências sobre os efeitos agudos e crônicos do uso de drogas ilícitas. Assim foi possível dividir os efeitos à saúde em quatro grandes grupos: efeitos tóxicos agudos como overdose e as consequências da intoxicação, tais como lesões acidentais e violência; o desenvolvimento de dependência, efeitos adversos à saúde com doenças crônicas, como por exemplo, cardiovasculares e cirrose, doenças transmitidas pelo sangue como HIV e Hepatite B e C, além de doenças mentais. A maioria dos dependentes químicos usa mais de um tipo de droga e, portanto, os efeitos agudos do uso de drogas em longo prazo podem ser ainda maiores do que para os que utilizam apenas um tipo de droga.

Estudos têm registrado associações entre o uso de drogas ilícitas com vários danos saúde, mas para se realizar uma inferência causal é necessário documentar uma associação entre o uso de drogas e o resultado adverso, e verificar se este precedeu o resultado, excluindo explicações alternativas da associação, tais como causalidade e variáveis de confusão. Estudos de coorte sobre problemas com anfetaminas, cocaína, e os usuários de heroína sugerem que estas drogas aumentam o risco de morte prematura, morbidade e incapacidade (English, 1995; Degenhardt *et al.*, 2006; Babor *et al.*, 2010; Degenhardt & Hall, 2012).

Assim as complicações médicas decorrentes da dependência de drogas são relevantes para a Odontologia e incluem hepatite viral, infecção por vírus da imunodeficiência (HIV), endocardite e complicações relacionadas a anestesia (Rooban *et al.*, 2008; Maloney, 2010; D'Amore *et al.*, 2011).

Além disso, as drogas são fatores de risco para as doenças bucais. Por diversos motivos o usuário de droga tem maior risco de ter a saúde bucal comprometida sendo eles 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 (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, uma variedade de condições orais patológicas, podem ser encontradas em usuários de drogas (Baus *et al.*, 2002; Costa *et al.*, 2011).

A saúde bucal deficiente é um problema comum entre os indivíduos dependentes químicos (Reece, 2009). O abuso de drogas prejudica os tecidos orais moles e duros, podendo

levar a lesões com potencial de malignização devido a baixa imunidade, o que predispõe a infecções orais como a candidíase (Rees, 1992; Porter & Scully, 2000; Rooban, 2008).

Além disso, segundo alguns autores, os dependentes de drogas não se preocupam com a higiene pessoal, e conseqüentemente não cuidam da 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; Barbadoro *et al.*, 2008; Morio *et al.*, 2008; D'Amore *et al.*, 2011).

Sendo assim, as drogas podem afetar diretamente a saúde bucal e os principais achados em pacientes usuários de drogas são: xerostomia, CPOD 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). 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 Fatores de riscos

Determinantes sociais em saúde referem-se ao saneamento básico, acesso à água fluoretada, o acesso aos serviços de saúde e educação, a organização destes serviços, ao poder aquisitivo, ao tipo de moradia, as políticas públicas. A compreensão do processo saúde-doença envolve fatores biológicos (biofilme, dieta, saliva), como também fatores denominados de modificadores ou moduladores (renda, educação, fatores comportamentais, conhecimento, escolaridade, atitudes e outros), conhecidos atualmente como determinantes sociais da saúde na medida em que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Estes fatores 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, Martello *et al.*, 2012; Daniel *et al.*, 2009; Pereira *et al.*, 2012).

Deste modo ao identificar os fatores de risco das doenças, indivíduos ou grupos populacionais podem beneficiar-se de medidas preventivas efetivas, que contribuirão para a melhoria da qualidade de vida da população, reduzindo também os gastos com procedimentos mais complexos (Tagliaferro *et al.*, 2009).

2.2.1 Fatores de riscos individuais e comportamentais

De acordo com Hall & Degenhardt, (2007) os fatores de risco podem ser divididos em fatores sociais e contextuais, fatores familiares, fatores individuais.

Dessa forma, os fatores de risco individuais para usuários de drogas incluem ser do sexo masculino, personalidade, curiosidade, comportamento de rebeldia e distúrbios na infância, mau desempenho escolar, pouco compromisso com a educação, abandono escolar precoce. Outro forte fator de risco preceptor para uso de álcool e outras drogas é ser anti-social ou ter colegas que usam drogas na adolescência, e opera independentemente de fatores de risco individuais e familiares. (Degenhardt et al., 2010; Babor *et al.*, 2010; Degenhardt & Hall, 2012; Marcon, 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 familiar, são impulsivos, têm mau desempenho na escola, e têm colegas delinquentes. Jovens com muitos desses fatores de risco começam usar álcool, tabaco e drogas ilícitas precocemente, e muitas vezes desenvolvem problema com o uso de drogas (Maddahian, 1988; Degenhardt, 2010).

Degenhardt *et al.* (2008) realizou um estudo sobre fatores de risco que influenciam a dependência de drogas em 17 países este estudo mostrou que algumas variáveis como: o início precoce nas drogas, associação de drogas ilícitas, e desenvolvimento de externalização como desvio de conduta e internalização como depressão e distúrbios antes da idade de 15 anos, permite prever o processo de dependência de drogas ilícitas. Ainda achados de estudos de coorte em países desenvolvidos, têm registrado que o uso de drogas 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).

Assim, os principais fatores sociais e contextuais que aumentam a probabilidade do uso são a disponibilidade de drogas, uso de tabaco e álcool em idade precoce e as normas sociais de tolerância para o uso de álcool e outras drogas. O nível socioeconômico também está relacionado com o uso de drogas, uma vez que pessoas mais desfavorecidas socioeconomicamente são mais propensas a usar drogas ilícitas. 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 e se entre os familiares há usuários de drogas aumentam o risco de iniciar precocemente o uso (Cohen, 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 podem facilitar ou impedir o uso (Degenhardt & Hall, 2012).

2.3 Políticas públicas

O abuso de substâncias psicoativas causa prejuízos bilionários para o país, pois inclui gastos com saúde, crime e ainda perda de produtividade (Moraes, 2008). Entretanto o real impacto da drogadição na saúde pública não se limita a cifras, pois trazem consequências negativas que incluem danos irreparáveis a saúde, problemas psicológicos, violência doméstica, abuso infantil, a desintegração familiar além do alto risco de contrair doenças infecciosas como HIV, Hepatite B e C (Ministério da Saúde, 2004; Costa *et al.*, 2011; Gupta *et al.*, 2012).

As políticas públicas no Brasil tiveram várias mudanças na estratégia de campanhas preventivas que eram esporádicas e com ações pontuais no combate ao tráfico, para um posicionamento mais efetivo. Uma vez que o consumo de drogas e principalmente do crack tem aumentado no Brasil, mais acentuadamente entre crianças, adolescentes e adultos que vivem nas ruas (Moraes, 2008; Andrade, 2011).

Assim em 1998 foi criada a Secretaria Nacional Anti Drogas – SENAD que coordena o nível estratégico de atividades de restrição da oferta de substâncias que causam dependência física ou psíquica, e de redução de demanda, entendida como prevenção ao uso indevido, além de aspectos da recuperação de dependentes (Brasil, 2009)

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 (Brasil, 2011).

Seguindo essa linha de raciocínio outras políticas estão sendo implantados como capacitação da rede através de cursos a distancia. O PEAD (Plano Emergencial de Ampliação

do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas) foi lançado pelo governo Federal em 2009, seguido pelo “O Plano Crack” em 2010 ambos com ações voltadas para a prevenção, tratamento e reinserção social e fazem parte desse plano ações como: casa de acolhimento, CAPS-AD 24 horas, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), ERD (Escolas de Redutores de Danos do SUS). Dessa forma a equipe de atenção ao usuário de álcool e outras drogas é composta basicamente por CAPS, CAPS-AD, Consultórios de Rua, Casas de acolhimento e Redução de danos. Sendo os CAPS instrumentos centrais na proposta de reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. (Souza, 2010; Vinha, 2011, Andrade, 2011; Brasil, 2011).

Dessa forma, começa-se a ser considerado na reabilitação o contexto social em que o indivíduo está inserido para a compreensão da vulnerabilidade social. Assim no planejamento de políticas públicas para álcool e outras drogas é exercido o princípio da equidade (Souza, 2010).

3 DISCUSSÃO

O consumo de drogas de acordo com a United Nations Office on Drug and Crime (UNODC, 2011) o número de dependentes químicos era aproximadamente 272 milhões, ou seja, 3,3%, na população mundial. (Bullock, 1999; Moraes, 2008; Rooban *et al.*, 2008; UNODC, 2011; Gupta *et al.*, 2012).

A Organização Mundial de Saúde relatou que além de estarem aumentando o número de jovens em países em desenvolvimento que recorrem a substâncias lícitas e ilícitas para lazer e emoção, os problemas associados ao uso de drogas ilegais também estão em ascensão (OMS, 2002). No Brasil o uso de substâncias psicotrópicas ilegais entre adolescentes também se tornou um grande problema social e de saúde no (Madruga *et al.*, 2012). Estratégias de redução de danos estão gradualmente se tornando mais disponível no país, contudo o controle mal aplicado de tráfico de drogas e pronta disponibilidade estão fazendo o uso de substâncias ilegais, uma grande preocupação na maioria das áreas urbanas (UNODC, 2008).

O abuso de drogas e o vício que elas acarretam têm consequências negativas tanto para os usuários quanto para a sociedade. Os gastos feitos pelos países frente ao abuso dessas substâncias, incluindo os custos relacionados com perda de produtividade, saúde e crimes são bilionários. Apesar de enorme, cifras não ilustram o real impacto da drogadição na saúde pública que inclui a desintegração familiar, o desemprego, o fracasso na escola, a violência doméstica e o abuso infantil (Maloney, 2010).

No estudo desenvolvido por Degenhardt & Hall (2012) foi feito uma análise de revisões sistemáticas e foram observadas as doenças atribuíveis a carga global de doenças a drogas. Os resultados mostram que os efeitos adversos à saúde mais prevalentes são: overdose, e suas consequências, doenças crônicas, como por exemplo, cardiovasculares e cirrose, doenças sexualmente transmitidas como hepatite B e C, e doenças mentais. Hall & Degenhardt (2009) fez associações dos efeitos adversos a saúde pelo uso de cannabis e os efeitos adversos são os mesmos encontrados em outras drogas, mas com um agravante, geralmente quem é usuário de cannabis associa o uso com outras drogas e potencializa os danos a saúde. Esses achados vem de encontro com os achado de Duaibili (2008), realizado no Brasil. Assim é possível afirmar que os efeitos das drogas são prejudiciais a saúde (Nappo, 2004; Duailibi, 2008).

Assim para a saúde bucal há um consenso na literatura sobre os principais achados são: xerostomia, CPOD 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; Cho *et al.*, 2005; Morio *et al.*, 2008; Versteeg *et al.*, 2008; Hamamoto & Rhodus, 2009; D'Amore *et al.*, 2011). Ainda D'Amore *et al.* (2011) 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.

Entretanto, políticas públicas de saúde bucal que direcionadas a esse público é pouco discutida na literatura (Ribeiro, 2002; Robbins, 2010). Sabe-se que o cirurgião-dentista pode auxiliar na recuperação destes indivíduos, ajudando-os na formação de sua autoestima (Moraes, 2008; Vetorazzi, 2012). Dessa forma, políticas públicas que abranjam essa questão ainda não são amplamente discutidas. Uma vez que a necessidade por parte dos usuários de drogas é grande.

Cohen *et al.*, (1994) em seu estudo mostra evidências de que os familiares são importantes precursores no comportamento do adolescente o que implica em vulnerabilidade à pressão de colegas e consequentemente o uso de substâncias psicotrópicas. No estudo desenvolvido por Simkiss *et al.*, (2013) em que foi avaliado a influencia da qualidade da relação entre pais e filhos e mostrou a importancia de um bom relacionamento familiar, o que corrobora com Cohen *et al.* (1994). Foi realizada uma revisão sistemática da literatura por Visser *et al.*, (2012) que excluiu a relação entre pais e filhos como fator de risco para o uso de álcool.

Descrever as condições bucais e gerais mais prevalentes já é um conceito firmado na literatura, como descrito anteriormente, mas relacionar essas condições com o contexto social do individuo configura outro olhar para ações preventivas, tratamento para a recuperação do usuário de álcool e outras drogas.

Dessa forma, conhecer os fatores de riscos envolvidos auxiliará em um maior aprofundamento dos cirurgiões dentistas e profissionais da saúde nas ciências ligadas ao comportamento humano a fim de melhor contemplar eventuais associações entre esse, a dependência química e a saúde bucal e geral. Assim, pode-se auxiliar no redirecionando o planejamento em saúde para atingir tais diretrizes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os usuários de drogas têm condições de saúde mais vulneráveis. Em relação às condições de saúde geral as mais prevalentes são: doenças crônicas, doenças cardiovasculares, cirrose, HIV, doenças mentais e hepatite B e C. E dentre as condições de saúde bucal observamos o índice CPO-D elevado, doença periodontal, perda dentária, bruxismo, halitose e estomatites. Os fatores de riscos individuais e comportamentais dos usuários de drogas devem ser levados em consideração no desenvolvimento de políticas públicas. A abordagem aos usuários de drogas deve ter um enfoque multidisciplinar, uma vez que envolve uma interação de fatores biopsicossocial. O que mostra a necessidade de políticas públicas que alcancem esse grupo de indivíduos.

5 REFERÊNCIAS

1. Andrade TM. Refleções sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4665-4674, 2011.
2. Babor TF, Caulkins J, Edwards G et al. Drugs and Public Policy Group (2010), Drug Policy and the Public Good: a summary of the book. *Addiction*, 105: 1137–1145.
3. 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 Alcohol*. 2008 ;43(3):347-50.
4. Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(1):40-6.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial da União* 2009; 05 jun.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Consolidação do Modelo de Atenção Intersetorialidade Drogas & Vulnerabilidade, Formação e Produção de Conhecimento para Saúde Mental Pública. Relatório de Gestão 2007 - 2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde (MS); 2011.
7. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. ***Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências***. *Diário Oficial da União* 2010; 21 maio.
8. Brasil.Ministério da Saúde (MS). ***Saúde Mental CAPS***. [acessado 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1.
9. Bullock K. Dental care of patients with substance abuse. *Dent Clin North Am*. 1999 Jul;43(3):513-26.
10. Cho CM, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. *Aust Dent J*. 2005;50(2):70-4.
11. Cohen DA, J Richardson, L LaBree Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: a longitudinal study *Pediatrics*, 94 (1994), pp. 368–375
12. Costa PSK, Godoy PG, Gomes DQ, Pereira JV, Lins RD. Fatores Sociodemográficos e Condições de Saúde Bucal em Droga-Dependentes. Pesquisa ***Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada***. 2011;11(1):99-104.

13. 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 Sep;41(2):179-85.
14. Daniel JZ, M Hickman, J Macleod et al. Is socioeconomic status in early life associated with drug use? A systematic review of the evidence. *Drug Alcohol Rev*, 28 (2009), 142–153
15. 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.
16. Degenhardt L, L Dierker, W Chiu 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*, 108 (2010),. 84–97.
17. Degenhardt L, WT Chiu, N Sampson et al. Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis and Cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med.*, 5 (2008), 141.
18. Degenhardt L., Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*. 2012;7 (379).
19. Duailibi L B, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2008.
20. English D, Holman C, Milne E, et al. The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia, 1995.
21. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res*. 2004; 38: 182-91.
22. 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.
23. 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.
24. Hall W, L & Degenhardt. Prevalence and correlates of cannabis use in developed and developing countries (invited review) *Curr Opin Psychiatry*, 20 (2007), 393–397
25. Hall W, Lynskey M. Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. 24 (2005), 39–48.
26. Hall W. & Degenhardt L, Adverse health effects of non-medical cannabis use, *The Lancet*, 2009: 17–23 (374), 1383-1391.

27. Hamamoto DT, Rhodus NL. Methamphetamine abuse and dentistry. **Oral Dis.** 2009;15(1):27-37.
28. Hipolito RA, Martins CR. [Prevalence of oral mucosal alterations in Brazilian adolescents held in two juvenile re-education centers]. *Cien Saude Colet.* 2010 Oct;15 Suppl 2:3233-42.
29. Horst ter 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. Machado DB, Abreu MHNG, Vargas AMD. Situação de saúde bucal de adolescentes internados em unidades socioeducativas de Belo Horizonte. **Arquivos em Odontologia** 2010;46(3):160-7.
34. Maddahian E, MD Newcomb, PM Bentler. Adolescent drug use and intention to use drugs: concurrent and longitudinal analyses of four ethnic groups. **Addict Behav,** 1988; 13, pp. 191–195.
35. Madruga C S; Laranjeira R; Caetano R; Pinsky I; ZaleskiM, Ferri C P. / Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil — A national survey. **Addictive Behaviors.** 37 (2012) 1171–1175.
36. Maloney WJ. Significance of cannabis use to dental practice. **Today's FDA.** 2012;24(1):40-1, 3-5, 7.
37. Marcon SR, Rubira EA, Espinosa MM, Barbosa DA.Rev. Latino-Am. **Enfermagem** 20(1): 2012.
38. Martello RP, Junqueira TP, Leite ICG. Cárie dentária e fatores associados em crianças com três anos de idade cadastradas em Unidades de Saúde da Família do Município de Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. **Epidemiol Serv Saúde.** 2012; 21(1): 99-108.
39. 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.
40. Mesquita F, Kral A, Reingold A, Bueno R, Trigueiros D, Araujo PJ *et al.*. Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use. **J Acquir Immune Defic Syndr** 2001; 28(3): 298-302.

41. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2004.
42. 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.
43. 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.
44. Nappo AS, Sanchez ZM, Oliveira LG, Santos AS, Coradete Júnior J, Pacca JCB *et al*. Comportamento de Risco de Mulheres Usuárias de Crack em relação às DST/AIDS. São Paulo: **CEBRID**; 2004.
45. Noto AR, Galduróz JF. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. . **Ciênc saúde coletiva** 1999;4(1):145-54.
46. OMS. **Organização Mundial da Saúde. Levantamentos básicos em saúde** 4 ed. São Paulo: Santos 1999. p. 66.
47. Pedreira RHS, Remencius L, Navarro MFL, Tomita NE. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. **Rev Odontol Univ São Paulo**. 1999;13(4):3959.
48. Pereira, MAT. **Uso de substâncias psicoativas e condições de saúde bucal de adolescentes em conflito com a Lei** [dissertação] Londrina, 2012 Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.
49. Porter SR, Scully C. Adverse drug reactions in the mouth. **Clin Dermatol**. 2000;18(5):525-32.
50. Reece S. Dental health in addiction. **Aust Dent J**. 2009 Jun;54(2):185-6.
51. Rees TD. Oral effects of drug abuse. **Crit Rev Oral Biol Med**. 1992;3(3):163-84.
52. 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.
53. Robinson PG, Acquah S, Gibson B. Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. **Br Dent J**. 2005 Feb 26;198(4):219-24.
54. Rooban T., Anita R., Elizabeth J., Ranganathan K. Dental and oral health status in drug abusers in Chennai India: A cross-sectional study. **Journal of Oral Maxillo Facial Pathology**. 2008;12(1).
55. Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2004.

56. 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 27;191(8):453-7.
57. 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.
58. 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.
59. Sujak SL, Abdul-Kadir R. Oral health profile of a group of malaysian drug addicts. **Ann Dent Univ Malaya**. 1999;6: (4) -7.
60. Tagliaferro, E. P. S.; Pardi, V.; Ambrosano, G M B; Meneghim, M C de; Silva, S; Pereira, A C. Occlusal caries prevention in high and low risk schoolchildren. **A clinical trial**., 04/2011, **American journal of dentistry**, 2011; 24(2): 109-114.
61. UNODC. **World Drug Report United Nations Publication**. 2011:22.
62. 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 v.6(4):315-20.
63. Vinha I. Cenário da assistência em saúde mental/uso de substâncias psicoativas na região de saúde de Piracicaba. **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog** [serial on the Internet]. 2011
64. Visser L, de Winter AF, Reijneveld SA. The parent–child relationship and adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. **BMC Public Health**. 2012 Oct 20; 12:886.