



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Manifestações Orais numa População Toxicodependente em Tratamento em Clínicas de Reabilitação no Norte de Portugal

Estudo Observacional

Andreia Catarina Silva Moreira

Dissertação conducente ao **Grau de Mestre** em **Medicina Dentária (Ciclo Integrado)**

Gandra, maio de 2024

Andreia Catarina Silva Moreira

Dissertação conducente ao **Grau de Mestre** em **Medicina Dentária**
(Ciclo Integrado)

**Manifestações Orais numa População Toxicodependente em
Tratamento em Clínicas de Reabilitação no Norte de Portugal
Estudo Observacional**

Trabalho realizado sob a Orientação da
Professora Doutora Maria dos Prazeres da Silva Gonçalves e
Coorientadora Professora Doutora Marta Mendonça Moutinho Relvas

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, acima identificado, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA EM CONGRESSO NA FORMA DE POSTER



AGRADECIMENTOS

Mais um caminho que está a chegar ao fim. Chegou o momento de recordar e agradecer todos os que contribuíram de alguma forma para que esta jornada fosse possível.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria dos Prazeres Gonçalves, por toda a dedicação, disponibilidade e pela orientação segura e precisa que foi imprescindível para a realização deste trabalho e muito contribuiu para o seu aperfeiçoamento.

À minha coorientadora, Professora Doutora Marta Relvas, pelos seus ensinamentos transmitidos, pela disponibilidade e compreensão durante toda a realização deste trabalho.

A todos os professores e funcionários desta instituição que me acompanharam nesta jornada e me ajudaram e transmitiram conhecimentos e valores.

Ao meu amor, Joel Teixeira, que me apoiou e reconfortou com carinho nos momentos de maior dificuldade, sempre demonstrando incentivo e dedicação.

À minha família, pelo apoio efetivo que me serviu de ancora nos momentos mais difíceis e decisivos do meu percurso académico e pessoal. Sinto-me feliz pelo orgulho que têm em mim e pelo carinho e afeto que sempre demonstraram.

À minha binómia Joana Linhares, por todos os momentos partilhados, pela verdadeira amizade, pelo companheirismo e por toda a ajuda que me deu ao longo destes 5 anos.

Aos meus amigos de faculdade que me trouxeram momentos tão bons e divertidos. Sabem quem são, e eu também o sei. Tenho-vos no coração.

Às instituições SAE, RAN e Clínica Dr. Nuno Santiago que cooperaram connosco neste projeto de investigação permitindo assim a elaboração da mesma. Em especial ao psicólogo Dr. Hugo da clínica RAN por toda a simpatia e amabilidade que teve para connosco.

À Oral B, por se juntarem a nós neste projeto facultando assim pastas dentífricas para os pacientes em estudo.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta tese. Este trabalho é fruto do esforço coletivo de todos vocês.

Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: A toxicodependência, que começa frequentemente na adolescência, é um problema global crescente. A cannabis e a cocaína são as drogas ilícitas mais frequentemente consumidas, conduzindo a problemas significativos de saúde geral e oral, incluindo uma maior prevalência de patologias da cavidade oral.

Objetivo: O principal objetivo deste estudo foi analisar as manifestações orais mais prevalentes e os fatores de risco associados, nos consumidores de substâncias lícitas e ilícitas em clínicas de reabilitação de toxicodependentes no Norte de Portugal.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo observacional transversal que envolveu 100 toxicodependentes. Os inquiridos foram sujeitos a um questionário e a um exame clínico intraoral.

Resultados: A média de idades dos participantes foi de 41,5, maioritariamente do sexo masculino (73%). A maioria dos participantes revelaram elevadas taxas de consumo de álcool (98%), de tabaco (82%) e de substâncias ilícitas (88,6%). Apesar dos hábitos de escovagem diária relatados por alguns participantes (53,8%), foram evidentes práticas de higiene oral inadequadas.

Os resultados revelam uma elevada prevalência de manifestações orais, incluindo periodontite (64%), sensibilidade dentária (49%), lesões de cárie (47%) e bruxismo/DTM (30%).

Discussão: As principais manifestações orais encontradas, associadas ao consumo de substâncias lícitas e ilícitas foram: periodontite, lesões de cárie, sensibilidade dentária, bruxismo/DTM e sangramento gengival, indo de encontro a literatura (Ferreira *et al.*, Mateus-Moreno *et al.*, e Sun *et al.*).

Conclusão: Em geral, este estudo fornece informações valiosas sobre os desafios de saúde oral enfrentados pelos toxicodependentes em clínicas de reabilitação no Norte de Portugal e destaca a importância de abordar a saúde oral como parte de programas abrangentes de tratamento da dependência.

Palavras chave: Manifestações orais; Substâncias lícitas e ilícitas; Centros de reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: Drug addiction, which often begins in adolescence, is a growing global problem. Cannabis and cocaine are the most frequently consumed illicit drugs, leading to significant general and oral health problems, including a higher prevalence of oral cavity pathologies.

Objective: The main objective of this study was to analyze the most prevalent oral manifestations and associated risk factors in users of legal and illicit substances in drug rehabilitation clinics in the North of Portugal.

Material and Methods: A cross-sectional observational study was carried out involving 100 drug addicts. Subjects were asked to fill out a questionnaire and an intraoral clinical examination was carried out.

Results: The average age of the participants was 41.5, the majority were male (73%). The majority of participants revealed high rates of alcohol consumption (98%), tobacco (82%) and illicit substances (88.6%). Despite the daily brushing habits reported by some participants (53.8%), inadequate oral hygiene practices were evident.

The results reveal a high prevalence of oral manifestations, including periodontitis (64%), tooth sensitivity (49%), carious lesions (47%) and bruxism/TMD (30%).

Discussion: The main oral manifestations found, associated with the consumption of legal and illicit substances, were: periodontitis, caries lesions, tooth sensitivity, bruxism/TMD and gingival bleeding, in line with the literature (Ferreira *et al.*, Mateus-Moreno *et al.*, e Sun *et al.*).

Conclusions: Overall, this study provides valuable information about the oral health challenges faced by drug addicts in rehabilitation clinics in Northern Portugal and highlights the importance of addressing oral health as part of comprehensive addiction treatment programs.

Keywords: Oral manifestations; Legal and illegal substances; Rehabilitation centers.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	5
3. METODOLOGIA.....	7
3.1. Tipo de estudo.....	7
3.2. Amostra.....	7
3.2.1. Critérios de inclusão	7
3.2.2. Critérios de exclusão	7
3.3. Recolha de dados.....	8
3.3.1. Questionário	8
3.3.2. Exame clínico intraoral.....	8
3.3.3. Avaliação de manifestações orais.....	9
3.3.4. Avaliação dentária e periodontal	9
3.4. Análise estatística.....	10
4. RESULTADOS.....	13
4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	13
4.2. Hábitos: Alimentares, alcoólicos, tabágicos e consumo de substâncias ilícitas.....	15
4.3. Hábitos de higiene oral.....	18
4.4. Prevalência das manifestações orais	20
4.5. Relação entre consumo de substâncias ilícitas e variáveis sociodemográficas.....	21
4.6. Relação entre consumo de substâncias ilícitas, hábitos tabágicos e alcoólicos.....	22
4.7. Relação entre as variáveis sociodemográficas e as manifestações orais mais prevalentes.....	23
4.8. Relação entre os hábitos de higiene oral, frequência da ida ao médico dentista e as manifestações orais mais prevalentes.....	26
4.9. Relação entre o consumo de substâncias lícitas e ilícitas e as manifestações orais mais prevalentes:	29
4.10. Relação entre a frequência do programa de reabilitação/metadona e as manifestações orais mais prevalentes.....	33
5. DISCUSSÃO	37
6. CONCLUSÃO	47
7. REFERÊNCIAS	49
8. ANEXOS	55
8.1 Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética do Instituto Universitário de Ciências da Saúde	55

8.2 Anexo 2: Autorização da Direção-Geral Clínica Dr. Nuno Santiago, Clínica De Tratamento De Toxicodependência e Alcoolismo Ran e Centro de Tratamento De Dependências SAE	56
8.3 Anexo 3: Consentimentos Informado	59
8.4. Anexo 4: Portefólio Ilustrativo	61
8.5. Anexo 5: Questionário	64
8.6. Anexo 6: Periodontograma.....	68
8.7. Anexo 7: Índice CPOD.....	69
8.8. Anexo 8: Índice de Erosão Dentária BEWE.....	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição dos participantes por faixa etária	13
Figura 2- Distribuição dos participantes por nível de escolaridade.....	14
Figura 3- Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil	14
Figura 4- Distribuição dos participantes por atividade profissional	15
Figura 5- Anos de consumo de substâncias ilícitas	17
Figura 6- Substâncias ilícitas consumidas pelos participantes.....	18

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Hábitos alimentares, alcoólicos, tabágicos e consumo de substâncias ilícitas.....	16
Tabela 2- Hábitos de higiene oral.....	19
Tabela 3- Prevalência das manifestações orais	20
Tabela 4- Prevalência de outras manifestações orais e causas da perda de peças dentárias	21
Tabela 5- Consumo de substâncias ilícitas e variáveis sociodemográficas	22
Tabela 6- Relação entre o consumo de substâncias ilícitas, hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos.....	23
Tabela 7- Relação entre manifestações orais mais prevalentes e faixas etárias.....	24
Tabela 8- Relação entre manifestações orais mais prevalentes e a escolaridade	25
Tabela 9- Relação entre manifestações orais mais prevalentes e hábitos de higiene oral..	26
Tabela 10- Relação entre manifestações orais mais prevalentes e meio auxiliar de limpeza	27
Tabela 11- Relação entre manifestações orais mais prevalentes e frequência da ida ao médico dentista.....	28
Tabela 12- Relação entre o tempo de consumo de tabaco e o número de cigarros por dia e as manifestações orais mais prevalentes.....	30
Tabela 13- Relação entre o consumo de álcool e as manifestações orais mais prevalentes	31
Tabela 14- Relação entre o tempo de consumo de substâncias ilícitas e as manifestações orais mais prevalentes	33
Tabela 15- Relação entre a frequência ou não do programa da metadona e as manifestações orais mais prevalentes	34

LISTA DE ABREVIATURAS

ATM: Articulação Temporomandibular

BEWE: Basic Erosive Wear Examination

BOP: Índice de sangramento gengival

CAL: Perda de inserção clínica

DP: Desvio Padrão

DTM: Distúrbios Temporomandibulares

GUN: Gengivite Ulcerativa Necrosante

Índice CPOD: Índice Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

N: Número de amostra

OMS: Organização Mundial de Saúde

p: Significância

PI: Índice de Placa bacteriana

PS: Profundidade de sondagem

PUN: Periodontite Ulcerativa Necrosante

RAN: Recuperação Alcoolicos Narcoticos

REC: Margem gingival

SAE: Serviços Aconselhamento de Espinho

SPSS: Statistical Program for Social Sciences

VIH: Vírus da Imunodeficiência Humana

1. INTRODUÇÃO

As drogas, lícitas ou ilícitas, leves ou duras, constituem um grave problema de escala individual, comunitária e global que põem em risco as sociedades e a democracia, uma vez que podem conduzir os indivíduos a um estado de dependência física, psíquica ou ambas (1, 2). O uso indevido de drogas e substâncias são frequentemente utilizados como sinónimos na literatura. Embora muitos indivíduos associem a toxicodependência ao uso de substâncias ilícitas, esta também inclui drogas lícitas como o álcool e o tabaco. Assim, o termo abuso de substâncias torna-se mais inclusivo (3).

As substâncias psicoativas são produtos químicos, naturais ou sintéticos que, quando consumidos por uma determinada via (inalação, ingestão, intramuscular, intravenosa) atuam no sistema nervoso central e desencadeiam alterações físicas e/ou psíquicas, causando alterações nas sensações ou alterando o comportamento do indivíduo (4). Os efeitos sobre a função cerebral decorrentes do abuso de substâncias podem manifestar-se num amplo espectro de comportamentos associados à dependência. Estas alterações neurológicas muitas vezes desencadeiam padrões de comportamento que incluem atitudes de risco, negligência relativa à higiene pessoal, agressividade e descuido em relação às responsabilidades quotidianas (5).

O consumo de substâncias psicoativas pode ser influenciado pelo contexto social do utilizador, nomeadamente pelo grupo em que está inserido ou pelos coabitantes, assim como pela ilusão da sensação de prazer, capacidade de resolução de problemas, alívio de sensações, angústias e depressões (6). Neste sentido, o abuso de drogas é considerado um problema de saúde pública devido às consequências sistémicas e comportamentais (7, 8). De facto, o uso destas conduz a graves consequências para a saúde do indivíduo, nomeadamente comorbidades, como hipertensão, distúrbios mentais, neurológicos e sensoriais, assim como implicações diretas na cavidade oral (9). É de salientar também que os consumidores de drogas parentéricas correm um risco mais elevado de contrair infeções como o VIH e as hepatites B e C (10, 11).

As complicações dentárias nos consumidores de substâncias psicoativas variam de acordo com o tipo de substância utilizada, assim como a forma que as mesmas são consumidas e o tempo de duração do consumo (5).

Estas, podem ser utilizadas por ingestão, por via intravenosa ou por inalação, sendo que as complicações adversas associadas à saúde oral decorrem do uso de drogas com exposição direta aos tecidos orais.

Vários estudos demonstram que a cavidade oral é uma das partes do corpo que é mais afetada pelo consumo de substâncias psicoativas. Dentro das manifestações orais mais prevalentes, decorrentes do consumo deste tipo de substâncias, destacam-se a xerostomia, o bruxismo, a cárie dentária e a doença periodontal. Estas condições, quando não tratadas, podem progredir e levar a dor, abscessos e perda de dentes, que, por sua vez, conduzem a problemas de mastigação e digestão, problemas estéticos dentários e redução do bem-estar (12). O consumo das diferentes substâncias psicoativas, podem apresentar consequências distintas. A cannabis fumada pode atuar como cancerígena e tem sido associada a lesões pré-malignas orais (13, 14). O uso de cocaína pode causar necrose isquêmica do palato, septo nasal e gengivite devido ao seu efeito vasoconstritor (15). Por outro lado, o uso de cocaína e metanfetaminas tem sido associado ao bruxismo e ao desgaste dentário (15, 16). As drogas como os opiáceos, prejudicam a divisão celular, conduzindo a um declínio dos tecidos e da capacidade de reparação e regeneração, levando a problemas de saúde oral (17). Para além disso, o uso concomitante de outras substâncias psicoativas, como o tabaco e o álcool, podem deteriorar ainda mais o estado de saúde oral destes indivíduos (18).

O tratamento dentário em pacientes dependentes de drogas é distinto do tratamento de pacientes não dependentes. Estas diferenças estão associadas com alterações emocionais, comportamentais e de personalidade do dependente, assim como, com problemas de saúde e de nutrição deficiente, debilidade da saúde oral, efeitos das substâncias psicoativas na mucosa oral, gengivas e dentição. Pelo que, é indispensável que os Médicos Dentistas sejam capazes de reconhecer pacientes dependentes de substâncias, identificar as manifestações orais associadas à dependência e as substâncias relacionadas

com o seu aparecimento, a fim de fornecer um tratamento mais eficaz e evitar procedimentos dentários contraindicados (19).

2. OBJETIVOS

O objetivo principal deste estudo é analisar as manifestações orais mais prevalente nos consumidores de substâncias lícitas e ilícitas em clínicas de reabilitação de toxicodependentes no Norte de Portugal e, paralelamente avaliar potenciais fatores de risco associados a doenças orais.

3. METODOLOGIA

O presente estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (CE/IUCS/CESPU-16/23- Anexo 1), assim como pela Direção-Geral do Centro de Tratamento De Dependências SAE, pela Direção-Geral da Clínica De Tratamento De Toxicodependência e Alcoolismo Ran e pela Direção-Geral da Clínica Dr. Nuno Santiago (Anexo 2). Os participantes do estudo assinaram os Termos de Consentimento Informado (Anexo 3), após terem sido devidamente elucidados sobre os objetivos do mesmo. As amostras e os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para análise estatística, mantendo-se o anonimato e confidencialidade.

3.1. Tipo de estudo

Esta investigação teve por base um estudo observacional transversal ou de prevalência.

3.2. Amostra

A amostra foi selecionada de acordo com um método de amostragem não probabilística do tipo conveniência numa população toxicodependente em tratamento em clínicas de reabilitação no Norte de Portugal (Clínica Dr. Nuno Santiago, Clínica De Tratamento De Toxicodependência e Alcoolismo Ran e Centro de Tratamento De Dependências SAE). A mesma é constituída por 100 indivíduos, 73 do sexo masculino e 27 elementos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos.

3.2.1. Critérios de inclusão

Indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e presença destes nos centros de reabilitação durante o período de recolha dos dados. Pacientes em tratamento, com problemas de uso abusivo/dependência de substâncias ilícitas e licitas (álcool e/ou tabaco), bem como, os respetivos consentimentos informados assinados pelos mesmos (Anexo 3).

3.2.2. Critérios de exclusão

Indivíduos com idade inferior a 18 anos, bem como, indivíduos portadores de

próteses dentárias totais superiores e inferiores. Foram igualmente excluídos, indivíduos que, devido a problemas de saúde geral não apresentavam condição físicas e/ou psicológicas para de forma voluntária tomar conhecimento da informação e dar consentimento informado (Anexo 3), de uma forma consciente, para participar neste estudo, bem como todos aqueles que recusaram participar, mesmo após a sua elucidação. Num total de 102 inquiridos, 2 foram excluídos resultando num total de 100 indivíduos.

3.3. Recolha de dados

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário de autopreenchimento (Anexo 5) e de um exame clínico oral, realizados num período compreendido entre julho de 2023 a janeiro de 2024.

3.3.1. Questionário

Para efeitos de recolha de dados, a amostra foi sujeita ao autopreenchimento de um questionário constituído por questões que abordavam os seguintes itens: Caracterização sociodemográfica, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, consumo de substâncias ilícitas, hábitos alimentares, hábitos de higiene oral, doenças sistémicas, ATM e xerostomia.

3.3.2. Exame clínico intraoral

A amostra em estudo foi sujeita a um exame clínico intraoral completo, recorrendo a um portefólio (Anexo 4) para analisar as manifestações orais, preenchimento do periodontograma com as seguintes variáveis: análise da profundidade de sondagem (PS), medida como a distância da margem gengival livre ao fundo da bolsa, margem gengival (REC), medida como a distância da junção esmalte-cimento à margem gengival livre, perda de inserção clínica (CAL), índice de placa bacteriana (PI) (20) e índice de sangramento gengival (BOP) (21), índice CPOD segundo a OMS (2013) (22) (Anexo 7) e índice de erosão dentária segundo BEWE (23) (Anexo 8). O diagnóstico das doenças periodontais foi realizado de acordo com a atual classificação das doenças periodontais (24).

Os participantes foram então encaminhados e acompanhados individualmente, para efetuar a avaliação, sem qualquer ordem pré-estabelecida. A inspeção clínica oral em cada

paciente foi efetuada utilizando um kit esterilizado, constituído por um espelho de observação, uma sonda clínica, uma pinça, uma sonda periodontal CP 11 (Williams) 3, 6, 8, 11mm milimetrada. Para este efeito foram também usados equipamentos de proteção de uso único (luvas, toucas, máscara) de forma a garantir o exame dos participantes em condições de segurança.

3.3.3. Avaliação de manifestações orais

Foram analisadas as manifestações clínicas visíveis e mais comumente relacionadas com o consumo de substâncias lícitas e ilícitas (tabaco, álcool, canábis, heroína, cocaína, anfetaminas, ecstasy e outras), apresentadas no portefólio ilustrativo (Anexo 4): xerostomia, perfuração do septo nasal, perfuração palatina, candidíase oral, erosão dentária, bruxismo e DTM (Distúrbios Temporo-Mandibulares), lesão de cárie rampante, lesões pré-carcinogénicas, inflamação da mucosa oral, doenças periodontais (GUN-Gengivite Ulcerativa Necrosante e PUN-Periodontite Ulcerativa Necrosante), hiperpigmentação da língua, carcinoma oral e queilite angular.

3.3.4. Avaliação dentária e periodontal

Para a análise da cárie dentária foi utilizado o índice CPOD preconizado pela OMS (22), sendo que os componentes "C", "P" e "O" referem-se, respetivamente, aos dentes que no momento da avaliação, apresentaram-se cariados, perdidos e obturados, avaliando-se assim todos os dentes permanentes e atribuindo pontuações de 0 a 9.

Concedemos o código 0 a um dente saudável, o código 1 a um dente com lesão de cárie, o código 2 a um dente restaurado mas com lesão de cárie, código 3 a um dente restaurado sem lesão de cárie, código 4 a um dente perdido devido a lesão de cárie, código 5 a um dente perdido por outra razão, como por exemplo por doença periodontal, código 6 a dentes com selante de fissuras, código 7 a dentes com próteses parciais fixas, coroas, facetas ou implantes, código 8 a dentes não erupcionados e por fim o código 9 que é atribuído a um dente permanente erupcionado mas que não pode ser examinado por qualquer motivo, como por exemplo bandas ortodônticas. Salientamos também que os dentes com códigos 6 e 7 não são considerados nos cálculos do CPOD.

Para descrever a condição dentária obtida em cada indivíduo, é realizada a soma do

número de dentes permanentes cariados, perdidos por cárie e obturados, podendo variar, portanto, de 0 a 32.

Para efeitos de deteção e registo clínico de erosão dentária foi utilizado o sistema de abordagem BEWE (23). Para avaliação conforme esta abordagem, foram examinados todos os dentes presentes na cavidade oral, mas só foi registado o código da superfície mais afetada por erosão em cada sextante, segundo a escala de 4 graus de aparência/gravidade do desgaste das superfícies coronais, nomeadamente: 0 - sem desgaste erosivo; 1 - perda inicial da textura superficial do esmalte; 2 - perda de tecido duro < 50% da área superficial (dentina afetada na maioria dos casos); 3 - perda de tecido duro > 50% da área superficial (dentina afetada na maioria dos casos).

Para a sua quantificação foi efetuado o somatório de valores por sextante, registando-se então o valor do BEWE total ou cumulativo, nomeadamente: ≤ 2 – Sem risco de erosão; 3 a 8 – Baixo risco de erosão; 9 a 13- Médio risco de erosão e ≥ 14 – Alto risco de erosão.

Para a doença periodontal realizou-se o preenchimento do periodontograma, onde foram analisadas as seguintes variáveis: profundidade de sondagem (PS), medida como a distância da margem gengival livre ao fundo da bolsa, margem gengival (REC), medida como a distância da junção esmalte-cimento à margem gengival livre, perda de inserção clínica (CAL), índice de placa bacteriana (PI) e índice de sangramento gengival (BOP). Foram registados em seis locais por dente (mésio-vestibular, vestibular, disto-vestibular, mésio-lingual/palatino, lingual/palatino e disto-lingual/palatino). O diagnóstico foi realizado segundo a atual classificação das doenças periodontais (24).

3.4. Análise estatística

A análise dos dados foi realizada no programa IBM® SPSS® Statistics software (Statistical Program for Social Sciences), versão 29.0 para Windows. As estatísticas descritivas foram expressas como médias e desvios padrão para as variáveis quantitativas e como frequências e percentagens para as variáveis qualitativas. As variáveis categóricas de agrupamento incluíram o estado periodontal (sem periodontite e com periodontite), a idade (18 aos 35 anos, entre 36 e 50 anos e mais de 50 anos) e a escolaridade (1º, 2º e 3º

ciclos = ensino obrigatório; ensino secundário e ensino superior). O teste qui-quadrado/teste exato de Fisher foi usado para avaliar a relação entre consumo de substâncias ilícitas e variáveis sociodemográficas (sexo, faixas etárias e escolaridade), entre consumo de substâncias ilícitas e hábitos tabágicos e alcoólicos, bem como para avaliar a relação entre as manifestações orais mais prevalentes e variáveis sociodemográficas, tempo de consumo de substâncias lícitas e ilícitas, hábitos de higiene oral e ida ao Médico Dentista. O nível de significância foi fixado em 0,05.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A nossa amostra é constituída por 100 toxicodependentes, de substâncias lícitas e ilícitas, em tratamento em clínicas de reabilitação no Norte de Portugal (Clínica Dr. Nuno Santiago, Clínica De Tratamento De Toxicodependência e Alcoolismo Ran e Centro de Tratamento De Dependências SAE), com idades compreendidas entre os 18 e 70 anos (média = 41,50; DP = 12,55), sendo que a maioria dos participantes encontram-se na faixa etária dos 18 aos 50 anos (75%) (Figura 1). Maioritariamente são do sexo masculino (73%).

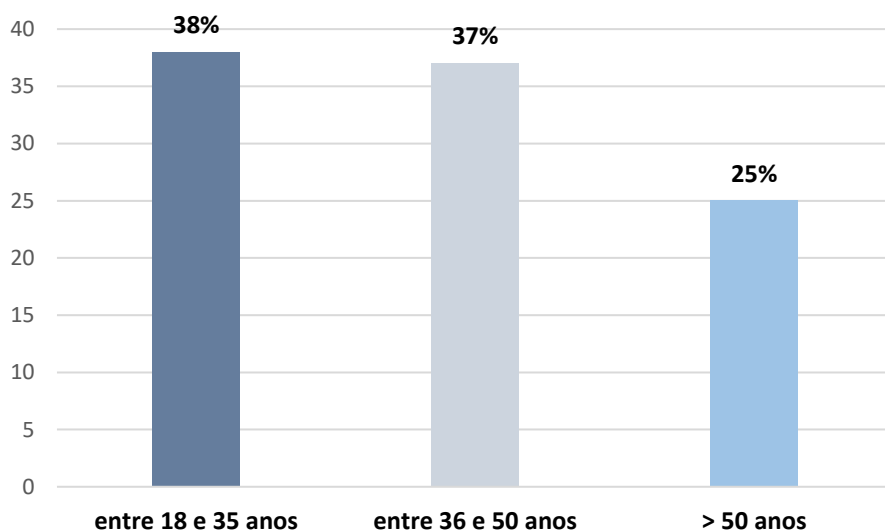


Figura 1. Distribuição dos participantes por faixa etária.

No que diz respeito à escolaridade 25% dos participantes, respetivamente, possuem o 3ºciclo e o ensino secundário e 22% o ensino superior (Figura 2).

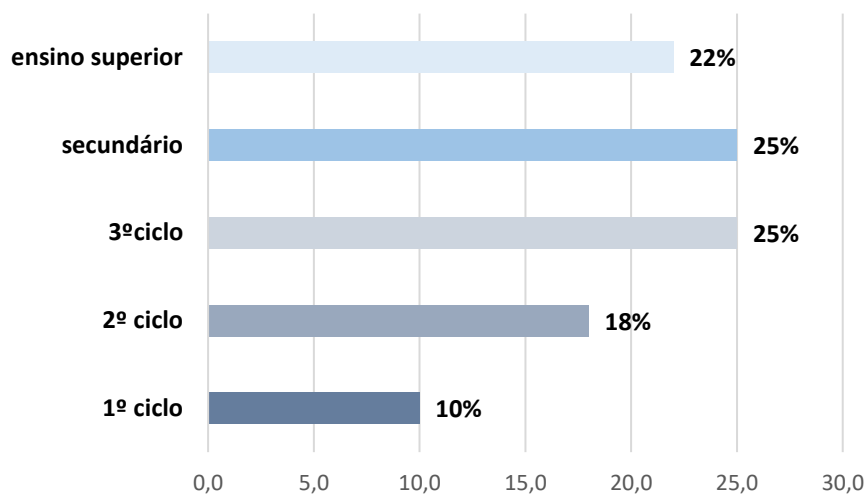


Figura 2. Distribuição dos participantes por nível de escolaridade.

Quanto ao estado civil, maioritariamente são solteiros (61%), 21% são casados ou vivem em união de facto, 14% são divorciados e 4% viúvos (Figura 3).

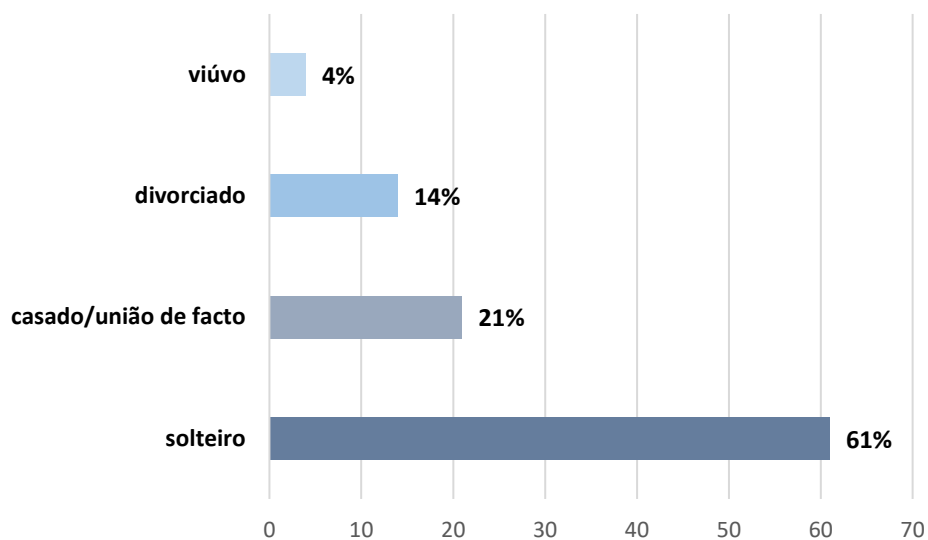


Figura 3. Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil.

No que concerne à atividade profissional antes da institucionalização, verificou-se que a grande maioria (54%) trabalhava por conta de outrem, 20% estavam desempregados, 5% nunca exerceram atividade laboral e 2% estavam reformados (Figura 4).

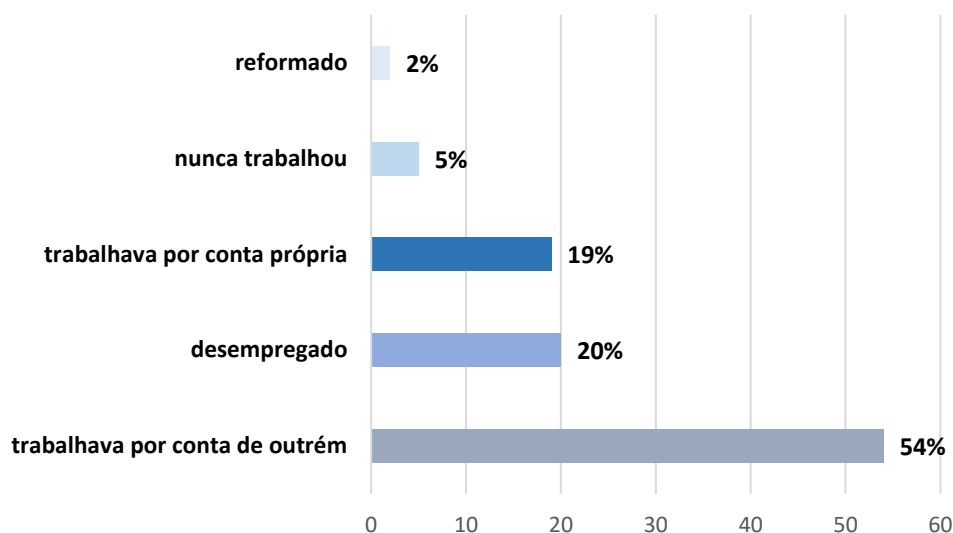


Figura 4. Distribuição dos participantes por atividade profissional.

4.2. Hábitos: Alimentares, alcoólicos, tabágicos e consumo de substâncias ilícitas

Relativamente aos hábitos alimentares e, tal como se pode visualizar na tabela 1, a maioria dos participantes (88%) referiu consumir alimentos açucarados, sendo que 36% fazem-no diariamente. 78% dos participantes ingerem refrigerantes e 39% fazem-no todos os dias. A ingestão de café/chá é prática comum entre os participantes, sendo que 83% dos indivíduos fazem-no diariamente. No que diz respeito à ingestão de bebidas alcoólicas, apenas 2 indivíduos referiram nunca ter ingerido, sendo que 61% fazem-no uma ou mais vezes por dia, 31% às vezes e 6% raramente. Dos 98 indivíduos que ingerem bebidas alcoólicas, 75 (76,5%) fazem-no há 10 anos ou mais. Maioritariamente são fumadores (82%) e dos 82 fumadores, 40 (48,8%) fazem-no há mais de 20 anos e 56 (68,3%) fumam mais de 15 cigarros dia. O consumo de substâncias ilícitas foi referenciado por 75 participantes, em que a idade do primeiro consumo, variou entre os 8 e os 40 anos (média = 17,15; DP = 4,96), e destes 22 (29,3%) consumiram pelo menos 10 anos, 30 (40%)

entre 11 e 20 anos e 23 (30,7%) mais de 20 anos (Figura 5). O tipo de substâncias ilícitas mais consumidas pode ser visualizado na figura 6. O canábis, heroína e cocaína são o conjunto de substâncias mais consumidas (54,7%), sendo de referir que apenas 6 (8%) indivíduos referiram consumir apenas canábis. A junção de canábis, cocaína injetável e anfetaminas representou um consumo de 14,7%. Num outro extremo, com apenas 1,3%, observa-se o consumo das junções "heroína + cocaína fumada + cocaína injetável". As vias de administração das substâncias ilícitas mais referenciada é a "cheirada + fumada" (34,7%), seguida da injetável na veia com 25,3% e com 18,7% "cheirada + fumada + injetável". Dos 75 participantes consumidores de substâncias ilícitas, 56 (74,7%) encontravam-se a frequentar, ou já tinham frequentado, um programa de reabilitação, orientado para a abstinência (programa de metadona). No que diz respeito ao tempo de abstinência, 59% dos indivíduos estão sem consumir há pelo menos 2 meses, 22% entre 3 a 4 meses e 19% há 5 meses ou mais.

Tabela 1- Hábitos alimentares, alcoólicos, tabágicos e consumo de substâncias ilícitas.

	n	%
Ingestão alimentos açucarados		
Não	12	12,0
Raramente (1 a 2 x mês)	7	7,0
Às vezes (1 a 2 x semana)	45	45,0
Diariamente	36	36,0
Ingestão refrigerantes		
Não	22	22
Raramente (1 a 2 x mês)	10	10,0
Às vezes (1 a 2 x semana)	29	29,0
Diariamente	39	39,0
Ingestão café/chá		
Não	5	5,0
Raramente (1 a 2 x mês)	2	2,0
Às vezes (1 a 2 x semana)	10	10,0
Diariamente	83	83,0
Ingestão bebidas alcoólicas		
Não	2	2,0
Raramente	6	6,0
Às vezes	31	31,0
Diariamente	61	61,0

Tempo ingestão álcool

≤ 10 anos	23	23,5
>10 anos	75	76,5

Hábitos tabágicos

Não fumador	12	12,0
Fumador	82	82,0
Fumador ≤ 20 anos	42	51,2
Fumador > 20 anos	40	48,8

Consumo substâncias ilícitas

Não	25	25,0
Sim	75	75,0
Consumo ≤ 10 anos	22	29,3
Consumo entre 11 e 20 anos	30	40,0
Consumo > 20 anos	23	30,7

Tempo sem consumir

≤ 2 meses	59	59,0
≥ 3 meses e ≤ 4 meses	22	22,0
≥ 5 meses	19	19,0

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%).

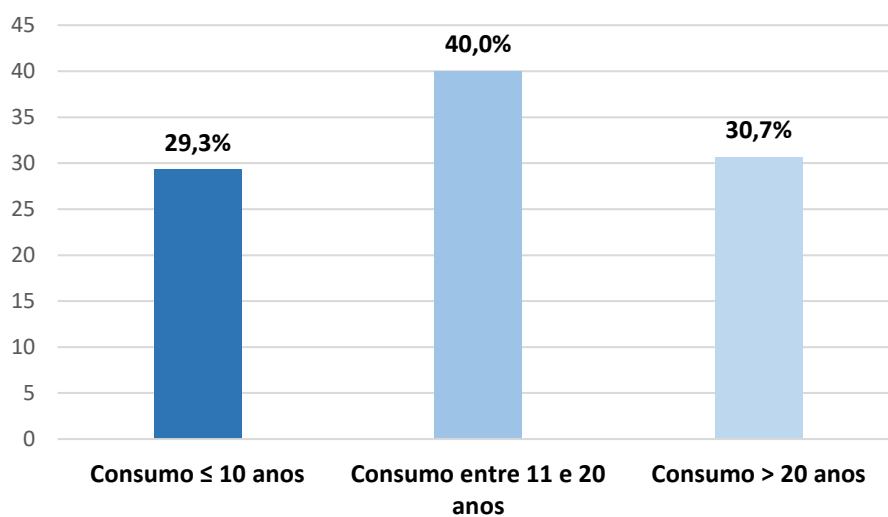


Figura 5. Anos de consumo de substâncias ilícitas.

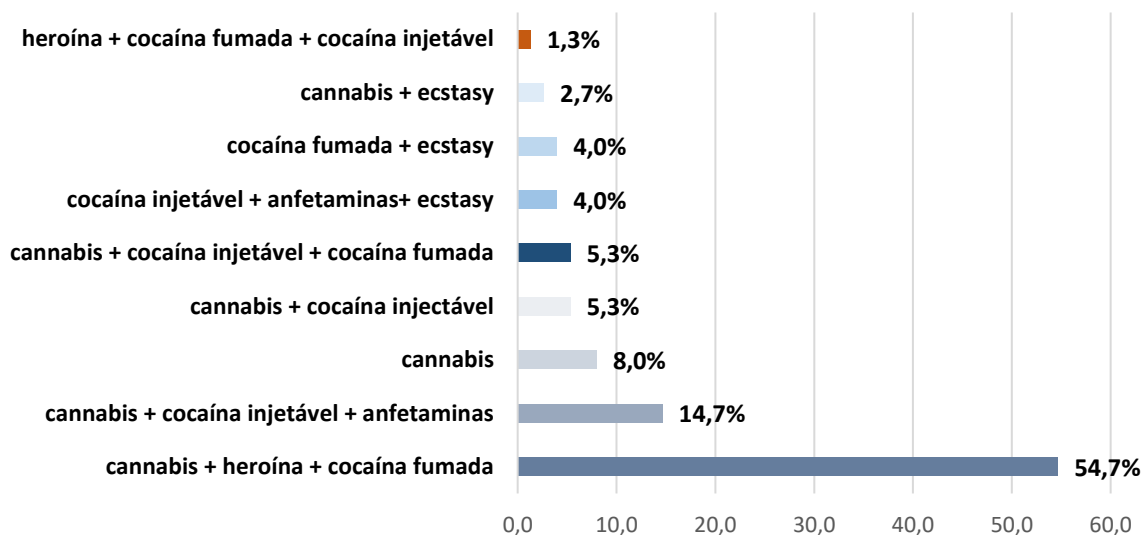


Figura 6. Substâncias ilícitas consumidas pelos participantes.

4.3. Hábitos de higiene oral

Através da visualização da tabela 2 e, no que concerne aos hábitos de higiene oral, 91,0% dos participantes referiram escovar os dentes e destes, 53,8% fazem-no uma vez por dia e apenas 8,8% mais de duas vezes ao dia, sendo que 48 indivíduos referem utilizar um meio auxiliar de limpeza como elixir (33,3%), fio dentário (22,9%), escovilhão (14,6%) ou a junção de 2 ou mais meios auxiliares (29,3%). A maioria dos participantes (52,0%) foi ao médico dentista há menos de 1 ano e apenas 3 (3%) indivíduos referem nunca ter ido. A frequência da ida ao dentista em 20% dos indivíduos é regular e 35% fazem-no pelo menos 1 vez no ano. Os motivos da ida ao dentista foram em 43,3% dos indivíduos, respetivamente, por prevenção/rotina, ou devido a dor de dentes e 13% por outro motivo. Dos 97 participantes que referiram ir ao dentista 72 (74,2%) receberam orientação por parte deste sobre higiene oral. Apenas 20 dos participantes estão satisfeitos com o aspeto dos seus dentes, sendo que os principais motivos para a insatisfação são cáries e/ou ausência de dentes (61,3%), dentes amarelos/escuros (18,8%) e dentes tortos (10,0%).

Tabela 2- Hábitos de higiene oral.

	n	%
Escovagem dos dentes		
Sim	91	91,0
Não	9	9,0
Frequência de escovagem		
< 1 x dia	10	11,0
1 vez ao dia	49	53,8
2 vezes dia	24	26,4
mais de 2 x dia	8	8,8
Meio auxiliar além da escova		
Sim	48	48,0
Não	52	52,0
Qual meio auxiliar		
Elixir	16	33,3
Fio dentário	11	22,9
Escovilhão	7	14,6
Elixir + fio dentário	8	16,7
Fio dentário + escovilhão	3	6,3
Elixir + fio dentário + escovilhão	3	6,3
Frequência ida dentista		
Nunca foi	3	3,0
Em caso de dor	42	42,0
Pelo menos 1x ano	35	35,0
regularmente	20	20,0
Última ida dentista		
Nunca foi	3	3,0
Mais de 5 anos	12	12,0
Entre 3 a 5 anos	7	7,0
Entre 2 a 3 anos	6	6,0
Entre 1 a 2 anos	20	20,0
Menos de 1 ano	52	52,0
Motivo ida ao dentista		
Prevenção/rotina	42	43,3
Dor de dentes	42	43,3
Outro	13	13,4
Recebeu orientação dentista sobre higiene oral		
Não	15	15,5
Sim	72	74,2
Não se lembra	10	10,3
Satisfeito aspeto dos dentes		
Não	80	80,0
Sim	20	20,0

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%).

4.4. Prevalência das manifestações orais

Dos 100 participantes, 82 (82,0%) apresentavam manifestações orais, sendo que as mais prevalentes foram a periodontite (64,0%), sensibilidade dentária (49,0%) e a lesão cárie (47,0%). A salientar ainda a DTM/bruxismo (30%), a erosão dentária (25%), sangramento gengival (23%) e a inflamação da mucosa oral (19%). Num outro extremo, surgem as lesões pré-cancerígenas bem como as perfurações do palato e do septo nasal, o carcinoma oral e as lesões periodontais GUN e PUN, como não tendo ocorrido em nenhum dos participantes deste estudo (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência das manifestações orais.

Manifestações Orais	n	%
Periodontite	64	64,0
Sensibilidade Dentária	49	49,0
Lesão cárie	47	47,0
Bruxismo/DTM	30	30,0
Erosão dentária	25	25,0
Sangramento Gengival	23	23,0
Inflamação Mucosa Oral	19	19,0
Gengivite	8	8,0
Xerostomia	7	7,0
Lesão Cárie Rampante	5	5,0
Hiper Pigmentação da Língua	3	3,0
Candidíase Oral	2	2,0
Queilite angular	1	1,0
Lesão Pré-cancerígena	0	0
Perfuração do Palato	0	0
Perfuração do Septo Nasal	0	0
Carcinoma oral	0	0
Doenças periodontais GUN	0	0
Doenças periodontais PUN	0	0

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%).

No que diz respeito à erosão dentária (Tabela 4), dos 25 indivíduos que apresentavam esta manifestação, 15% revelaram perda inicial de textura superficial, 7% perda de tecido duro inferior a 50% da superfície dentária e 3% perda de tecido duro

superior a 50% da superfície dentária (Tabela 4). Foi ainda possível recolher, que a perda de dentes variou entre 0 a 25 (média = 5,9; DP = 6,0), sendo que dos 75 indivíduos que sofreram perdas dentárias, 23% perderam 10 ou mais peças dentárias, e 77% entre 1 a 9. As causas da perda, referidas pelos participantes, foram maioritariamente devidas á cárie dentária (60%) (Tabela 4).

Tabela 4. Prevalência de outras manifestações orais e causas da perda de peças dentárias.

	n	%
Índice erosivo		
Sem desgaste erosivo	75	75,0
Perda inicial de textura superficial	15	15,0
Perda tecido duro < 50% superfície dentária	7	7,0
Perda tecido duro > 50% superfície dentária	3	3,0
Perdas dentárias		
Sem perdas dentárias	25	25,0
Perda 1-9 dentes	52	52,0
Perda ≥ 10 dentes	23	23,0
Causas perda dentária		
Cárie	64	64,0
Trauma	3	3,0
Doença periodontal	8	8,0

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%).

4.5. Relação entre consumo de substâncias ilícitas e variáveis sociodemográficas

Pela análise da tabela 5, podemos verificar a existência de uma relação estatisticamente significativa entre o consumo de substâncias ilícitas e o sexo dos indivíduos ($\chi^2_{(1)} = 7,5$; $p = 0,006$), sendo que dos 75 consumidores, 80% são do sexo masculino. Verificou-se igualmente uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o consumo de substâncias ilícitas ($\chi^2_{(2)} = 26,5$; $p < 0,001$), sendo que a maior percentagem de consumidores tem idades compreendidas entre os 18 e 35 anos (49,3%). No que diz respeito ao consumo de substâncias ilícitas de acordo com a escolaridade, a maior percentagem de consumidores possui o secundário (29,3%) e o 3º Ciclo (24%), sendo esta relação estatisticamente significativa ($\chi^2_{(4)} = 13,9$; $p = 0,008$).

Tabela 5. Consumo de substâncias ilícitas e variáveis sociodemográficas.

	Consumo substâncias ilícitas		Total	χ^2	p
	Não (n = 25)	Sim (n = 75)			
	n (%)	n (%)			
Sexo					
Feminino	12 (48,0)	15 (20,0)	27	7,5	0,006
Masculino	13 (52,0)	60 (80,0)	73		
Faixas etárias					
≥18 e ≤ 35 anos	1 (4,0)	37 (49,3)	38	26,5	< 0,001
≥ 36 e ≤ 50 anos	9 (36,0)	28 (37,3)	37		
> 50 anos	15 (60,0)	10 (13,3)	25		
Escolaridade					
1º Ciclo	7 (28,0)	3 (4,0)	10	13,9	0,008
2º Ciclo	3 (12,0)	15 (20,0)	18		
3º Ciclo	7 (28,0)	18 (24,0)	25		
Secundário	3 (12,0)	22 (29,3)	25		
Ensino Superior	5 (20,0)	17 (22,7)	22		

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%), χ^2 = Qui-quadrado, teste exato de Fisher; p = nível de significância.

4.6. Relação entre consumo de substâncias ilícitas, hábitos tabágicos e alcoólicos

Dos 75 participantes que indicaram consumir substâncias ilícitas, 69 eram fumadores, sendo que esta relação é estatisticamente significativa ($\chi^2_{(1)} = 20,3$ $p < 0,001$). Verificou-se igualmente uma relação estatisticamente significativa entre o consumo de bebidas alcoólicas e o consumo de substâncias ilícitas ($\chi^2_{(3)} = 21,3$ $p < 0,001$), sendo que dos 25 indivíduos que referiram não consumir substâncias ilícitas ingeriam bebidas alcoólicas diariamente (Tabela 6).

Tabela 6- Relação entre o consumo de substâncias ilícitas, hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos.

	Consumo substâncias ilícitas		Total	χ^2	<i>P</i>
	Não (n = 25) n (%)	Sim (n = 75) n (%)			
Fumador					
não	12 (48,0)	6 (8,0)	18	20,3	< 0,001
sim	13 (52,0)	69 (92,0)	82		
Consumo álcool					
Não	0 (0,0)	2 (2,7)		21,3	< 0,001
Raramente	0 (0,0)	6 (8,0)	6		
Às vezes	0 (0,0)	31 (41,3)	31		
Diariamente	25 (100,0)	36 (48,0)			

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%), χ^2 = Qui-quadrado, teste exato de Fisher; *p* = nível de significância.

4.7. Relação entre as variáveis sociodemográficas e as manifestações orais mais prevalentes

Na Tabela 7, pode-se verificar que a maior prevalência da periodontite (42,2%), de sensibilidade dentária (40,8%), de lesão cárie (40,4%) e de erosão dentária (40,0%) ocorre na faixa etária dos 36 aos 50 anos. Por outro lado, a maior prevalência de bruxismo/DTM (40,0%), de sangramento gengival (52,2%) e de gengivite (62,5%) ocorre na faixa etária dos 18 aos 35 anos. A xerostomia apresenta igual prevalência (42,9%) nas faixas etárias dos 18 aos 35 e dos 36 aos 50 anos. Somente a inflamação da mucosa oral a que atinge a maior prevalência (36,8%), nos indivíduos acima dos 50 anos.

Tabela 7. Relação entre manifestações orais mais prevalentes e as faixas etárias.

	Faixas etárias			N	χ^2	p
	>18 e ≤ 35 anos	> 36 e ≤ 50 anos	>50 anos			
	n (%)	n (%)	n (%)			
Periodontite						
Sim	19 (29,7)	27 (42,2)	18 (28,1)	64	5,22	0,074
Não	19 (52,8)	10 (27,8)	7 (19,4)	36		
Sensibilidade dentária						
Sim	16 (32,7)	20 (40,8)	13 (26,5)	49	1,19	0,551
Não	22 (43,1)	17 (33,3)	12 (23,5)	51		
Lesão cárie						
Sim	17 (36,2)	19 (40,4)	11 (23,4)	47	0,45	0,779
Não	21 (39,6)	18 (34,0)	14 (26,4)	53		
Bruxismo/DTM						
Sim	12 (40,0)	10 (33,3)	8 (26,7)	30	0,25	0,883
Não	26 (37,1)	27 (38,6)	17 (24,3)	70		
Erosão dentária						
Sim	8 (32,0)	10 (40,0)	7 (28,0)	25	0,52	0,772
Não	30 (40,0)	27 (36,0)	18 (24,0)	75		
Sangramento gengival						
Sim	12 (52,2)	9 (39,1)	2 (8,7)	23	4,79	0,091
Não	26 (33,8)	28 (36,4)	23 (29,9)	77		
Inflamação mucosa oral						
Sim	6 (31,6)	6 (31,6)	7 (36,8)	19	1,76	0,415
Não	32 (39,5)	31 (38,3)	18 (22,2)	81		
Gengivite						
Sim	5 (62,5)	0 (0,0)	3 (37,5)	8	5,13	0,077
Não	33 (35,9)	37 (40,2)	22 (23,9)	82		
Xerostomia						
Sim	3 (42,9)	3 (42,9)	1 (14,3)	7	0,46	0,794
Não	35 (37,6)	34 (36,6)	24 (25,8)	93		

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%), χ^2 = Qui-quadrado, teste exato de Fisher; p = nível de significância.

Quando relacionamos as principais manifestações orais com a escolaridade (Tabela 8), verificou-se que em todas as manifestações orais, a maior prevalência ocorre nos indivíduos com escolaridade obrigatório (1º, 2º e/ou 3º ciclos), todavia estas relações não são estatisticamente significativas.

Tabela 8. Relação entre manifestações orais mais prevalentes e a escolaridade.

	Escolaridade			N	χ^2	p
	Ensino obrigatório (1º, 2º e 3º ciclos)	Ensino secundário	Ensino superior			
	n (%)	n (%)	n (%)			
Periodontite						
Sim	39 (60,9)	13 (20,3)	12 (20,3)	64	4,53	0,104
Não	14 (38,9)	12 (33,3)	10 (27,8)	36		
Sensibilidade dentária						
Sim	25 (51,0)	12 (24,5)	12 (24,5)	49	0,35	0,839
Não	28 (54,9)	13 (25,5)	10 (19,5)	51		
Lesão cárie						
Sim	28 (59,6)	10 (21,3)	9 (19,1)	47	1,54	0,462
Não	25 (47,2)	15 (28,3)	13 (24,5)	53		
Bruxismo/DTM						
Sim	15 (50,0)	5 (16,7)	10 (33,3)	30	3,77	0,152
Não	38 (54,3)	20 (28,6)	12 (17,1)	70		
Erosão dentária						
Sim	12 (48,0)	5 (20,0)	8 (32,0)	25	2,01	0,367
Não	41 (54,7)	20 (26,7)	14 (18,7)	75		
Sangramento gengival						
Sim	13 (56,5)	6 (26,1)	4 (17,4)	23	0,37	0,830
Não	40 (51,9)	19 (24,7)	18 (23,4)	77		
Inflamação mucosa oral						
Sim	13 (68,4)	4 (21,1)	2 (10,5)	19	2,60	0,272
Não	40 (49,4)	21 (25,9)	20 (24,7)	81		
Gengivite						
Sim	5 (62,5)	2 (25,0)	1 (12,5)	8	0,51	0,777
Não	48 (52,2)	23 (25,0)	21 (22,8)	91		
Xerostomia						
Sim	3 (42,9)	2 (28,6)	2 (28,6)	7	0,33	0,847
Não	50 (53,8)	23 (24,7)	20 (21,5)	93		

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%), χ^2 = Qui-quadrado, teste exato de Fisher; p = nível de significância.

4.8. Relação entre os hábitos de higiene oral, frequência da ida ao médico dentista e as manifestações orais mais prevalentes

Quando relacionamos a prevalência das manifestações orais de acordo com os hábitos de higiene oral (Tabela 9), verificou-se que independentemente da manifestação oral a maior prevalência ocorreu nos indivíduos que escovavam os dentes apenas 1 vez ao dia. Dos 23 indivíduos que apresentaram sangramento gengival 26,1% não escovavam os dentes e 43,5% faziam-no apenas 1 vez ao dia, sendo que esta relação é estatisticamente significativa ($\chi^2_{(3)} = 11,2$; $p = 0,011$). Verificou-se igualmente uma relação estatisticamente significativa entre a inflamação da mucosa oral e os hábitos de higiene oral ($\chi^2_{(3)} = 9,8$; $p = 0,020$). Em que a maior prevalência da inflamação da mucosa oral (52,6%) ocorre nos indivíduos que escovam os dentes uma vez ao dia.

Tabela 9. Relação entre manifestações orais mais prevalentes e hábitos de higiene oral.

	Higiene oral						
	não escova (n = 9)	< 1 x dia (n = 7)	1 x dia (n = 52)	≥ 2 x dia (n = 32)	N	χ²	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
Periodontite							
Não	1 (2,8)	5 (13,9)	21 (58,3)	9 (25,0)	36	7,6	0,057
Sim	8 (12,5)	2 (3,1)	31 (48,4)	23 (35,9)	64		
Sensibilidade dentária							
Não	4 (7,8)	1 (2,0)	30 (58,8)	16 (31,4)	51	4,9	0,181
Sim	5 (10,2)	6 (12,2)	22 (44,9)	16 (32,7)	49		
Lesão cárie							
Não	2 (3,8)	2 (3,8)	31 (58,5)	18 (34,0)	53	6,1	0,105
Sim	7 (14,9)	5 (10,6)	21 (44,7)	14 (29,8)	47		
Bruxismo/DTM							
Não	7 (10,0)	5 (7,1)	33 (47,1)	25 (35,7)	70	2,3	0,507
Sim	2 (6,7)	2 (6,7)	19 (33,0)	7 (25,0)	30		
Erosão dentária							
Não	9 (12,0)	6 (8,0)	39 (52,0)	21 (28,0)	75	4,9	0,177
Sim	0 (0,0)	1 (4,0)	13 (52,0)	11 (44,0)	25		
Sangramento gengival							
Não	3 (3,9)	5 (6,5)	42 (54,5)	27 (35,1)	77	11,2	0,011
Sim	6 (26,1)	2 (8,7)	10 (43,5)	5 (21,7)	23		
Inflamação mucosa oral							

Não	4 (4,9)	6 (7,4)	42 (51,9)	29 (35,8)	81	9,8	0,020
Sim	5 (26,3)	1 (5,3)	10 (52,6)	3 (15,8)	19		
Gengivite							
Não	8 (8,7)	5 (5,4)	48 (52,2)	31 (33,7)	92	5,2	0,159
Sim	1 (12,5)	2 (25,0)	4 (50,0)	1 (12,5)	8		
Xerostomia							
Não	9 (9,7)	6 (6,5)	50 (53,8)	28 (30,1)	93	3,5	0,317
Sim	0 (0,0)	1 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)	7		

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%), χ^2 = Qui-quadrado, teste exato de Fisher; p = nível de significância

A periodontite associou-se de modo estatisticamente significativo com o uso de meio auxiliar de higiene oral ($\chi^2_{(1)} = 10,4$; $p = 0,001$), sendo que dos 64 indivíduos com periodontite 41 (64,1%) não usavam nenhum meio auxiliar de higiene oral (Tabela 10). A maior prevalência de sensibilidade dentária (53,1%), lesão cárie (57,4%), sangramento gengival (65,2%) e inflamação da mucosa oral (68,4%), ocorreu igualmente nos indivíduos que não usavam meio auxiliar de higiene oral, contudo estas relações não atingiram o significado estatístico (Tabela 10).

Tabela 10. Relação entre manifestações orais mais prevalentes e meio auxiliar de limpeza.

Meio auxiliar de limpeza					
	Não (n = 52)	Sim (n = 48)			
	n (%)	n (%)	N	χ^2	P
Periodontite					
Não	11 (30,6)	25 (69,4)	36	10,4	0,001
Sim	41 (64,1)	23 (47,9)	64		
Sensibilidade dentária					
Não	26 (51,0)	25 (49,0)	51	0,43	0,835
Sim	26 (53,1)	23 (46,9)	49		
Lesão cárie					
Não	25 (47,2)	28 (52,8)	53	1,1	0,305
Sim	27 (57,4)	20 (42,6)	47		
Bruxismo/DTM					
Não	38 (54,3)	32 (45,7)	70	0,49	0,485
Sim	14 (46,7)	16 (53,3)	30		
Erosão dentária					
Não	40 (53,3)	35 (46,7)	75	0,21	0,644
Sim	12 (48,0)	13 (52,0)	25		
Sangramento gengival					
Não	37 (48,1)	40 (51,9)	77	2,1	0,148
Sim	15 (65,2)	8 (34,8)	23		

Inflamação mucosa oral					
Não	39 (48,1)	42 (51,9)	81	2,5	0,111
Sim	13 (68,4)	6 (31,6)	19		
Gengivite					
Não	43 (46,7)	49 (53,3)	92	0,73	0,392
Sim	5 (62,5)	3 (37,5)	8		
Xerostomia					
Não	43 (46,2)	50 (53,8)	93	1,65	0,198
Sim	5 (71,4)	2 (28,6)	7		

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%), χ^2 = Qui-quadrado, teste exato de Fisher; p = nível de significância.

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a frequência da ida ao médico dentista e a periodontite ($\chi^2_{(3)} = 8,5$; $p = 0,037$), em que dos 64 indivíduos que apresentavam periodontite, 48,4% apenas vão ao dentista em caso de dor e 4,7% nunca foram. No que diz respeito às manifestações orais, a sensibilidade dentária, a lesão de cárie, o Bruxismo/DTM, a erosão dentária e o sangramento gengival apresentam uma maior prevalência nos indivíduos que nunca foram ao dentista ou que apenas o fizeram em caso de dor, contudo estas relações não atingem o significado estatístico (Tabela 11).

Tabela 11. Relação entre manifestações orais mais prevalentes e frequência da ida ao médico dentista.

	Frequência Ida Dentista						
	Nunca (n = 20)	Em caso de dor (n = 30)	Pelo menos uma vez ano (n = 42)	Regularmente (n = 3)			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N	χ^2	P
Periodontite							
Não	0 (0,0)	11 (30,6)	13 (36,1)	12 (33,3)	36	8,5	0,037
Sim	3 (4,7)	31 (48,4)	22 (34,4)	8 (12,5)	64		
Sensibilidade dentária							
Não	1 (2,0)	23 (45,1)	17 (33,3)	10 (19,6)	51	0,71	0,872
Sim	2 (4,1)	19 (38,8)	18 (36,7)	10 (20,4)	49		
Lesão cárie							
Não	1 (1,9)	23 (43,4)	20 (37,7)	9 (17,0)	53	1,3	0,736
Sim	2 (4,3)	19 (40,4)	15 (31,9)	11 (23,4)	47		
Bruxismo/DTM							
Não	1 (2,9)	28 (40,0)	26 (37,1)	14 (20,0)	70	0,55	0,909
Sim	1 (3,3)	14 (46,7)	9 (30,0)	6 (20,0)	30		
Erosão dentária							

Não	2 (2,7)	28 (37,3)	29 (38,7)	16 (21,3)	75	3,1	0,379
Sim	1 (4,0)	14 (56,0)	6 (24,0)	4 (16,0)	25		
Sangramento gengival							
Não	2 (2,6)	32 (41,6)	27 (35,1)	16 (20,8)	77	0,3	0,960
Sim	1 (4,3)	10 (43,5)	8 (34,8)	4 (17,4)	23		
Inflamação mucosa oral							
Não	2 (2,5)	36 (44,4)	27 (33,3)	16 (19,8)	81	1,4	0,715
Sim	1 (2,3)	6 (31,6)	8 (42,1)	4 (21,1)	19		
Gengivite							
Não	3 (3,3)	41 (44,6)	30 (32,6)	18 (19,6)	92	4,1	0,256
Sim	0 (0,0)	1 (12,5)	5 (62,5)	2 (25,0)	8		
Xerostomia							
Não	2 (2,2)	40 (43,0)	34 (36,6)	17 (18,3)	93	6,4	0,093
Sim	1 (14,3)	2 (26,6)	1 (14,3)	3 (42,9)	7		

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%), χ^2 = Qui-quadrado, teste exato de Fisher; p = nível de significância.

4.9. Relação entre o consumo de substâncias lícitas e ilícitas e as manifestações orais mais prevalentes

Quando relacionámos as manifestações orais mais prevalentes com o tempo de fumador e o número de cigarros dia (Tabela 12), verificou-se se uma relação estatisticamente significativa entre a presença de sangramento gengival e os anos de fumador ($\chi^2_{(2)} = 3,8$; $p = 0,046$), sendo que a maior prevalência de indivíduos com sangramento gengival ocorreu nos indivíduos fumadores há 20 anos ou menos (70.0%). Nas restantes manifestações orais, com exceção da gengivite, a maior prevalência ocorreu nos indivíduos fumadores há mais de 20 anos, todavia, estas diferenças não são estatisticamente significativas. No que diz respeito à relação entre o número de cigarros dia e as manifestações orais mais prevalentes, verificou-se que a maior prevalência em todas as manifestações orais ocorre nos indivíduos que fumam mais de 15 cigarros dia, no entanto apenas se verificou uma relação estatisticamente significativa ao nível da sensibilidade dentária ($\chi^2_{(2)} = 3,54$; $p = 0,049$), com uma prevalência de 57,9% nos indivíduos que fumam mais de 15 cigarros dia.

Tabela 12. Relação entre o tempo de consumo de tabaco e o número de cigarros por dia e as manifestações orais mais prevalentes.

	Tempo Fumador		N	χ^2	P	Nº Cigarros dia		χ^2	P
	≤ 20 anos	> 20 anos				entre 10 a 15 cigarros dia	> 15 cigarros dia		
Periodontite									
Sim	26 (49,1)	27 (50,9)	53	0,28	0,596	19 (35,8)	34 (64,2)	1,19	0,276
Não	16 (55,2)	13 (44,8)	29			7 (24,1)	22 (75,9)		
Sensibilidade dentária									
Sim	18 (47,4)	20 (52,6)	38	0,42	0,517	16 (42,1)	22 (57,9)	3,54	0,049
Não	24 (54,5)	20 (45,5)	44			10 (22,7)	34 (77,3)		
Lesão cárie									
Sim	18 (47,4)	20 (52,6)	38	0,42	0,517	11 (28,9)	27 (71,1)	0,25	0,618
Não	24 (54,5)	20 (45,5)	44			15 (34,1)	29 (65,9)		
Bruxismo/DTM									
Sim	8 (34,8)	15 (65,2)	23	3,46	0,063	6 (26,1)	17 (73,9)	0,47	0,495
Não	34 (57,6)	25 (42,4)	59			20 (33,9)	39 (66,1)		
Erosão dentária									
Sim	9 (47,4)	10 (52,6)	25	0,15	0,702	6 (31,6)	13 (68,4)	0,01	0,612
Não	33 (52,4)	30 (47,6)	75			20 (31,7)	43 (68,3)		
Sangramento gengival									
Sim	14 (70,0)	6 (30,0)	14	3,8	0,046	7 (35,0)	13 (65,0)	0,13	0,716
Não	35 (51,5)	33 (48,5)	68			19 (30,6)	43 (69,4)		
Inflamação mucosa oral									
Sim	7 (50,0)	7 (50,0)	19	0,1	0,576	7 (50,0)	7 (50,0)	2,61	0,099
Não	13 (16,0)	68 (84,0)	81			19 (27,9)	49 (72,1)		
Gengivite									

Sim	1 (80,0)	1 (20,0)	5	1,77	0,184	2 (40,0)	3 (60,0)	0,17	0,681
Não	38 (49,4)	39 (50,6)	77			24 (31,2)	53 (68,8)		
Xerostomia									
Sim	3 (42,9)	4 (57,1)	7	0,21	0,643	2 (26,6)	5 (71,4)	0,04	0,610
Não	39 (52,0)	36 (48,0)	75			24 (32,0)	51 (68,0)		

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%), χ^2 = Qui-quadrado, teste exato de Fisher; p = nível de significância

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o consumo de álcool e o bruxismo/DTM ($\chi^2_{(3)} = 9,77$; $p = 0,021$), com uma prevalência de 83,3% nos indivíduos que consomem álcool diariamente, e entre o consumo de álcool e a inflamação da mucosa oral ($\chi^2_{(3)} = 10,12$; $p = 0,018$), sendo que dos 19 indivíduos com inflamação da mucosa oral, 12 (63,2%) consumiam álcool diariamente. A maior prevalência das restantes manifestações orais ocorreu igualmente nos indivíduos que consumiam álcool diariamente, sem, todavia, atingirem o significado estatístico (Tabela 13).

Tabela 13. Relação entre o consumo de álcool e as manifestações orais mais prevalentes.

	Consumo álcool				n	χ^2	P
	Nunca	Raramente	Às vezes	Diariamente			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
Periodontite							
Sim	1 (1,5)	2 (3,1)	21 (32,8)	40 (62,5)	64	2,87	0,412
Não	1 (2,8)	4 (11,1)	10 (27,8)	21 (58,3)	36		
Sensibilidade dentária							
Sim	1 (2,0)	2 (4,1)	14 (28,6)	32 (65,3)	49	1,06	0,786
Não	1 (2,0)	4 (7,8)	17 (33,3)	29 (56,9)	51		
Lesão cárie							
Sim	1 (2,1)	4 (8,5)	10 (21,3)	32 (68,1)	47	4,37	0,224
Não	1 (1,9)	2 (3,8)	21 (39,6)	29 (54,7)	53		
Bruxismo/DTM							
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (16,7)	25 (83,3)	30	9,77	0,021
Não	2 (2,9)	6 (8,6)	26 (37,1)	36 (51,4)	70		
Erosão dentária							
Sim	0 (0,0)	1 (4,0)	4 (16,0)	20 (80,0)	25	5,28	0,152
Não	2 (2,7)	5 (6,7)	27 (36,0)	41 (54,7)	75		

Sangramento gengival							
Sim	0 (0,0)	2 (8,7)	7 (30,4)	14 (60,9)	23	0,96	0,810
Não	2 (2,6)	4 (5,2)	24 (31,2)	47 (61,0)	77		
Inflamação mucosa oral							
Sim	2 (10,5)	0 (0,0)	5 (26,3)	12 (63,2)	19	10,12	0,018
Não	0 (0,0)	6 (7,4)	26 (32,1)	49 (60,5)	81		
Gengivite							
Sim	1 (12,5)	0 (0,0)	2 (25,0)	5 (62,5)	8	5,42	0,144
Não	1 (1,1)	6 (6,5)	29 (31,5)	56 (60,9)	92		
Xerostomia							
Sim	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (14,3)	5 (71,4)		1,82	0,610
Não	2 (2,2)	5 (5,4)	30 (32,3)	56 (60,2)			

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%), χ^2 = Qui-quadrado, teste exato de Fisher; p = nível de significância.

Pela análise da tabela 14, verificou-se que dos 64 indivíduos com periodontite, 51,1% consumiram substâncias ilícitas entre 11 e 20 anos, 33,5% mais de 20 anos e 15,6% menos de 10 anos, sendo esta relação estatisticamente significativa ($\chi^2_{(2)} = 11,0$; $p = 0,004$). Analogamente, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a presença de sangramento gengival e os anos de consumo ($\chi^2_{(2)} = 6,4$; $p = 0,041$), sendo que a maior prevalência de indivíduos com sangramento gengival ocorreu nos indivíduos que consumiram entre 11 e 20 anos (52,9%). Nas restantes manifestações orais e, apesar de não serem estatisticamente significativas, a sua maior prevalência ocorreu nos indivíduos que consumiram 11 ou mais anos.

Tabela 14. Relação entre o tempo de consumo de substâncias ilícitas e as manifestações orais mais prevalentes.

	Consumo ≤10 anos (n = 22)	Consumo ≥11 ≤20 anos (n = 30)	Consumo >20 anos (n = 23)			
	n (%)	n (%)	n (%)	N	χ^2	p
Periodontite						
Sim	7 (15,6)	23 (51,1)	15 (33,3)	45	11,0	0,004
Não	15 (50,0)	7 (23,3)	8 (34,8)	30		
Sensibilidade dentária						
Sim	10 (28,6))	15 (42,9)	10 (28,6)	35	0,21	0,887
Não	12 (30,0)	15 (37,5)	13 (32,5)	40		
Lesão cárie						
Sim	6 (18,2)	17 (51,5)	10 (30,3)	33	4,5	0,108
Não	16 (38,1)	13 (31,0)	13 (31,0)	42		
Bruxismo/DTM						
Sim	4 (17,4)	8 (34,8)	11 (47,8)	23	5,0	0,081
Não	18 (34,6)	22 (42,3)	12 (23,1)	52		
Erosão dentária						
Sim	4 (25,0)	5 (31,3)	7 (43,8)	16	1,7	0,437
Não	18 (30,5)	25 (42,4)	16 (27,1)	59		
Sangramento gengival						
Sim	7 (41,2)	9 (52,9)	1 (5,9)	17	6,4	0,041
Não	15 (25,9)	21 (36,2)	22 (37,9)	58		
Inflamação mucosa oral						
Sim	3 (25,0)	5 (41,7)	4 (33,3)	12	0,13	0,935
Não	19 (30,2)	25 (39,7)	19 (30,2)	63		
Gengivite						
Sim	4 (66,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	6	4,4	0,111
Não	18 (26,1)	29 (42,0)	22 (31,9)	69		
Xerostomia						
Sim	0	4 (80,0)	1 (20,0)	5	3,9	0,141
Não	22 (31,4)	26 (37,1)	22 (31,4)	70		

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%), χ^2 = Qui-quadrado, teste exato de Fisher; p = nível de significância.

4.10. Relação entre a frequência do programa de reabilitação/metadona e as manifestações orais mais prevalentes

Através da análise da tabela 15, é possível verificar que dos 64 participantes que apresentavam periodontite, maioritariamente (73,4%) não frequentavam o programa de metadona e 26,6% frequentavam o programa, sendo que esta relação é estatisticamente

significativa ($\chi^2_{(1)} = 6,61$ $p = 0,01$). Verificou-se, igualmente, a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a frequência do programa de reabilitação e inflamação da mucosa oral ($\chi^2_{(1)} = 4,6$; $p = 0,032$). Em relação à sensibilidade dentária, lesão cárie, Bruxismo/DTM, erosão dentária, sangramento gengival, gengivite e xerostomia, a maior prevalência ocorre nos indivíduos que não frequentam/frequentaram o programa de reabilitação com recurso a metadona. Todavia estas relações não são estatisticamente significativas.

Tabela 15. Relação entre a frequência ou não do programa da metadona e as manifestações orais mais prevalentes.

	Programa de reabilitação metadona		N	χ^2	P
	Sim	Não			
	n (%)	n (%)			
Periodontite					
Sim	17 (26,6)	47 (73,4)	64	6,61	0,01
Não	2 (5,6)	34 (94,4)	36		
Sensibilidade dentária					
Sim	11 (22,4)	38 (77,6)	49	0,74	0,389
Não	8 (15,7)	43 (84,3)	51		
Lesão cárie					
Sim	10 (21,3)	37 (78,7)	53	0,30	0,585
Não	9 (17,0)	44 (83,0)	47		
Bruxismo/DTM					
Sim	6 (20,0)	24 (80,0)	30	0,03	0,867
Não	13 (18,6)	57 (81,4)	70		
Erosão dentária					
Sim	5 (20,0)	20 (80,0)	25	0,02	0,883
Não	14 (18,7)	61 (81,3)	75		
Sangramento gengival					
Sim	3 (13,0)	20 (87,0)	23	0,69	0,407
Não	16 (20,8)	61 (79,2)	77		
Inflamação mucosa oral					
Sim	6 (31,6)	13 (68,4)	19	4,6	0,032
Não	13 (16,0)	68 (84,0)	81		
Gengivite					
Sim	0 (0,0)	8 (100,0)	8	2,04	0,153
Não	19 (20,7)	73 (79,3)	92		
Xerostomia					
Sim	2 (28,6)	5 (71,4)	7	0,45	0,503
Não	17 (18,3)	76 (81,7)	93		

Dados resumidos como frequência (n) e percentagem (%), χ^2 = Qui-quadrado, teste exato de Fisher; p = nível de significância.

5. DISCUSSÃO

A saúde oral é uma componente essencial no bem-estar geral de um indivíduo e influencia significativamente a sua qualidade de vida. No entanto, para os toxicodependentes em tratamento em clínicas de reabilitação, a saúde oral é muitas vezes negligenciada ou subestimada, o que resulta de uma série de fatores, incluindo o próprio consumo de substâncias, a falta de acesso a cuidados dentários e questões socioeconómicas (25).

Um dos principais desafios enfrentados por estes indivíduos reside no impacto direto das substâncias na saúde oral. O abuso de substâncias como as metanfetaminas, cocaína e heroína pode precipitar um espectro de problemas dentários, incluindo cáries, gengivite, periodontite e perda de dentes. Além disso, os hábitos tabágicos são predominantes entre os toxicodependentes, agravando ainda mais estes problemas e aumentando o risco de doenças periodontais e cancro oral (26).

Outro fator que contribui para a saúde oral precária entre os toxicodependentes em tratamento é a falta de acesso a cuidados dentários adequados. Muitos indivíduos que lutam contra a dependência têm recursos financeiros limitados, o que dificulta o acesso a tratamentos dentários regulares (27). Como resultado, as condições dentárias muitas vezes pioram ao longo do tempo, afetando não apenas a saúde oral, mas também a autoestima e a reintegração social dos pacientes em recuperação.

Assim sendo, este estudo preenche uma lacuna crítica na investigação ao fornecer novas evidências científicas sobre as manifestações orais resultantes do uso de substâncias ilícitas em toxicodependentes em tratamento. Os resultados evidenciam a necessidade urgente de implementar novas especificidades no diagnóstico precoce e tratamento destas condições orais. É fundamental salientar a importância dos cuidados dentários nestes indivíduos. Ao reconhecer a importância da saúde oral no processo de reabilitação, podemos melhorar os resultados e aumentar o bem-estar geral dos indivíduos em tratamento da toxicodependência.

Variáveis sociodemográficas

Este estudo incluiu uma população toxicodependentes em tratamento no Norte de Portugal, composta por 100 indivíduos. O número de participantes, ainda que com variações, está em consonância com estudos internacionais nomeadamente estudos realizados na Índia (n=100) (28), China (n=119) (29), Brasil (n=112) (9) e Bangladesh (n=120) (30).

O presente estudo demonstrou uma maior prevalência do consumo de substâncias ilícitas nos indivíduos do sexo masculino. Estes resultados são corroborados por El-Sawy *et al.* (2010), indicando que este comportamento resulta das pressões sociais exercidas que podem ser avassaladoras e levar ao abuso de substâncias. Estas pressões incluem a responsabilidade de sustentar a família, a necessidade de desempenhar trabalhos que exigem esforço físico intenso e lidar eficazmente com diferentes formas de stress emocional (31).

No que concerne à idade de consumo de substâncias ilícitas, estas apresentaram uma maior representação na população jovem, com idades maioritariamente compreendidas entre 18-50 anos (49,3%), o que foi observado em estudos anteriores conduzidos por Reddy *et al.* (2012) (32), Ye *et al.* (2018) (33) e Bhuyan *et al.* (2021) (34).

Relativamente ao nível de escolaridade, o presente estudo demonstrou que a grande maioria dos participantes tinha o 3º ciclo ou o ensino secundário (25%) e 22% o ensino superior. Os nossos resultados são corroborados por vários estudos, nomeadamente de Hossain *et al.* (2018) (30), onde 33,4% dos indivíduos apresentavam o ensino secundário e 39,9% o ensino superior. Analogamente, o estudo de Rooban *et al.* (2008) (18), demonstrou que 30% dos indivíduos frequentavam o ensino secundário e 50% o ensino superior.

Hábitos tabágicos, consumo de bebidas alcoólicas e de substâncias ilícitas

A etiologia das manifestações da cavidade oral é multifatorial, em que o estilo de vida, consumo de tabaco e álcool desempenham um papel causal importante em muitas lesões (35).

No que diz respeito aos hábitos tabágicos, o presente estudo demonstrou que a grande maioria dos indivíduos são fumadores (82%), 48,8% fumam há mais de 20 anos e

mais de 15 cigarros por dia. Da mesma forma os estudos conduzidos por Singh *et al.* (2016) (28) e Bhuyan *et al.* (2021) (34) relatam uma prevalência de 99% e 68,5% de fumadores respetivamente. Analogamente, o nosso estudo, mostrou que 98% dos participantes consumiam álcool, sendo que 61,0% fazem-no diariamente. Estes resultados são corroborados pelos estudos de Kumar *et al.* (2021) (36), e Ferreira *et al.* (2018) (9), em que relataram uma prevalência de consumo de álcool de 87,4% e 92,0%, respetivamente.

O consumo de substâncias ilícitas foi referido por 75 participantes, em que a idade do primeiro consumo, variou entre os 8 e os 40 anos (média = 17,15). Similarmente, o estudo de McGrath *et al.* (2005) (29) constatou que a idade de início do abuso de drogas variou entre os 9 a 22 anos, com média de idade de início de abuso de drogas aos 15 anos. Estes dados confirmam que o abuso de drogas ilícitas é um problema que tem início na adolescência (37).

Entre as substâncias mais consumidas pelos institucionalizados, destacam-se o canábis, a heroína e a cocaína que, no seu conjunto, alcançaram 40,8%. Em consonância, num estudo realizado na Índia (34) observou-se que a canábis foi a substância ilícita mais consumida (59%). Ainda no mesmo âmbito, outros estudos realizados na África do Sul (38), o canábis foi a substância ilícita mais amplamente consumida com uma prevalência de 59%, sendo assim, mais prevalente do que a cocaína e a heroína que apenas demonstrou ser consumida em apenas 4.5%, respetivamente. Por outro lado, estudos realizados no Bangladesh (30) e em Espanha (39), demonstraram que a droga mais consumida foi a heroína, prevalecendo à cocaína, com 55,1% e 96,8%, respetivamente.

Relativamente às vias de administração de substâncias, a mais referenciada é a “cheirada + fumada” (34,7%), seguida da injetável na veia com 25,3% e com 18,7% “cheirada + fumada + injetável”. Estes valores estão em concordância com o estudo de Mukhari-Baloy *et al.* (2022) (38), onde 89% das substâncias ilícitas era fumada, 35% cheirada, e com valores inferiores injetada e engolida, com 22% e 8% respetivamente.

Hábitos de higiene oral

O uso de substâncias psicoativas tende a reduzir a capacidade cognitiva, consequentemente diminuindo a motivação para desempenhar as tarefas do dia a dia como

a higiene oral (40). No entanto, o nosso estudo revela uma tendência oposta, onde 91,0% dos participantes referiram escovar os dentes, sendo que a maioria tinha uma frequência de escovagem de 1 vez por dia (53,8%). Tal como observado na nossa amostra, a frequência de escovagem detetada nestes estudos, era também realizada diariamente (18, 28, 33, 36, 38). Contrariamente, um estudo realizado na Espanha (39), apurou que 64,1% dos usuários de drogas afirmaram nunca escovar os dentes, 17,2% escovavam uma vez por dia e 18,8% duas ou mais vezes.

Apesar dos indivíduos do nosso estudo, terem relatado uma frequência de escovagem alta, estes valores não vão de encontro ao quadro clínico observado, visto que clinicamente os indivíduos analisados demonstraram uma saúde oral deficiente, em que mais da metade destes evidenciaram presença de placa bacteriana bem como doença periodontal. Estes resultados poderão dever-se, por eventualmente os indivíduos não estarem a realizar uma escovagem devidamente correta, o escasso uso de meios auxiliares como o fio dentário e/ou escovilhão e ainda a troca de escova dentária a cada 3 meses.

Relativamente à frequência da ida ao médico dentista, no presente estudo observou-se que mais de metade dos participantes (52,0%) foram há menos de 1 ano. Estes resultados estão em consonância com um estudo realizado na Irlanda (41), onde 57,5% dos indivíduos realizaram consulta no último ano.

Prevalência das manifestações orais

Os toxicodependentes tendem a usar substâncias em maiores quantidades à noite, antes de dormir. Esta prática pode ser prejudicial à saúde oral, especialmente quando acompanhada pelo consumo de bebidas açucaradas e salgados, ricos em açúcar e carboidratos refinados. Esses alimentos contribuem para a formação de cáries e placa bacteriana, principalmente se não houver escovagem adequada e uso de fio dentário antes de dormir. Além disso, o vômito induzido pelo consumo de álcool pode expor os dentes a substâncias químicas corrosivas, aumentando o risco de cárie e desgaste do esmalte dentário (28).

O presente estudo constatou mau estado de saúde oral e negligência entre os toxicodependentes com 82,0% de manifestações orais, sendo que as mais prevalentes

foram a periodontite (64,0%), sensibilidade dentária (49,0%) e a lesão cárie (47,0%). A salientar ainda a DTM/ bruxismo (30%), a erosão dentária (25%), sangramento gengival (23%) e a inflamação da mucosa oral (19%). Similarmente, vários estudos (9, 39, 42) relataram uma elevada prevalência de periodontite associada ao consumo de substâncias ilícitas. Outra das manifestações orais largamente relatada com uma prevalência de 49,0%, foi a sensibilidade dentária. A este propósito o estudo de Bhuyan *et al.* (2021) (34), relatou que 47,9% dos indivíduos em estudo apresentavam sensibilidade dentária. Apesar da maioria dos estudos existentes, apontarem para este sintoma oral como um efeito, essencialmente, do consumo de substâncias sintéticas como o ecstasy e as metanfetaminas (29, 43, 44), também o podemos ver relatado como uma consequência do uso de substâncias estimulantes, como a cocaína, o que, neste estudo, parece ser a associação mais lógica (45). Da mesma forma, há relatos que descrevem que a cárie dentária está associada à 'heroína' (46), ulcerações da mucosa oral ao abuso de éster metílico de ácido 1-3-8-metil-8 azabicyclooctano-2-carboxílico 'cocaína' (47) e desgaste dentário e doença periodontal associada ao 'ecstasy' (48, 49). No entanto, neste estudo 92% dos indivíduos eram policonsumidores de drogas, não sendo assim possível estudar o efeito de uma droga ilícita individual em uma relação “causa e efeito”.

No nosso estudo verificou-se a ausência de lesões pré-cancerígenas bem como as perfurações do palato e do septo nasal, o carcinoma oral e as lesões periodontais GUN e PUN. Embora estudos tenham relatado um aumento na prevalência destas lesões orais (36, 50, 51), a ausência destas lesões no nosso estudo, poderá dever-se ao facto de que todas as lesões foram diagnosticadas por exame visual com base apenas em características clínicas distintas, não tendo sido efetuada a recolha de nenhuma amostra para testes de diagnóstico. O estudo realizado por Rooban *et al.* (18) relatou pelo menos uma lesão da mucosa oral em 49% dos toxicodependentes, enquanto no estudo de Garg *et al.* (2020) (51) os toxicodependentes apresentavam leucoplasia e ulceração em 11,36% e 10,45% dos toxicodependentes, respetivamente. Por outro lado, foram registadas 96 lesões, constituindo 22,5%, o que na opinião dos autores, pode dever-se à associação com o aumento da permeabilidade das camadas basais da mucosa nos alcoólicos, bem como à ação dos vários metabolitos de outras drogas, como o tabaco e a cannabis (9).

Os resultados do nosso estudo mostraram que a maior prevalência das manifestações orais ocorreu em indivíduos com baixa escolaridade, na sua maioria com idades compreendidas entre os 36 e 50 anos. A este propósito o estudo de Shekarchizadeh *et al.* (2013) (40), identificaram os fatores socioeconómicos, incluindo o nível de educação, como determinantes significativos dos resultados de saúde oral, tais como cáries e periodontite. Verificou-se igualmente uma elevada prevalência de manifestações orais nos indivíduos que escovavam os dentes apenas uma vez por dia e que frequentavam menos vezes o dentista. A literatura não aborda especificamente esta questão, contudo diversos estudos (39, 52-55) mostraram uma elevada prevalência de cáries dentárias, doença periodontal e lesões da mucosa oral entre os consumidores de metanfetaminas. Estes resultados sugerem que as más práticas de higiene oral e o acesso limitado a cuidados dentários podem contribuir para os problemas de saúde oral observados nesta população. O estilo de vida dos toxicodependentes é normalmente diferente do da população em geral. Normalmente ignoram a sua saúde oral e têm uma higiene oral deficiente (39, 52-55) .

Também os anos de consumo de substâncias ilícitas influenciaram negativamente a saúde oral destes indivíduos. Do mesmo modo, o estudo realizado por Bhuyan *et al.* (2021) (34) corrobora que todas as manifestações orais foram significativamente maiores nos usuários de drogas com mais de 5 anos em comparação aos usuários com menos 1 ano de consumo.

Ao relacionar a periodontite com os diferentes fatores de risco, os resultados do nosso estudo mostraram que a maior prevalência de periodontite ocorreu na faixa etária dos 36 aos 50 anos (42,2%), em indivíduos com o 1º 2º e 3º ciclo (60.9%), consumidores de drogas ilícitas (81,25%), que ingerem álcool diariamente (62,5%), fumadores (82.8%), que escovam os dentes 1 vez ao dia (59.6%) e que não usam meio auxiliar de higiene oral (64,1%). A este propósito os estudos de Celeste *et al.* (2019) e Zhang *et al.* (2010) mostraram uma associação negativa entre o grau de instrução e a capacidade de manter a saúde periodontal (56, 57). Os dados do National Health and Examination Nutrition Surveys (NHANES) mostraram que níveis mais elevados de educação - mas não de rendimento - estavam associados a maiores probabilidades de ser periodontalmente saudável (58). Analogamente o estudo de Walther *et al.* (2022) mostrou uma associação significativa entre o nível de educação (baixo vs. alto) e a periodontite (59). Por outro lado, Tanner *et al.* (2014)

(60), referem que o tabagismo é um importante fator de risco para o aparecimento de manifestações orais, nomeadamente a doença periodontal e, o seu risco aumenta quando é combinado com outros comportamentos de risco, como o consumo de substâncias ilícitas.

No que concerne à frequência do programa de metadona, verificamos no nosso estudo que os indivíduos que não frequentavam o programa apresentavam uma maior prevalência de periodontite. Contrariamente o estudo de Mateos-Moreno, *et al.* (39) onde a metadona foi utilizada por 92,18% dos indivíduos e a manifestação oral predominante entre os mesmos foi a periodontite com 81,3%.

Limitações do estudo e perspetivas futuras

Este estudo deparou-se com algumas limitações, sendo que a principal preocupação se prende com a sensibilidade do tema. Inicialmente, estávamos cautelosos quanto ao facto de certas perguntas poderem levar os participantes a omitir respostas, o que poderia resultar numa subestimação dos nossos resultados. Para resolver este problema, enfatizámos aos participantes que os questionários e os exames intraorais eram apenas para fins de investigação. Outra das limitações foi relativamente ao número de participantes, uma vez que nestas clínicas de reabilitação, os indivíduos concluem o tratamento entre 3 meses a 1 ano, não sendo assim possível obter um elevado número de participantes. A inexistência de meios auxiliares de diagnósticos, nomeadamente os radiográficos, limitou uma avaliação precisa das manifestações orais.

É de salientar que o enfoque único do nosso estudo, com objetivos não espelhados na literatura existente, representa tanto uma vantagem como um desafio. Embora esta originalidade acrescente valor ao contribuir com novas perspetivas para o campo, também representa um desafio em termos de comparação dos nossos resultados com os estudos existentes. A ausência de investigação diretamente comparável na literatura sublinha a importância do nosso estudo no preenchimento de uma lacuna notável no panorama atual do conhecimento, ao mesmo tempo que enfatiza a necessidade de uma interpretação e contextualização cautelosas dos nossos resultados.

Apesar do crescente reconhecimento das implicações para a saúde oral do abuso de substâncias, continua a haver necessidade de mais investigação para melhor

compreender e abordar as manifestações orais observadas entre os toxicodependentes em clínicas de reabilitação.

Assim, em termos de investigações futuras seria interessante realizar estudos longitudinais que acompanhem os resultados da saúde oral entre os toxicodependentes em reabilitação durante um período alargado. A realização de estudos comparativos que examinem os resultados em matéria de saúde oral entre diferentes programas e contextos de reabilitação podem esclarecer o impacto das abordagens terapêuticas na saúde oral. Igualmente interessante seria a realização de estudos de intervenção que avaliem a eficácia dos programas de promoção da saúde oral nas clínicas de reabilitação.

6. CONCLUSÃO

Neste estudo, as manifestações orais mais frequentemente observadas como resultado do consumo de substâncias ilícitas incluíram periodontite, sensibilidade dentária, lesões de cárie e bruxismo/DTM. As substâncias ilícitas mais comumente consumidas foram a canábis, a heroína e a cocaína, com uma prevalência notável observada entre a população mais jovem. Os resultados deste estudo indicam que a duração do consumo de substâncias se correlaciona com o número de manifestações orais detetadas entre os indivíduos, sugerindo que anos mais longos de consumo de substâncias estão associados a uma maior prevalência de problemas de saúde oral.

Para além disso, o tabagismo surgiu como um dos comportamentos mais prevalentes entre a população toxicodependente, com 82,0% dos participantes a referirem hábitos tabágicos.

Apesar de 53,8% dos participantes terem referido a frequência diária de escovagem, tal não correspondeu aos resultados observados, uma vez que várias manifestações orais e uma má higiene oral continuaram a prevalecer na população estudada.

Em conclusão, o nosso estudo observacional destaca a prevalência e a natureza das manifestações orais entre indivíduos toxicodependentes em tratamento em clínicas de reabilitação no Norte de Portugal. Os resultados enfatizam a necessidade de avaliações dentárias precoces e abrangentes, que permitam a identificação precoce dessas manifestações orais e o tratamento mais adequado.

7. REFERÊNCIAS

1. Alewu B, Nosiri C. Drug Abuse, Addiction and Dependence. In: Sivakumar Joghi Thatha G, editor. *Pharmacology and Therapeutics*. Rijeka: IntechOpen; 2014. p. Ch. 11.
2. Lerner RM, Galambos NL. Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual review of psychology*. 1998;49(1):413-46.
3. Zyl AW. Substance abuse and oral health: an overview: SADJ; 2014.
4. Gigena PC, Cornejo LS, Lescano-de-Ferrer A. Oral health in drug addict adolescents and non psychoactive substance users. *Acta Odontológica Latinoamericana*. 2015;28(1):48-57.
5. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Ekhtiari H, Virtanen JI. Oral Health of Drug Abusers: A Review of Health Effects and Care. *Iran J Public Health*. 2013;42(9):929-40.
6. Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I-Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Revista de saúde pública*. 1997;31(1):21-9.
7. Dias AC, Araújo MR, Dunn J, Sesso RC, de Castro V, Laranjeira R. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *Journal of substance abuse treatment*. 2011;41(3):273-8.
8. Narvaez JC, Jansen K, Pinheiro RT, Kapczinski F, Silva RA, Pechansky F, et al. Psychiatric and substance-use comorbidities associated with lifetime crack cocaine use in young adults in the general population. *Comprehensive psychiatry*. 2014;55(6):1369-76.
9. Ferreira WdB, Assis WC, Teixeira WD, Oliveira MFN, Nunes LA, Casotti CA. Saúde bucal de usuários de drogas institucionalizados. *Enfermería Actual de Costa Rica*. 2018(35):24-37.
10. Ray R. The extent, pattern and trends of drug abuse in India: National survey: Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India & United ...; 2004.
11. Asif A, Ayub S, Komal A, Noor S, Jalal U. Prevalence of human immunodeficiency virus and Hepatitis (B & C) among drug users in a tertiary care public hospital. *Pak J Med Sci*. 2019;35(2):459-63.
12. Teoh L, Moses G, McCullough M. Oral manifestations of illicit drug use. *Australian Dental Journal*. 2019;64(3):213-22.
13. Cho CM, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. *Aust Dent J*. 2005;50(2):70-4.
14. 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.
15. Brand HS, Gonggrijp S, Blanksma CJ. Cocaine and oral health. *Br Dent J*. 2008;204(7):365-9.
16. Hamamoto DT, Rhodus NL. Methamphetamine abuse and dentistry. *Oral Dis*. 2009;15(1):27-37.
17. Reece AS. Dentition of addiction in Queensland: poor dental status and major contributing drugs. *Aust Dent J*. 2007;52(2):144-9.
18. Rooban T, Rao A, Joshua E, Ranganathan K. Dental and oral health status in drug abusers in Chennai, India: A cross-sectional study. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*. 2008;12(1):16-21.
19. Riemer L, Holmes R. Under the influence: informing oral health care providers about substance abuse. *Journal of Evidence Based Dental Practice*. 2014;14:127-35. e1.
20. O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. *J periodontol*. 1972;43(1):38.

21. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *International dental journal*. 1975;25(4):229-35.
22. Organization WH. Oral health surveys: basic methods: World Health Organization; 2013.
23. Bartlett D, Ganss C, Lussi A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. *Clinical oral investigations*. 2008;12:65-8.
24. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of periodontology*. 2018;89:S159-S72.
25. Shelley D, Russell S, Parikh NS, Fahs M. Ethnic disparities in self-reported oral health status and access to care among older adults in NYC. *Journal of Urban Health*. 2011;88:651-62.
26. Saini GK, Gupta N, Prabhat K. Drug addiction and periodontal diseases. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2013;17(5):587-91.
27. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Ekhtiari H, Virtanen JI. Oral health status and its determinants among opiate dependents: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2019;19:1-7.
28. Singh R, Chandra S, Sahu SK, Pandey V, Kaur G. Evaluation of oral health status among drug addicts in rehabilitation centre. *International Archives of Integrated Medicine*. 2016;3(3):65-9.
29. McGrath C, Chan B. Oral health sensations associated with illicit drug abuse. *British dental journal*. 2005;198(3):159-62.
30. Hossain KMS, Kakoli AS, Mesbah FB, Mian AH. Prevalence of oral and dental diseases and oral hygiene practices among illicit drug abusers. *Journal of Alcoholism & Drug Dependence*. 2018;6(1).
31. El-Sawy H, Abdel Hay M, Badawy A. Gender differences in risks and pattern of drug abuse in Egypt. *Egypt J Neurol Psychiat Neurosurg*. 2010;47(1):413-8.
32. Reddy S, Kaul S, Agrawal C, Prasad M, Agnihotri J, Bhowmik N, et al. Periodontal status amongst substance abusers in Indian population. *International Scholarly Research Notices*. 2012;2012.
33. Ye T, Sun D, Dong G, Xu G, Wang L, Du J, et al. The effect of methamphetamine abuse on dental caries and periodontal diseases in an Eastern China city. *BMC Oral Health*. 2018;18:1-6.
34. Bhuyan L, Nishat R, Goutham B, Dash KC, Mishra P, Mahapatra N. Oral sensations among individuals with illicit drug dependence in rehabilitation centers: A cross-sectional study. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*. 2021;13(Suppl 1):S561-S5.
35. Al-Swiahb JN, Chen C-H, Chuang H-C, Fang F-M, Tasi H-T, Chien C-Y. Clinical, pathological and molecular determinants in squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Future Oncology*. 2010;6(5):837-50.
36. Kumar G, Rai S, Sethi AK, Singh AK, Tripathi RM, Jnaneswar A. Assessment of oral health status and treatment needs of drug abusers in Bhubaneswar city: A cross-sectional study. *National Journal of Maxillofacial Surgery*. 2021;12(1):50-5.
37. Lakhanpal P, Agnihotri AK. Drug abuse an international problem: A short review with special reference to african continent. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*. 2007;3-12.
38. Mukhari-Baloyi N, Bhayat A, Madiba TK, Nkambule NR. Oral Health Status of Illicit Drug Users in a Health District in South Africa. *European Journal of Dentistry*. 2023;17(02):511-6.

39. Mateos-Moreno MV, del-Río-Highsmith J, Riobóo-García R, Solá-Ruiz MF, Celemín-Viñuela A. Dental profile of a community of recovering drug addicts: Biomedical aspects. Retrospective cohort study. *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*. 2013;18(4):e671.
40. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Virtanen JI. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. *BMC oral health*. 2013;13:1-7.
41. O'Sullivan E. Prevalence of oral mucosal abnormalities in addiction treatment centre residents in Southern Ireland. *Oral oncology*. 2011;47(5):395-9.
42. Sun D, Ye T, Ren P, Yu S. Prevalence and etiology of oral diseases in drug-addicted populations: a systematic review. *Int J Clin Exp Med*. 2018;11(7):6521-31.
43. Spezzia S. Repercussões bucais do uso de drogas na adolescência. *Revista de Ciências Médicas*. 2018;27(2):93-100.
44. Laller S, Vardaini D, Kanwalpreet MM, Kumar V. Drug abuse/illicit drug use. 2017.
45. Rosenstein DI. Effect of long-term addiction to heroin on oral tissues. *Journal of public health dentistry*. 1975;35(2):118-22.
46. Nives P, Marina K, Irina F, Željko V. Caries prevalence in heroin addicts. *Acta Clinica Croatica*. 2013;52(4.):436-43.
47. Antoniazzi RP, Del'Agnese CC, Bento LW, Santos BZ, Skupien JA, Feldens CA. Association between crack cocaine use and dental caries experience: a cross-sectional study in southern Brazil. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2021;28(48):68417-25.
48. Brazier W, Dhariwal D, Patton D, Bishop K. Ecstasy related periodontitis and mucosal ulceration – a case report. *British dental journal*. 2003;194(4):197-9.
49. Milosevic A, Agrawal N, Redfearn P, Mair L. The occurrence of toothwear in users of Ecstasy (3, 4 MethyleneDioxyMethAmphetamine). *Community dentistry and oral epidemiology*. 1999;27(4):283-7.
50. Bhaskar NN, Vijayakumar N, Virjee K, Gopikrishna V. Oral health status and treatment needs of substance abusers attending de-addiction centers in Bangalore city. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*. 2014;12(1):13-7.
51. Garg Y, Chowdhary Z, Garg K, Gupta A, Kshirsagar M, Reddy JR. Oral health status and treatment needs of substance abusers in Western Uttar Pradesh. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2020;24(5):467-72.
52. 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.
53. Murphy DA, Harrell L, Fintzy R, Vitero S, Gutierrez A, Shetty V. Soda consumption among methamphetamine users in the US: impact on Oral health. *Oral health & preventive dentistry*. 2016;14(3):227.
54. Rommel N, Rohleder NH, Wagenpfeil S, Härtel-Petri R, Jacob F, Wolff K-D, et al. The impact of the new scene drug "crystal meth" on oral health: a case – control study. *Clinical Oral Investigations*. 2016;20:469-75.
55. Shetty V, Mooney LJ, Zigler CM, Belin TR, Murphy D, Rawson R. The relationship between methamphetamine use and increased dental disease. *The Journal of the American Dental Association*. 2010;141(3):307-18.
56. Celeste RK, Oliveira SC, Junges R. Threshold-effect of income on periodontitis and interactions with race/ethnicity and education. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019;22:e190001.
57. Zhang Q, Li Z, Wang C, Shen T, Yang Y, Chotivichien S, et al. Prevalence and predictors for periodontitis among adults in China, 2010. *Global health action*. 2014;7(1):24503.

58. Borrell LN, Burt BA, Warren RC, Neighbors HW. The role of individual and neighborhood social factors on periodontitis: the third National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of periodontology*. 2006;77(3):444-53.
59. Walther C, Spinler K, Borof K, Kofahl C, Heydecke G, Seedorf U, et al. Evidence from the Hamburg City Health Study—association between education and periodontitis. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1662.
60. Tanner T, Kämppi A, Pääkkilä J, Järvelin M-R, Patinen P, Tjäderhane L, et al. Association of smoking and snuffing with dental caries occurrence in a young male population in Finland: a cross-sectional study. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2014;72(8):1017-24.

8. ANEXOS

8.1 Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética do Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

 CESPU INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE Comissão de Ética	
Exma. Senhora Investigadora Andreia Catarina Silva Moreira	
N/Ref.º: CE/IUCS/CESPU-16/23	Data: 2023/julho/14
Assunto: - Parecer relativo ao Projeto de Investigação: 13/CE-IUCS/2023 - Título do Projeto: <i>"Manifestações Orais numa População Toxicodependente em Tratamento em Clínicas de Reabilitação no Norte de Portugal-Estudo Observacional"</i> - Investigadora responsável: Andreia Catarina Silva Moreira - Orientadora responsável: Prof. Doutora Maria Marta Mendonça Moutinho Relvas	

Exma. Senhora,

Informo V. Exa. que o projeto supracitado foi analisado na reunião da Comissão de Ética do IUCS, da CESPU, CrI, no dia 13/07/2023.

A Comissão de Ética é favorável à realização do projeto tal como apresentado.

Com os melhores cumprimentos.


 **CESPU**
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Rua Central de Gandra, 1317
4585-116 GANDRA PRD • Portugal
T. +351 224157100 • E. +351 224157101
www.cespu.pt

Prof. Doutor José Carlos Márcia Andrade
Presidente da Comissão de Ética do IUCS

8.2 Anexo 2: Autorização da Direção-Geral Clínica Dr. Nuno Santiago, Clínica De Tratamento De Toxicodependência e Alcoolismo Ran e Centro de Tratamento De Dependências SAE.



Assunto: Investigação académica para Mestrado em Medicina Dentária pela CESPU

Tenho a honra de informar V. Exa que, por despacho da Sra. Diretora Geral, Dra. Fátima Guerra, datado de 19/04/2023, as alunas Joana Linhares e Andreia Moreira estão autorizadas, no âmbito do Mestrado em Medicina Dentária pela Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário – CESPU, a realizar um estudo na Clínica de Tratamento de Toxicodependência e Alcoolismo – Ran.

Considerando o interesse do projeto, este estudo, foi autorizado, mediante as seguintes condições:

- a calendarização e modo de organização da pesquisa seja acordada com a Direção da Clínica de Tratamento de Toxicodependência e Alcoolismo – Ran, por forma a que se conciliem os objetivos académicos com a exequibilidade do trabalho, sem perturbação do normal funcionamento do centro;
- o desenvolvimento do estudo esteja sempre dependente da disponibilidade dos pacientes para colaborarem, reservando-se-lhes o direito de, a qualquer momento, poderem interromper a sua cooperação;
- as investigadoras fiquem obrigadas a preservar o anonimato dos dados e das pessoas que venham a cooperar;
- o resultado final do trabalho, deve ser remetida cópia à Clínica de Tratamento de Toxicodependência e Alcoolismo – Ran.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora Geral

RAN
Estrada Nacional N.º 2, Casa 4
Gravelos, 5000-027 Vila Real

Estrada Nacional N.º 2 – Casa 4
Gravelos - Alameda
5000-027 Vila Real
geral@ran.pt

259 335 231 «Chamada para a rede fixa nacional»
617 524 139 «Chamada para rede móvel nacional»
800 303 295 (Chamada sem custo)

 Clinica
Dr. Nuno R. Santiago

Assunto: Investigação académica para Mestrado em Medicina Dentária pela CESPU

Tenho a honra de informar V. Exa que, por despacho da Sra. Diretora Geral, Dra. Manuela Neves, datado de 19/04/2023, as alunas Joana Linhares e Andreia Moreira estão autorizadas, no âmbito do Mestrado em Medicina Dentária pela Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário – CESPU, a realizar um estudo na Clínica Dr. Nuno R. Santiago.

Considerando o interesse do projeto, este estudo, foi autorizado, mediante as seguintes condições:

- a calendarização e modo de organização da pesquisa seja acordada com a Direção da Clínica Dr. Nuno R. Santiago, por forma a que se conciliem os objetivos académicos com a exequibilidade do trabalho, sem perturbação do normal funcionamento do centro;
- o desenvolvimento do estudo esteja sempre dependente da disponibilidade dos pacientes para colaborarem, reservando-se-lhes o direito de, a qualquer momento, poderem interromper a sua cooperação;
- as investigadoras fiquem obrigadas a preservar o anonimato dos dados e das pessoas que venham a cooperar;
- o resultado final do trabalho, deve ser remetida cópia à Clínica Dr. Nuno R. Santiago.

Com os melhores cumprimentos,



Travessa de Porinhos, 187
Arões S. Romão
4820-748 Fafe
geral@clinicadununosantiago.com
admissoes@clinicadununosantiago.com
Geral: +351 253 592 450
Admissões: +351 916 610 475



Assunto: Investigação académica para Mestrado em Medicina Dentária pela CESPU

Tenho a honra de informar V. Exa que, por despacho da Sra. Diretora Geral, Dra. Margarida Monteiro, datado de 19/04/2023, as alunas Joana Linhares e Andreia Moreira estão autorizadas, no âmbito do Mestrado em Medicina Dentária pela Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário – CESPU, a realizar um estudo no Centro de Tratamento de Dependências – SAE.

Considerando o interesse do projeto, este estudo, foi autorizado, mediante as seguintes condições:

- a calendarização e modo de organização da pesquisa seja acordada com a Direção do Centro de Tratamento de Dependências – SAE, por forma a que se conciliem os objetivos académicos com a exequibilidade do trabalho, sem perturbação do normal funcionamento do centro;
- o desenvolvimento do estudo esteja sempre dependente da disponibilidade dos pacientes para colaborarem, reservando-se-lhes o direito de, a qualquer momento, poderem interromper a sua cooperação;
- as investigadoras fiquem obrigadas a preservar o anonimato dos dados e das pessoas que venham a cooperar;
- o resultado final do trabalho, deve ser remetida cópia ao Centro de Tratamento de Dependências – SAE.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora Geral

Dra. Margarida Monteiro

Travessa da Fonte n.º 91
4500-553 Anta - Espinho
22 732 15 29
geral@saespinho.pt

8.3 Anexo 3: Consentimentos Informado.



Consentimento informado

Nós, Andreia Catarina Silva Moreira e Joana Patrícia Fonseca Linhares, encontramos-nos a realizar uma investigação para a realização de duas dissertações de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde. As dissertações têm como temas “Manifestações Orais numa população toxicodependente em tratamento em clínicas de reabilitação no Norte de Portugal” e “Prevalência de Doenças Orais numa população toxicodependente em tratamento em clínicas de Reabilitação no Norte de Portugal”. A orientação destes trabalhos é da responsabilidade da Prof. Doutora Marta Relvas.

O objetivo geral da investigação consiste em descrever qual a prevalência/ manifestações orais, numa população toxicodependente em tratamento.

A sua colaboração será voluntária, tendo o direito de recusar a participação sem que daí advenham quaisquer tipos de consequências para o seu tratamento na comunidade. As informações disponibilizadas são estritamente confidenciais e serão apenas utilizadas para fins meramente científicos.

Li, compreendi e tive oportunidade de esclarecer todas as dúvidas relativamente à minha participação nos estudos referidos e aceito participar.

Assinatura dos Investigadores

Assinatura do Participante

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA UTILIZAÇÃO DE FOTOGRAFIAS DA CAVIDADE ORAL

As fotografias serão utilizadas exclusivamente para fins académicos, mais especificamente para a apresentação da dissertação de fim de curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária e para o póster científico. As fotografias serão tratadas de forma anónima, sem a divulgação de qualquer dado de identidade.

Declaro que este consentimento é dado de forma livre e esclarecida, sem qualquer tipo de coação ou influência, com pleno conhecimento das implicações deste ato.

Li, compreendi e tive oportunidade de esclarecer todas as dúvidas relativamente ao uso das minhas fotografias intra-orais, e aceito a sua utilização para os devidos fins que fui devidamente informado.

Assinatura dos Investigadores

Assinatura do Participante

8.4. Anexo 4: Portefólio Ilustrativo.

Principais Manifestações Oraís

Xerostomia



Fonte: <http://www.bayerandfahl.com/226/xerostomia-and-dental-health/>

Perfuração do septo nasal



Fonte: Jorge Dinis-Oliveira, R., Carvalho, F., Alberto Duarte, J., Brandao Proenca, J., Santos, A., & Magalhães, T. (2012). Clinical and forensic signs related to cocaine abuse. Current drug abuse reviews, 5(1), 64-83.

Perfuração Palatina



Fonte: Di Cosola, M., et al. (2007). "Cocaine-related syndrome and palatal reconstruction: report of a series of cases." International journal of oral and maxillofacial surgery 36(8): 721-727

Candidíase Oral



Fonte: Jin, L., Leung, W. e Samaranayake, L. (2009). Oral mucosal fungal infections. Periodontology 2000, 49, pp. 39-59.

Erosão dentária



Fonte: Branco, C. A., et al. (2013). "Erosão dental: diagnóstico e opções de tratamento." Revista de Odontologia da UNESP 37(3): 235-242.

Bruxismo e DTM (Distúrbio Temporo Mandibular)



Fonte: <https://odontopapeles.com.br/dentista/clinica-odontologica/zona-sul/tratamento-do-bruxismo/>

Lesões de Cárie



Fonte: Unia, S. R. M. (2017). *O impacto da toxicodependência na saúde oral* (Doctoral dissertation)

Lesão de cárie rampante- Meth mouth



Fonte: <https://www.mouthhealthy.org/all-topics-a-z/meth-mouth>

Lesões pré- carcinogénicas



Fonte: <https://opmdcare.com/leucoplasia-oral/?lang=pt-pt>

Inflamação da mucosa oral



Fonte: <https://marciadeoliveira.com.br/blog/item/100-sangramento-gengival-pode-ser-um-sinal-de-alerta>

Hiperpigmentação da língua



Fonte: Gontijo, B., et al. (2006). "Manifestações cutâneas decorrentes do uso de drogas ilícitas." *Anais brasileiros de dermatologia* 81: 307-317.

Carcinoma Oral



Fonte: <https://www.ond.pt/publico/cancro-oral/>

**Doenças periodontais- GUN (Gengivite
Ulcerativa Necrosante)**



Fonte: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%A9rbios-da-boca-e-dos-dentes/doen%C3%A7as-periodontais/gengivite-ulcerativa-necrosante-aguda-guna>

**Doenças periodontais- PUN (Periodontite
Ulcerativa Necrosante)**



Fonte: Silva, U. A. E. (2014). Periodontite ulcerativa necrosante: tratamento físico da superfície radicular com Erbium YAG laser.

Queilite Angular



Fonte: <https://dimensionsofdentalhygiene.com/article/the-etiology-of-xerostomia/>

8.5. Anexo 5: Questionário.

QUESTIONÁRIO

Data _____

Código: _____

Local da intervenção: _____

I. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade: _____

2. Nacionalidade: _____

3. Sexo:

Masculino () Feminino ()

4. Estado Civil:

Solteiro (a) ()

Casado (a) / União de Facto ()

Divorciado (a) / Separado (a) () Viúvo ()

5. Habilitações Literárias:

1º. Ciclo (antiga 4ª classe) ()

2º. Ciclo (6º ano) ()

3º. Ciclo ou equivalente (9º ano) ()

Secundário ou equivalente (12º ano) ()

Ensino superior ()

6. Atividade(s) profissional antes de entrar na instituição:

Nunca Trabalhou ()

Desempregado ()

Reformado ()

Trabalhava por conta própria ()

Em quê? _____

Trabalhava por conta de outrem ()

Em quê? _____

II. CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

7. É fumador?

Não () Sim ()

Se sim, há quantos anos fuma? _____

Se sim, qual a quantidade diária? _____

8. É ex-fumador?

Não () Sim ()

Se sim, há quanto tempo deixou de fumar? _____

Se sim, durante quantos anos fumou? _____

Se sim, qual a quantidade diária que fumava? _____

9. Ingeria bebidas alcoólicas?

Nunca () Uma vez por ano () Uma vez por mês () Mais que uma vez por mês () Uma vez por semana ()
Mais que uma vez por semana () Uma vez por dia () Mais que uma vez por dia ()

10. Durante quanto tempo ingeriu bebidas alcoólicas? _____

11. Já alguma vez consumiu algum tipo de Substância Ílicita?

Não () Sim ()

12. Qual destas substâncias já consumiu?	
Cannabis (Haxixe, marijuana, ganza, erva)	
Heroína (Castanha)	
Cocaína fumada (Crack, bases, pedra)	
Cocaína injetável ou por via nasal/"snifada"	
Anfetaminas (Speed, cristal)	
Ecstasy/MDMA (Pastilha)	
LSD (Ácido)	
Outra, qual?	_____

13. Com que idade consumiu drogas pela primeira vez?

_____anos

14. Durante quanto tempo consumiu?

15. Quais as vias de administração que já utilizou para consumir?

Cheirada () Injetada na veia () Fumada () Engolia/Esfregava na gengiva () Outras () Quais?

16. Há quanto tempo está sem consumir substâncias/em abstinência?

17. DADOS NUTRICIONAIS	SIM	SE SIM, COM QUE FREQUÊNCIA?	NÃO
Consome açúcar (bolos, chocolates, guloseimas)			
Comer e/ou beber frutas ácidas (laranja, abacaxi)			
Refrigerantes (Coca-Cola®, Fanta®, Ice Tea®)			
Café / chá			

III. ASSISTÊNCIA DENTÁRIA

18. Esta satisfeito com o aspeto dos seus dentes?

Não () Sim () Se não está, qual o motivo? _____

19. Última vez que foi ao dentista?

Nunca foi () Menos de 1 ano () 1 a 2 anos () 2 a 3 anos () entre 3 e 5 anos () Mais de 5 anos ()

20. Com que frequência consulta o médico dentista?

Regularmente () Pelo menos uma vez por ano () Só em caso de dor () Nunca ()

21. Qual o motivo da ida ao dentista?

Prevenção/rotina () Dor de dentes () Outros () Qual? _____

22. Recebeu orientação sobre higiene oral?

Não () Sim () Não se lembra ()

23. Falou ao dentista sobre o seu uso da droga(s)?

Não () Sim () Não se lembra () Não usava nessa altura ()

Se SIM qual foi a reação do dentista?

Não quis mais lhe atender () Recebeu a informação com naturalidade () Recebeu a informação com indiferença () Mostrou má vontade () Outras reações ()
Qual? _____

Se NÃO falou, qual foi o motivo?

Teve receio de não ser mais atendido () Teve receio de não se sentir aceito/acolhido () Teve receio do dentista demonstrar indiferença () Teve receio do dentista demonstrar má vontade () Outros ()
Qual? _____

24. Costuma escovar os dentes?

Não () Sim ()

25. Se sim, qual a frequência de escovagem?

Menos de 1x por dia () 1x por dia () 2x por dia () Mais do que 2x por dia ()

26. Além da escova e da pasta utiliza outro meio auxiliar de limpeza?

Não () Sim ()

Se SIM, qual?

Elixir ()

Fio dentário ()

Escovilhão ()

Outro () Qual? _____

27. Já perdeu algum dente?

Não () Sim, por cárie () Sim, por trauma () Sim, por doença periodontal – Doença da gengiva ()
Outros () Qual? _____

28. As gengivas costumam sangrar com regularidade?

Não () Sim ()

29. Costuma ter sensibilidade dentária?

Não () Sim ()

30. Sofre ou sofreu de alguma doença?

Não () Sim ()

Se sim, qual?	
Esquizofrenia	
Epilepsia	
Depressão	
HIV/SIDA	
Hepatite	
Diabetes	
Doença cardíaca	
Outras, quais)	

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

28. MEDICAMENTOS	
Toma alguma medicação?	Há quanto tempo está a fazer essa medicação: _____
Não () Sim () Qual? _____	
Motivo de uso? _____	Está a tomar ou tomou metadona?
Frequência de uso: _____	Não () Sim ()

29. QUESTIONÁRIO SOBRE XEROSTOMIA (boca seca)	NÃO	SIM
Necessita de ingerir líquidos para deglutir alimentos?		
Sente a boca seca durante as refeições?		
Acorda de noite para beber água?		
A sua boca está seca?		
Tem dificuldade de comer alimentos secos?		
Mastiga chicletes ou rebuçados para aliviar a secura?		
Tem dificuldade em engolir certos alimentos?		

8.7. Anexo 7: Índice CPOD.

Dentition status by tooth surface

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Occ																	(45-54)
Mes																	(55-70)
Buc																	(71-86)
Dis																	(87-102)
Oral																	(103-118)
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Occ																	(119-128)
Mes																	(129-144)
Buc																	(145-160)
Dis																	(161-176)
Oral																	(177-192)

Permanent teeth

Status

- 0 = Healthy
- 1 = Caries
- 2 = Filled w/caries
- 3 = Filled no/caries
- 4 = Missing due to caries
- 5 = Missing for another reason
- 6 = Fissure sealant
- 7 = Fixed partial denture, crown, abutment, veneer, implant
- 8 = Unerupted
- 9 = Not recorded

8.8. Anexo 8: Índice de Erosão Dentária BEWE.

ÍNDICE DE EROSÃO DENTÁRIA (BEWE)	
Escore	Critérios para a classificação de desgaste
0	Sem desgaste erosivo
1	Perda inicial de textura superficial
2	Perda de tec. duro < 50% da superfície dentária
3	Perda de tec. duro > 50% da superfície dentária

1ºsext	2ºsext	3ºsext
6ºsext	5ºsext	4ºsext