

# **Manifestações Orais e sua Prevalência, Decorrentes do Uso de Substâncias Ilícitas numa População Prisional.**

**Luciana da Silva Rocha**

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

**Gandra, 29 de julho de 2022**

**Luciana da Silva Rocha**

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

**Manifestações Orais e sua Prevalência,  
Decorrentes do Uso de Substâncias Ilícitas  
numa População Prisional.**

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

## 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 INTERNACIONAL NA FORMA DE POSTER



### Certificate

This certifies that **ROCHA L., GONÇALVES M., ROMPANTE P., SALAZAR F., RELVAS M.**, delivered the following Poster:

**Oral manifestations and their prevalence arising from the**

**use of illicit drugs in a prison population in the**

**1<sup>st</sup> International Congress of UNIPRO Research Unit (IUCS-CESPU)**

*Conference on Advances in Research on Oral Cancer*

*convened by UNIPRO and the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer*

from April 7<sup>th</sup> to 8<sup>th</sup> of 2022, at Centro de Congressos da Alfândega do Porto.



**Professor Luís Monteiro**  
(President of the Organizing Committee)



## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Marta Relvas, por todo o suporte. De alguma forma, a vida fez com que nos cruzássemos e mais tarde, com que nos escolhêssemos. Da minha parte, digo-lhe que não poderia ter escolhido melhor. Obrigada pelo profissionalismo, confiança e respeito.

À minha coorientadora, Professora Doutora Maria dos Prazeres Gonçalves, por toda a presença. Presença é estar e saber estar e durante este processo, não houve presença como a sua. Obrigada pela sua entrega, prontidão e apoio.

Ao Professor Doutor Paulo Rompante, devo também a possibilidade de realização deste trabalho. Foi quem estabeleceu prontamente, desde o primeiro dia, a ponte entre o IUCS e o Estabelecimento Prisional.

À minha professora de estágio, Doutora Ana Catarina Barbosa, quem lutou connosco desde o início para que o nosso trabalho fosse passível de se concretizar. Obrigada pela sua dedicação. Se há pessoa que levo para a vida como uma referência não só a nível profissional, mas também a nível de valores pessoais, é a professora.

À Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, pela possibilidade que nos concedeu em realizar o presente trabalho no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira.

Ao guarda prisional Vilas-Boas, as minhas palavras de maior carinho e apreço. Obrigada por fazer o seu trabalho como ninguém. Sem nunca esquecer as assistentes do Estabelecimento Prisional, D. Adelaide e Sónia, por todo o suporte logístico e acima de tudo, anímico, para que este trabalho fosse levado a bom porto.

À minha binómia, Mariana, por todo o sacrifício partilhado. Este ano foi a demonstração do “eu por ti e tu por mim”. Ambas sabemos que a nossa entrega não seria a mesma sem a presença uma da outra. À nossa longa e eterna irmandade.

Às minhas amigas do coração, Ana, Joana, Marisa, Luana, Seabra e Beleza, todos estes anos passados do vosso lado fizeram com que tudo se tornasse mais fácil. Juntas, partilhamos o curso e acima de tudo, a vida.

À prima Carolina, quem muitas das vezes me deu a mão e me deu a motivação para chegar ao fim. Obrigada por nunca desistires de mim e por tantas vezes teres sido o meu abrigo mesmo sem saberes.

Aos meus melhores amigos da vida, vocês também são o meu sucesso e a minha vontade de viver e fazer. Obrigada por acreditarem sempre nas minhas capacidades, pela vossa presença, paciência e por jamais, em momento algum, deixarem com que eu me abale com o que quer que seja.

Por último, porque os últimos são sempre os primeiros, à minha família. Aos meus pais por todo o apoio financeiro, emocional e por serem a minha estrutura, a minha casa e os meus valores. À minha irmã, o amor da minha vida de todas as horas.

## RESUMO

As substâncias ilícitas mais consumidas em meio prisional, referidas pela literatura, são o canábis, a cocaína e a heroína. Substâncias sintéticas como as metanfetaminas e o ecstasy, também apresentam uma prevalência relevante. A dependência daquelas tem sido comprovada como prejudicial na cavidade oral, podendo originar uma série de manifestações anormais.

O principal objetivo deste estudo foi observar os efeitos provocados pelo consumo de substâncias ilícitas na cavidade oral, numa população prisional do Norte de Portugal.

Foi realizado um estudo observacional transversal que envolveu 91 reclusos do sexo masculino com idades compreendidas entre os 25-75 anos. Os inquiridos foram sujeitos a um questionário e a um exame clínico intraoral.

A média de idades dos participantes foi de  $41,14 \pm 8,98$  anos, sendo que a maioria possuía o 3º ciclo de escolaridade (28,6%). Dos 91 reclusos, verificou-se que 15,4% não possuía hábitos de higiene oral, a maioria era fumador (89,0%), no entanto, na sua generalidade, referiram não consumir álcool (91,2%). O consumo de substâncias ilícitas demonstrou-se uma prática comum (86,8%), onde o canábis, heroína e cocaína foi o conjunto de substâncias ilícitas que prevaleceu (29,1%). Trinta e um reclusos encontravam-se a frequentar o programa de reabilitação da metadona (34,1%). Dos 91 participantes, 82 (90,1%) apresentavam manifestações orais, sendo as lesões de cárie as mais prevalentes (61,0%) e as da mucosa oral as menos observadas (3,7%).

As principais manifestações orais encontradas, associadas ao consumo de substâncias ilícitas foram: lesões de cárie, perda e sensibilidade dentárias, doenças periodontais, distúrbios da ATM, xerostomia e bruxismo.

**Palavras-chave:** Substâncias ilícitas; Manifestações orais; População prisional.

## ABSTRACT

The most commonly consumed illicit drugs in prison, as reported in the literature, are cannabis, cocaine and heroin. Synthetic substances, such as methamphetamine and ecstasy, also have a relevant prevalence. The dependence on these substances has been proven to be harmful to the oral cavity and may lead to a series of abnormal manifestations.

The main objective of this study was to observe the effects caused by the consumption of illicit drugs in the oral cavity, in a prison population in the North of Portugal.

A cross-sectional observational study was conducted involving 91 male inmates aged 25-75 years. The respondents were subjected to a questionnaire and an intraoral clinical examination.

The mean age of the participants was  $41.14 \pm 8.98$  years, and most of them had completed the 3rd cycle of Portuguese basic education system (28.6%). Of the 91 inmates, 15.4% had no oral hygiene habits, most were smokers (89.0%), however, in general, they reported not consuming alcohol (91.2%). The consumption of illicit drugs proved to be a common practice (86.8%), where cannabis, heroin and cocaine were the most prevalent (29.1%). Thirty-one inmates were attending the methadone rehabilitation program (34.1%). Of the 91 participants, 82 (90.1%) presented oral manifestations, with caries lesions being the most prevalent (61.0%) and oral mucosa lesions the least observed (3.7%).

The main oral manifestations found, associated to the consumption of illicit drugs were: caries lesions, tooth loss and sensitivity, periodontal diseases, TMJ disorders, xerostomia and bruxism.

**Keywords:** Illicit drugs; Oral Manifestations; Prison Population.

# ÍNDICE

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>1.</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>2.</b> | <b>OBJETIVOS</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>3.</b> | <b>METODOLOGIA</b> .....   | <b>5</b>  |
| 3.1.      | Tipo de estudo.....  | 5         |
| 3.2.      | Amostra .....  | 5         |
| 3.3.      | Critérios de inclusão .....  | 5         |
| 3.4.      | Critérios de exclusão.....   | 5         |
| 3.5.      | Variáveis sociodemográficas, hábitos e toxicodependência .....   | 6         |
| 3.6.      | Variáveis clínicas recolhidas.....   | 6         |
| 3.7.      | Análise estatística.....   | 6         |
| <b>4.</b> | <b>RESULTADOS</b> .....  | <b>8</b>  |
| 4.1.      | Caracterização sociodemográfica da amostra.....  | 8         |
| 4.2.      | Hábitos tabágicos, consumo de álcool e de substâncias ilícitas .....                                     | 9         |
| 4.3.      | Hábitos de higiene oral .....  | 11        |
| 4.4.      | Prevalência das manifestações orais .....  | 12        |
| 4.5.      | Relação entre anos de consumo de substâncias ilícitas e faixa etária... 13                               |           |
| 4.6.      | Relação entre o consumo de substâncias ilícitas e tabagismo .....  | 14        |
| 4.7.      | Relação entre o tempo de consumo de substâncias ilícitas e as manifestações orais mais prevalentes ..... | 14        |
| 4.8.      | Relação entre a frequência do programa de reabilitação e as manifestações orais mais prevalentes .....   | 15        |
| 4.9.      | Relação entre os hábitos de higiene oral com as manifestações orais mais prevalentes .....               | 17        |
| <b>5.</b> | <b>DISCUSSÃO</b> .....   | <b>18</b> |
| <b>6.</b> | <b>CONCLUSÃO</b> .....   | <b>28</b> |
| <b>7.</b> | <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....  | <b>29</b> |
| <b>8.</b> | <b>ANEXOS</b> .....  | <b>34</b> |
| 8.1.      | Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética do Instituto Universitário de Ciências da Saúde.....               | 34        |
| 8.2.      | Anexo 2: Parecer da DGRSP .....  | 35        |
| 8.3.      | Anexo 3: Consentimento Informado .....   | 37        |
| 8.4.      | Anexo 4: Portefólio Ilustrativo .....  | 38        |
| 8.5.      | Anexo 5: Questionário.....   | 40        |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1-</b> Distribuição dos participantes por faixa etária.....           | 8  |
| <b>Figura 2-</b> Distribuição dos participantes por nível de escolaridade. .... | 8  |
| <b>Figura 3-</b> Número de anos de consumo de substâncias ilícitas.....         | 10 |
| <b>Figura 4-</b> Tipo de substâncias ilícitas consumidas. ....                  | 11 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1-</b> Hábitos tabágicos, alcoólicos e consumo de substâncias ilícitas. ....  | 9  |
| <b>Tabela 2-</b> Hábitos de higiene oral.....   | 11 |
| <b>Tabela 3-</b> Prevalência das manifestações orais.....   | 12 |
| <b>Tabela 4-</b> Prevalência de outras manifestações orais. ....  | 13 |
| <b>Tabela 5-</b> Anos de consumo de substâncias ilícitas de acordo com a faixa etária.....                                    | 13 |
| <b>Tabela 6-</b> Relação entre o consumo de substâncias ilícitas e hábitos tabágicos. ....                                    | 14 |
| <b>Tabela 7-</b> Relação entre manifestações orais e anos de consumo de substâncias<br>ilícitas. ....                         | 14 |
| <b>Tabela 8-</b> Relação entre a frequência ou não do programa da metadona e as<br>manifestações orais mais prevalentes. .... | 16 |
| <b>Tabela 9-</b> Relação entre hábitos de higiene oral com as manifestações orais mais<br>prevalentes. ....                   | 17 |

## LISTA DE ABREVIATURAS

**AAP/EFP:** American Academy of Periodontology/European Federation of Periodontology

**ATM:** Articulação Temporomandibular

**DGRSP:** Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

**DP:** Desvio Padrão

**DTM:** Distúrbios Temporomandibulares

**EP:** Estabelecimento Prisional

**EPPF:** Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira

**N:** Número de amostra

**p:** Significância

**SPSS:** Statistical Program for Social Sciences

## 1. INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias ilícitas por parte da população prisional, constitui um dos maiores problemas de saúde, quer pela sua frequência, quer pela sua gravidade (1-5). No entanto, existe controvérsia acerca da sua prevalência, que demonstra uma escassez de dados sobre o consumo daquelas durante a reclusão (6). Esta variação pode ter origem não só na metodologia de investigação, mas também na maior dificuldade de aquisição de substâncias, ou ao receio inerente ao recluso de ser detetado e penalizado (1, 7).

O consumo de substâncias ilícitas inicia-se habitualmente durante a adolescência e a idade adulta jovem, com o baixo nível educacional como fator de risco acrescido (8).

As substâncias ilícitas mais consumidas em meio prisional, referidas pela literatura, são: canábis, cocaína e heroína. Substâncias sintéticas que incluem as metanfetaminas e o ecstasy, também apresentam uma prevalência relevante (1, 5, 9).

A dependência de substâncias ilícitas tem sido comprovada como prejudicial nas mais variadas partes do corpo humano, incluindo a cavidade oral, originando uma série de manifestações anormais que podem afetar direta ou indiretamente os constituintes da boca, abrangendo as mucosas, os dentes e os tecidos periodontais e, quando deixadas sem tratamento ao longo do tempo, tornam-se tipicamente mais graves, mais dolorosas, mais difíceis de tratar e mais dispendiosas, podendo afetar severamente a função mastigatória, a estética e o bem-estar geral (8, 10, 11).

Neste sentido, ainda que as substâncias ilícitas variem em termos de composição, via de administração e finalidade, parece existir um perfil comum de manifestações, no entanto, com algumas diferenças: nos consumidores de canábis verifica-se lesões de cárie, doenças periodontais, xerostomia e candidíase (12, 13). Nos cocainómanos observa-se a perfuração do palato e do septo nasal, doença periodontal, alto índice de cárie e perdas dentárias,

bruxismo, disfunção da articulação temporomandibular (ATM), parestesias e diminuição da sensibilidade gustativa (10, 13, 14). Nos de heroína, além das doenças periodontais, xerostomia e perda dentária, um sinal patognomónico são as lesões de cárie cervicais (13). *Meth mouth* é o termo para descrever as lesões orais em consumidores de metanfetaminas (3, 10, 13, 15, 16). Além do bruxismo, disfunção da ATM, atrição dentária, xerostomia e doença periodontal, as lesões de cárie e a erosão dentária também parecem ser comuns nos consumidores de ecstasy (13).

As lesões da mucosa oral, algumas delas pré-cancerígenas, também podem ser encontradas neste leque de consumidores (8, 14).

Existem ainda dois comportamentos comuns entre a população reclusa que têm implicações para a saúde oral: o tabagismo e o consumo de álcool. São várias as pesquisas que indicam que o seu consumo excessivo, aumenta a prevalência e gravidade da doença periodontal, e potencia o risco de cancro oral (10, 14). Tem sido também observado que aquela população, carece de hábitos de higiene oral, a qual também contribui negativamente para o aparecimento e ou agravamento de tais manifestações (17).

Em Portugal, a elevada proporção de reclusos com um historial de consumo de substâncias ilícitas e, conseqüentemente, as características associadas, fez com que emergisse uma crescente necessidade de implementar programas de tratamento de consumos em meio prisional (18). Assim, no que respeita aos programas de intervenção junto da população reclusa toxicodependente, a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), dispõe de um programa orientado para a abstinência onde é utilizada a metadona (19). Esta substância é dada aos pacientes como um opióide sintético de ação prolongada, mas que, por si só, pode despoletar repercussões a nível oral tais como xerostomia, lesões de cárie e doença periodontal (2, 12).

Posto isto, e nas condições ideais, os estabelecimentos prisionais (EP) deveriam proporcionar uma oportunidade para os reclusos adictos receberem tratamento adequado, facilitando a sua posterior reintegração social após cumprirem a sua pena (1). A saúde oral é de extrema importância para o bem-estar individual e



**CESPU**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

potencia uma interação social mais saudável e uma reinserção mais pacífica  
(15).

## **2. OBJETIVOS**

Dado o consumo de substâncias ilícitas ser um fenómeno habitual, e a sua relação com o comprometimento da saúde oral, este estudo tem como objetivo principal a observação dos efeitos provocados na cavidade oral, decorrentes do seu consumo, numa população prisional do Norte de Portugal, tendo ainda como objetivo secundário a avaliação de potenciais fatores agravantes tais como o tabagismo e a ingestão de álcool.

### **3. METODOLOGIA**

Este estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (CE/IUCS/CESPU-20/21 - Anexo 1), assim como pela DGRSP (Anexo 2).

#### **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 da população reclusa do Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira (EPPF). A mesma é constituída por 91 elementos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 25 e os 75 anos.

#### **3.3. Critérios de inclusão**

Elementos do sexo masculino, com idade igual ou superior a 18 anos, presença do recluso no EPPF durante o período de recolha dos dados e respetivo consentimento informado assinado pelo mesmo (Anexo 3). Os participantes teriam ainda de responder afirmativamente a um dos seguintes critérios: consumo prévio de álcool, tabaco e/ou substâncias ilícitas e a deteção da presença de manifestações orais que foi realizada com auxílio de um portefólio ilustrativo (Anexo 4). Dos 103 reclusos inquiridos, 91 reuniram estes critérios de inclusão.

#### **3.4. Critérios de exclusão**

Reclusos que não tenham aceite a sua participação no estudo e que não apresentavam qualquer tipo de consumo prévio de álcool, tabaco e substâncias ilícitas assim como manifestações orais decorrentes daquele. De uma amostra inicial de 107 reclusos, quatro não aceitaram participar no

estudo, sendo que dos 103 restantes, 12 não cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos.

### **3.5. Variáveis sociodemográficas, hábitos e toxicodependência**

De forma a ultrapassar possíveis dificuldades inerentes à alfabetização dos participantes, a recolha de dados foi realizada com recurso a uma entrevista seguindo um questionário previamente realizado (Anexo 5). Foram recolhidas as seguintes informações: (1) dados sociodemográficos; (2) hábitos tabágicos; (3) hábitos alcoólicos; (4) consumo de substâncias ilícitas; (5) frequência de programa de reabilitação; (6) sinais e sintomas orais e (7) hábitos de higiene oral.

### **3.6. Variáveis clínicas recolhidas**

As informações recolhidas através do exame clínico foram as manifestações clínicas visíveis e mais comumente relacionadas com o consumo de substâncias ilícitas (canábis, cocaína, heroína, metanfetaminas, ecstasy e outras), apresentadas no portefólio ilustrativo (Anexo 4): lesões pré-cancerígenas, inflamação e lesões da mucosa oral, candidíase oral, lesões de cárie, bruxismo, perfuração do palato e do septo nasal, hiperpigmentação da língua e lesões de cárie rampantes. Ainda a destacar a presença de outras manifestações com repercussões a nível oral, mas que podiam ou não ser detetáveis a olho nu, tais como: xerostomia, doenças periodontais, distúrbios temporomandibulares (DTM), parestesia lingual e labial, diminuição da sensibilidade gustativa, hipersensibilidade dentária e tremores faciais. O diagnóstico dos casos de gengivite e periodontite foram definidos de acordo com o novo consenso da *American Academy of Periodontology* e pela *European Federation of Periodontology* (AAP/EFP), tal como descrito por Tonetti *et al.* 2018 (20).

### **3.7. Análise estatística**

A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa *Statistical Program for Social Sciences* (IBM SPSS), versão 28.0 para *Windows*.

A estatística descritiva foi expressa como média, desvio padrão (DP) para as variáveis quantitativas e como frequências e percentagens para as variáveis



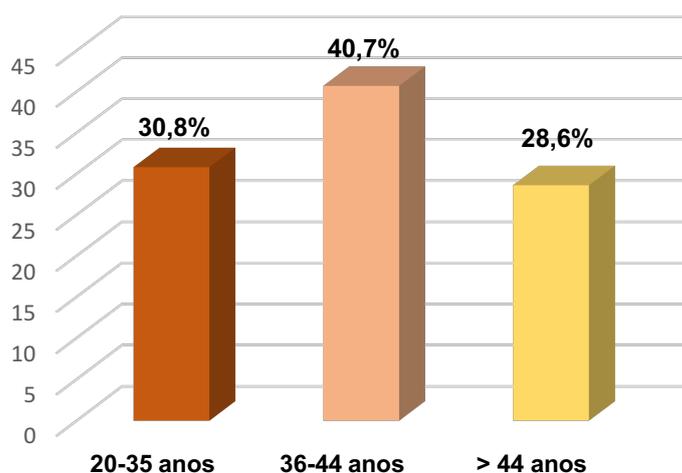
qualitativas. O teste de Qui-quadrado foi utilizado para avaliar a associação entre as variáveis qualitativas: faixas etárias, consumo de substâncias ilícitas, frequência do programa de reabilitação, hábitos de higiene oral, de acordo com as manifestações orais mais prevalentes.

O nível de significância estatística utilizado foi de  $p \leq 0,05$ .

## 4. RESULTADOS

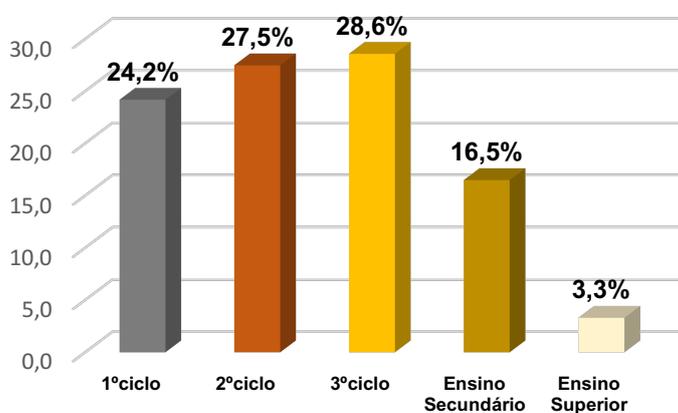
### 4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra é constituída por 91 reclusos com idades compreendidas entre os 25 e 75 anos (média = 41,14; DP = 8,98), sendo que a maioria dos participantes encontrava-se na faixa etária dos 36 aos 44 anos (40,7%) (figura 1).



*Figura 1- Distribuição dos participantes por faixa etária.*

No que diz respeito à escolaridade, verificou-se que 26 (28,6%) dos participantes frequentaram o 3º ciclo, 25 (27,5%) o 2º ciclo e 22 (24,2%) o 1º ciclo. Apenas 3 (3,3%) dos participantes possuíam o ensino superior e 15 (16,5%) o ensino secundário (figura 2).



*Figura 2- Distribuição dos participantes por nível de escolaridade.*

#### 4.2. Hábitos tabágicos, consumo de álcool e de substâncias ilícitas

Relativamente aos hábitos tabágicos e, tal como se pode visualizar na tabela 1, a maioria dos participantes (89,0%) era fumador, sendo que destes 81, 48 (52,7%) fumavam há menos de 25 anos e 40 (44,0%) fumavam entre 11 a 20 cigarros por dia.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 83 reclusos (91.2%) referiram não as consumir, sendo que apenas 2 participantes (2,2%) relataram o seu consumo semanal.

O consumo de substâncias ilícitas foi denotado como prática comum entre os participantes, onde 79 (86,8%) dos reclusos referiu já ter consumido um ou vários tipos de substâncias ilícitas, sendo que 36 (39,6%) tinha iniciado o seu consumo há 10 ou menos anos (figura 3). O tipo de substâncias ilícitas mais consumidas pode ser visualizado na figura 4. O conjunto “canábis, heroína e cocaína” predomina com 29,1%. Já o canábis, por si só, representa 20,3% dos consumos. As principais substâncias ilícitas consideradas no âmbito do presente estudo, no seu conjunto (canábis, heroína, cocaína, anfetaminas e ecstasy), alcançaram uma percentagem de consumo de 12,7%. Um principal destaque ainda para a junção de canábis e cocaína que representa um consumo de 10,1%. Num outro extremo, com apenas 1,3%, observa-se o consumo das junções “canábis, cocaína e ecstasy” assim como “cocaína, anfetaminas e ecstasy”.

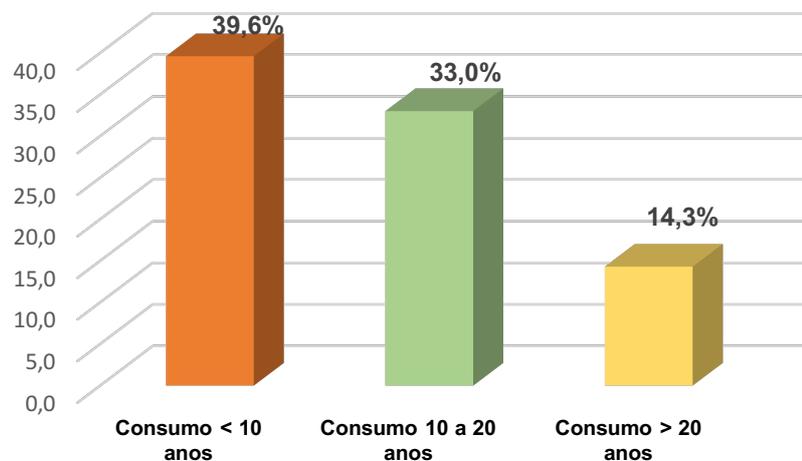
De entre os 79 consumidores de substâncias ilícitas, 31 (34,1%) encontravam-se a frequentar um programa de reabilitação, orientado para a abstinência (programa de metadona).

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

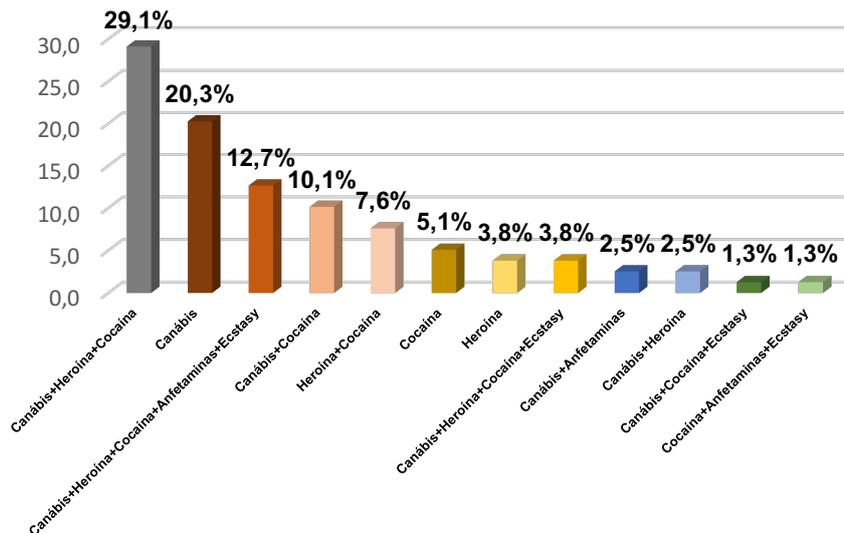
|                          | N  | %    |
|--------------------------|----|------|
| <b>Hábitos Tabágicos</b> |    |      |
| Fumador                  | 81 | 89,0 |
| Não fumador              | 10 | 11,0 |
| Fumador menos de 25 anos | 48 | 52,7 |
| Fumador mais de 25 anos  | 33 | 36,0 |



|  |    |      |
|--|----|------|
| Até 10 cigarros dia                    | 24 | 26,4 |
| Entre 11 a 20 cigarros dia             | 40 | 44,0 |
| Mais de 20 cigarros dia                | 17 | 18,7 |
| <b>Ingestão de Bebidas Alcoólicas</b>  |    |      |
| Nunca                                  | 83 | 91,2 |
| Uma vez por ano                        | 1  | 1,1  |
| Uma vez por mês                        | 3  | 3,3  |
| Mais que uma vez por mês               | 2  | 2,2  |
| Uma vez por semana                     | 2  | 2,2  |
| <b>Consumo de Substâncias Ilícitas</b> |    |      |
| Sim                                    | 79 | 86,8 |
| Não                                    | 12 | 13,2 |
| Consumo <10 anos                       | 36 | 39,6 |
| Consumo entre 10 a 20 anos             | 30 | 33,0 |
| Consumo >20 anos                       | 13 | 14,3 |
| <b>Programa de Reabilitação</b>        |    |      |
| Sim (Metadona)                         | 31 | 34,1 |
| Não                                    | 48 | 52,7 |



**Figura 3-** Número de anos de consumo de substâncias ilícitas.



**Figura 4-** Tipo de substâncias ilícitas consumidas.

#### 4.3. Hábitos de higiene oral

No que concerne aos hábitos de higiene oral, 77 (84,6%) dos participantes referiram escovar os dentes, sendo que a maioria (n=33, 36,3%) disse fazê-lo 2 vezes ao dia (tabela 2). Catorze dos reclusos inquiridos, mencionaram não cumprir qualquer tipo de higiene oral sendo que destes, 7 são edêntulos totais.

**Tabela 2-** Hábitos de higiene oral.

|                        | N  | %    |
|------------------------|----|------|
| Escovar os dentes      | 77 | 84,6 |
| Não escovar os dentes  | 14 | 15,4 |
| Escovar 1x dia         | 16 | 17,6 |
| Escovar 2x dia         | 33 | 36,3 |
| Escovar 3x dia         | 24 | 26,4 |
| Escovar > 3 x dia      | 2  | 2,2  |
| Escovar 2 em 2 dias    | 1  | 1,1  |
| Escovar 2 a 3 x semana | 1  | 1,1  |

#### 4.4. Prevalência das manifestações orais

Dos 91 participantes, 82 (90,1%) apresentavam manifestações orais, sendo que a mais prevalente foi a lesão de cárie (61,0%). A dificuldade em mastigar essencialmente inerente à falta de peças dentárias, assim como a sensibilidade dentária tiveram também um papel de destaque com 50,0% e 48,8% respetivamente. Foi também notória a prevalência das doenças periodontais com 36 reclusos (43,9%) a manifestarem periodontite e 23 (28,0%) gengivite. A salientar ainda os DTM (32,9%) e o bruxismo (30,5%), os quais também foram relatados com alguma frequência, assim como a xerostomia (29,3%). Num outro extremo, surgem a candidíase oral, a hiperpigmentação da língua, as lesões pré-cancerígenas bem como as perfurações do palato e do septo nasal, como não tendo ocorrido em nenhum dos participantes deste estudo. Apenas 1 indivíduo apresentou outras manifestações orais não detetáveis a olho nu, sendo ela a hipersensibilidade dentária (tabela 3). Foi ainda possível recolher, além das manifestações orais que estavam inicialmente reportadas, a elevada existência da perda de dentes, onde 41,8% apresentava uma perda de até 10 peças dentárias. Foi ainda possível observar a presença de atrição dentária em 13 (14,3%) inquiridos, tal como apresentado na tabela 4.

**Tabela 3-** Prevalência das manifestações orais.

| <b>Manifestações Orais</b>  | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------|----------|----------|
| Lesão Cárie                 | 50       | 61,0     |
| Dificuldade em Mastigar     | 41       | 50,0     |
| Sensibilidade Dentária      | 40       | 48,8     |
| Inflamação Mucosa Oral      | 35       | 42,7     |
| Periodontite                | 36       | 43,9     |
| DTM                         | 27       | 32,9     |
| Bruxismo                    | 25       | 30,5     |
| Xerostomia                  | 24       | 29,3     |
| Gengivite                   | 23       | 28,0     |
| Lesão Cárie Rampante        | 15       | 18,3     |
| Sangramento Gengival        | 17       | 20,7     |
| Mobilidade Dentária         | 10       | 12,2     |
| Lesão Mucosa Oral           | 3        | 3,7      |
| Candidíase Oral             | 0        | -        |
| Hiper Pigmentação da Língua | 0        | -        |
| Lesão Pré-cancerígena       | 0        | -        |
| Perfuração do Palato        | 0        | -        |

|                              |   |     |
|------------------------------|---|-----|
| Perfuração do Septo Nasal    | 0 | -   |
| Hiperssensibilidade Dentária | 1 | 1,2 |

**Tabela 4-** Prevalência de outras manifestações orais.

| <b>Outras Manifestações Orais</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Perda 0-10 dentes                 | 38       | 41,8     |
| Perda 11-20 dentes                | 27       | 29,7     |
| Perda > 20 dentes                 | 19       | 20,9     |
| Desdentado Total                  | 7        | 7,7      |
| Atrição Dentária                  | 13       | 14,3     |

#### 4.5. Relação entre anos de consumo de substâncias ilícitas e faixa etária

Pela análise da tabela 5, verificou-se que dos 79 indivíduos que consumiram substâncias ilícitas, 36 (45,5%) consumiam há 10 anos ou menos e 31 (39,2%) encontravam-se na faixa etária dos 37 aos 44 anos. Constatou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre os anos de consumo e a faixa etária ( $\chi^2_{(4)} = 8,26$ ;  $p = 0,015$ ).

**Tabela 5-** Anos de consumo de substâncias ilícitas de acordo com a faixa etária.

|                           | <b>Consumo<br/>≤10 anos</b> | <b>Consumo<br/>≥11<br/>≤20<br/>anos</b> | <b>Consumo<br/>&gt;20 anos</b> | <b>Total</b> |          |       |
|---------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|--------------|----------|-------|
| <b>Faixas Etárias</b>     | n (%)                       | n (%)                                   | n (%)                          | n (%)        | $\chi^2$ | $p$   |
| <b>≥25 e ≤ 36 anos</b>    | 14 (51,9)                   | 13 (48,1)                               | 0 (0,0)                        | 27 (100,0)   | 8,26     | 0,015 |
| <b>&gt;36 e ≤ 44 anos</b> | 13 (41,9)                   | 10 (32,3)                               | 8 (25,8)                       | 31 (100,0)   |          |       |
| <b>Idade &gt; 44 anos</b> | 9 (42,9)                    | 7 (33,3)                                | 5 (23,8)                       | 21 (100,0)   |          |       |
| <b>Total</b>              | 36                          | 30                                      | 13                             | 79           |          |       |

$\chi^2$  = qui-quadrado;  $p$  = significância.

#### 4.6. Relação entre o consumo de substâncias ilícitas e tabagismo

Dos 79 participantes que indicaram consumir substâncias ilícitas, 74 eram fumadores, sendo que esta relação é estatisticamente significativa ( $\chi^2_{(1)} = 13,3$   $p < 0,001$ ).

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

|         |     |        | Consumo Substâncias Ilícitas |        |       | $\chi^2$ | $p$    |
|---------|-----|--------|------------------------------|--------|-------|----------|--------|
|         |     |        | não                          | sim    | Total |          |        |
| Fumador | não | N      | 5                            | 5      | 10    | 13,3     | <0,001 |
|         |     | %      | 41,7                         | 6,3%   | 11,0% |          |        |
|         | sim | N      | 7                            | 74     | 81    |          |        |
|         |     | %      | 58,3                         | 93,7%  | 89,0% |          |        |
| Total   | N   | 12     | 79                           | 91     |       |          |        |
|         | %   | 100,0% | 100,0%                       | 100,0% |       |          |        |

$\chi^2$  = qui-quadrado;  $p$  = significância.

#### 4.7. Relação entre o tempo de consumo de substâncias ilícitas e as manifestações orais mais prevalentes

Pela análise da tabela 7, apurou-se que independentemente do tipo de manifestação oral apresentada, a maior prevalência ocorreu nos indivíduos que consumiram há 10 ou menos anos, verificando-se uma relação estatisticamente significativa entre a manifestação oral “dificuldade em mastigar” e o número de anos de consumo ( $\chi^2_{(2)} = 6,70$ ;  $p = 0,03$ ) assim como entre o bruxismo e o número de anos de consumo ( $\chi^2_{(2)} = 6,52$ ;  $p = 0,038$ ).

**Tabela 7-** Relação entre manifestações orais e anos de consumo de substâncias ilícitas.

|                                |     | Consumo   | Consumo            | Consumo   | total | $\chi^2$ | $p$         |
|--------------------------------|-----|-----------|--------------------|-----------|-------|----------|-------------|
|                                |     | ≤10 anos  | ≥11<br>≤20<br>anos | >20 anos  |       |          |             |
|                                |     | n (%)     | n (%)              | n (%)     | N     |          |             |
| <b>Lesão Cárie</b>             | Sim | 24 (53,3) | 14 (31,1)          | 7 (15,6)  | 45    | 2,73     | 0,255       |
|                                | Não | 12 (35,3) | 16 (47,1)          | 6 (17,6)  | 41    |          |             |
| <b>Dificuldade em Mastigar</b> | Sim | 18 (47,4) | 10 (26,3)          | 10 (26,3) | 38    | 6,70     | <b>0,03</b> |
|                                | Não | 18 (43,9) | 20 (48,8)          | 3 (7,3)   | 41    |          |             |
| <b>Sensibilidade</b>           | Sim | 20 (52,6) | 10 (26,3)          | 8 (21,1)  | 38    |          |             |

|                               |     |           |           |           |    |       |              |
|-------------------------------|-----|-----------|-----------|-----------|----|-------|--------------|
| <b>Dentária</b>               |     |           |           |           |    | 4,36  | 0,113        |
|                               | Não | 16 (39,0) | 20 (48,8) | 5 (12,2)  | 41 |       |              |
| <b>Inflamação Mucosa Oral</b> | Sim | 15 (44,1) | 12 (35,3) | 7 (20,6)  | 34 | 0,76  | 0,684        |
|                               | Não | 21 (46,7) | 18 (40,0) | 6 (13,3)  | 45 |       |              |
| <b>Periodontite</b>           | Sim | 16 (45,7) | 13 (37,1) | 6 (17,1)  | 35 | 0,30  | 0,985        |
|                               | Não | 20 (45,5) | 17 (38,6) | 7 (15,9)  | 44 |       |              |
| <b>DTM</b>                    | Sim | 12 (46,2) | 9 (34,6)  | 5 (19,2)  | 26 | 0,299 | 0,861        |
|                               | Não | 24 (45,3) | 21 (39,6) | 8 (15,1)  | 53 |       |              |
| <b>Bruxismo</b>               | Sim | 16 (64,0) | 8 (32,0)  | 1 (4,0)   | 25 |       |              |
|                               | Não | 20 (37,0) | 22 (40,7) | 12 (22,2) | 54 | 6,52  | <b>0,038</b> |
| <b>Xerostomia</b>             | Sim | 11 (44,0) | 11 (44,0) | 3 (12,0)  | 25 | 0,811 | 0,667        |
|                               | Não | 25 (46,3) | 19 (35,2) | 10 (18,5) | 54 |       |              |
| <b>Gengivite</b>              | Sim | 9 (39,1)  | 10 (43,5) | 4 (17,4)  | 23 |       |              |
|                               | Não | 27 (48,2) | 20 (35,7) | 9 (16,1)  | 56 | 0,571 | 0,752        |
| <b>Lesão Cárie Rampante</b>   | Sim | 7 (43,8)  | 5 (31,3)  | 4 (25,0)  | 16 | 1,14  | 0,565        |
|                               | Não | 29 (46,0) | 25 (39,7) | 9 (14,3)  | 63 |       |              |
| <b>Sangramento Gengival</b>   | Sim | 8 (50,0)  | 6 (37,5)  | 2 (12,5)  | 16 | 0,278 | 0,870        |
|                               | Não | 28 (44,4) | 24 (38,1) | 11 (17,5) | 63 |       |              |

#### 4.8. Relação entre a frequência do programa de reabilitação e as manifestações orais mais prevalentes

Através da análise da tabela 8, é possível verificar que dos 38 participantes que apresentavam dificuldades em mastigar, 20 (52,6%) frequentavam o programa de reabilitação, sendo que dos 41 que não apresentavam dificuldades em mastigar apenas 11 (26,8%) frequentavam esse mesmo programa. Verifica-se, portanto, a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a frequência do programa de reabilitação e as dificuldades na mastigação ( $\chi^2_{(1)} = 5,51$   $p = 0,019$ ). O mesmo sucede com a periodontite ( $\chi^2_{(1)} = 3,92$   $p = 0,048$ ), na qual de um total de 35 indivíduos que a possuíam, 51,4% encontrava-se a frequentar o programa da metadona. Em relação à gengivite ( $\chi^2_{(1)} = 6,50$   $p = 0,011$ ), apesar de se ter encontrado também uma diferença estatisticamente significativa, a mesma sucede de forma contrária. Isto é, de um total de 23 reclusos com gengivite, 19 (82,6%) não se encontrava a frequentar o programa da metadona.

Em relação às manifestações orais que não demonstraram diferenças estatisticamente significativas, os indivíduos que apresentaram lesão de cárie, na sua maioria (57,8%) não frequentavam o programa de reabilitação. O mesmo se verifica com os participantes que apresentavam sensibilidade dentária (57,9%), inflamação da mucosa oral (64,7%), DTM (69,2%), bruxismo (72,0%), e sangramento gengival (62,5%).

Ainda que a xerostomia e a lesão de cárie rampante, também não tenham demonstrado diferenças estatisticamente significativas, é possível observar que tais manifestações ocorreram em maior percentagem (52,0% e 56,3%, respetivamente) nos reclusos que frequentavam o programa da metadona.

**Tabela 8-** Relação entre a frequência ou não do programa da metadona e as manifestações orais mais prevalentes.

|                                | Programa de Reabilitação-Metadona |              |            | $\chi^2$ | <i>p</i> |              |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------|------------|----------|----------|--------------|
|                                | Sim<br>n (%)                      | Não<br>n (%) | Total<br>N |          |          |              |
| <b>Lesão Cárie</b>             | Sim                               | 19 (42,2)    | 26 (57,8)  | 45       | 0,390    | 0,532        |
|                                | Não                               | 12 (35,3)    | 22 (64,7)  |          |          |              |
| <b>Dificuldade em Mastigar</b> | Sim                               | 20 (52,6)    | 18 (47,4)  | 38       | 5,51     | <b>0,019</b> |
|                                | Não                               | 11 (26,8)    | 30 (73,2)  | 41       |          |              |
| <b>Sensibilidade Dentária</b>  | Sim                               | 16 (42,1)    | 22 (57,9)  | 38       | 0,252    | 0,616        |
|                                | Não                               | 15 (36,6)    | 26 (63,4)  | 41       |          |              |
| <b>Inflamação Mucosa Oral</b>  | Sim                               | 12 (35,3)    | 22 (64,7)  | 34       | 0,390    | 0,532        |
|                                | Não                               | 19 (42,2)    | 26 (57,8)  | 45       |          |              |
| <b>Periodontite</b>            | Sim                               | 18 (51,4)    | 17 (48,6)  | 35       | 3,92     | <b>0,048</b> |
|                                | Não                               | 13 (29,5)    | 31 (70,5)  | 44       |          |              |
| <b>DTM</b>                     | Sim                               | 8 (30,8)     | 18 (69,2)  | 26       | 1,17     | 0,280        |
|                                | Não                               | 23 (43,4)    | 30 (56,6)  | 53       |          |              |
| <b>Bruxismo</b>                | Sim                               | 7 (28,0)     | 18 (72,0)  | 25       | 1,94     | 0,164        |
|                                | Não                               | 24 (44,4)    | 30 (55,6)  | 54       |          |              |
| <b>Xerostomia</b>              | Sim                               | 13 (52,0)    | 12 (48,0)  | 25       | 2,50     | 0,114        |
|                                | Não                               | 18 (33,3)    | 36 (66,7)  | 54       |          |              |
| <b>Gengivite</b>               | Sim                               | 4 (17,4)     | 19 (82,6)  | 23       | 6,50     | <b>0,011</b> |
|                                | Não                               | 27 (48,2)    | 29 (51,8)  | 56       |          |              |
| <b>Lesão Cárie Rampante</b>    | Sim                               | 9 (56,3)     | 7 (43,8)   | 16       | 2,44     | 0,119        |
|                                | Não                               | 22 (34,9)    | 41 (65,1)  | 63       |          |              |
| <b>Sangramento Gengival</b>    | Sim                               | 6 (37,5)     | 10 (62,5)  | 16       | 0,025    | 0,873        |
|                                | Não                               | 25 (39,7)    | 38 (60,3)  | 63       |          |              |

#### 4.9. Relação entre os hábitos de higiene oral com as manifestações orais mais prevalentes

Quando relacionadas as manifestações orais mais prevalentes com os hábitos de higiene oral (tabela 8), verifica-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre escovar ou não os dentes e a lesão de cárie ( $\chi^2_{(1)} = 5.52$   $p= 0.019$ ), assim como com a dificuldade em mastigar ( $\chi^2_{(1)} = 9.82$   $p= 0.002$ ). Ambas ocorreram no sentido de quando há a presença das manifestações referidas, existem também hábitos de higiene oral.

Nenhuma das manifestações orais estudadas, demonstrou estar mais associada à ausência de hábitos de higiene oral.

**Tabela 9-** Relação entre hábitos de higiene oral com as manifestações orais mais prevalentes.

|                                |     | Escovar os dentes |              |            | $\chi^2$ | $p$          |
|--------------------------------|-----|-------------------|--------------|------------|----------|--------------|
|                                |     | Sim<br>n (%)      | Não<br>n (%) | Total<br>N |          |              |
| <b>Lesão Cárie</b>             | Sim | 48 (92,3)         | 4 (7,7)      | 52         | 5,52     | <b>0,019</b> |
|                                | Não | 29 (74,4)         | 10 (25,6)    | 39         |          |              |
| <b>Dificuldade em Mastigar</b> | Sim | 31 (72,1)         | 12 (27,9)    | 43         | 9,82     | <b>0,002</b> |
|                                | Não | 46 (95,8)         | 2 (4,2)      | 48         |          |              |
| <b>Sensibilidade Dentária</b>  | Sim | 37 (88,1)         | 5 (11,9)     | 42         | 0,726    | 0,394        |
|                                | Não | 40 (81,6)         | 9 (18,4)     | 49         |          |              |
| <b>Inflamação Mucosa Oral</b>  | Sim | 32 (84,2)         | 6 (15,8)     | 38         | 0,008    | 0,928        |
|                                | Não | 45 (84,9)         | 8 (15,1)     | 53         |          |              |
| <b>Periodontite</b>            | Sim | 35 (92,1)         | 3 (7,9)      | 38         | 2,81     | 0,094        |
|                                | Não | 42 (79,2)         | 11 (20,8)    | 53         |          |              |
| <b>DTM</b>                     | Sim | 24 (82,8)         | 5 (17,2)     | 29         | 0,113    | 0,737        |
|                                | Não | 53 (85,8)         | 9 (14,5)     | 62         |          |              |
| <b>Bruxismo</b>                | Sim | 25 (92,6)         | 2 (7,4)      | 27         | 1,88     | 0,171        |
|                                | Não | 52 (81,3)         | 12 (18,8)    | 64         |          |              |
| <b>Xerostomia</b>              | Sim | 24 (92,3)         | 2 (7,7)      | 26         | 1,67     | 0,198        |
|                                | Não | 53 (81,5)         | 12 (18,5)    | 65         |          |              |
| <b>Gengivite</b>               | Sim | 22 (84,6)         | 4 (15,4)     | 26         | 0        | 1,0          |
|                                | Não | 55 (84,6)         | 10 (15,4)    | 65         |          |              |
| <b>Lesão Cárie rampante</b>    | Sim | 14 (81,8)         | 3 (17,6)     | 17         | 0,082    | 0,774        |
|                                | Não | 63 (85,1)         | 11 (14,9)    | 74         |          |              |
| <b>Sangramento Gengival</b>    | Sim | 18 (94,7)         | 1 (5,3)      | 19         | 1,89     | 0,169        |
|                                | Não | 59 (81,9)         | 13 (18,1)    | 72         |          |              |

## 5. DISCUSSÃO

O elevado número de reclusos com um historial de consumo de substâncias ilícitas, aliado ao crescente aumento da população prisional assim como à elevada mobilidade de reclusos entre prisões, dificulta o acesso dos mesmos a cuidados de saúde oral. Os EP que prestam serviços de saúde oral, por norma estabelecem o tratamento de rotina com base na ordem de pedidos realizada por aqueles, organizando-os em lista de espera. Muitas vezes, os indivíduos são transferidos de prisão antes de atingirem o topo dessa lista, e têm de iniciar novamente o mesmo processo na nova prisão em que são colocados. Desta forma, muitos deles apenas conseguem tratamento em situação de urgência, não existindo espaço para uma observação e atuação clínicas totalmente individualizadas e adequadas. Assim sendo, este estudo, e dada a escassez de investigações sobre o mesmo tema a nível nacional, vem proporcionar novas provas científicas, visando alertar e demonstrar a necessidade da existência da implementação de novas especificidades no diagnóstico e tratamento precoces de manifestações orais decorrentes do uso de substâncias ilícitas, em meio prisional.

### **Variáveis sociodemográficas**

O presente estudo abrangeu uma população reclusa de um EP do Norte de Portugal, composta por 91 indivíduos. O número de participantes, ainda que com variações, está em consonância com estudos internacionais nomeadamente estudos realizados em Espanha (n=63) (21), Brasil (n=112) (7), Israel (n=69) (22) e Finlândia (n=89) (23). A salientar um estudo realizado em terreno nacional, também ele no contexto de reclusão, onde foi avaliado o tratamento às dependências e onde obtiveram um total de 78 participantes (24).

Similarmente, aos estudos desenvolvidos por Vainionpää 2019 (23), Heidari *et al.* 2007 (4), Bagde *et al.* 2015 (25) e Lázaro *et al.* 2012 (15), a maioria dos participantes do nosso estudo pertence à faixa etária dos 36-44 anos, com uma média de idades de 41 anos.

Tal como encontrado no presente estudo, o qual demonstrou que a grande maioria dos participantes possuía como habilitações literárias o ensino básico

(2º e 3º ciclos), a literatura menciona que um nível educacional mais baixo entre os reclusos é um factor de risco acrescido para o consumo de substâncias ilícitas (1). Os nossos resultados são corroborados por vários estudos, nomeadamente os de Caravaca-Sánchez *et al.* 2015 (1), Marques *et al.* 2015 (11) e Buch *et al.* 2019 (8), onde predominam os níveis de escolaridade inferiores.

### **Hábitos tabágicos, consumo de bebidas alcoólicas e de substâncias ilícitas**

No que diz respeito aos hábitos tabágicos, o presente estudo demonstrou que a grande maioria dos reclusos era fumadora (89,0%) além de que praticamente metade destes (44,0%), fumava uma grande quantidade diária, variando entre 11 a 20 cigarros. Sabe-se que o tabagismo é um importante factor de risco para o aparecimento de manifestações orais, e o seu risco aumenta quando é combinado com outros comportamentos de risco, como o consumo de substâncias ilícitas (26). Neste sentido e tal como seria de esperar, o nosso estudo demonstrou que a relação entre o consumo de tabaco a par do consumo de substâncias ilícitas, foi estatisticamente significativa. No senso comum, na maioria das vezes, os hábitos tabágicos são o despoletar para a descoberta de outras substâncias de consumo (27).

São várias as investigações que corroboram os nossos resultados, relatando uma elevada prevalência tabágica: Priwe *et al.* 2018 (28), Vainionpää 2019 (23) e Heidari *et al.* 2007 (4), reportam valores na ordem dos 80% ou superiores.

Um dos factores relatado pelos reclusos no que toca à elevada percentagem de fumadores assim como da grande quantidade diária de tabaco consumida, prende-se com o facto do stress sofrido por aqueles, referindo que o período da noite é o que mais fumam visto que estão fechados nas suas celas, não tendo qualquer tipo de abstração.

Outro comportamento de risco normalmente associado ao tabagismo, assim como ao consumo de substâncias ilícitas, prende-se com o consumo de álcool (27, 29, 30) no entanto, este último não foi verificado no nosso estudo. Os inquiridos que referiram o consumo de bebidas alcoólicas, mencionaram fazê-

lo apenas num contexto de saídas precárias do EP. Uma das possíveis razões para se ter obtido uma prevalência de consumo de álcool tão diminuta, relaciona-se com o facto da pergunta estar feita no tempo verbal “presente”, sendo que os reclusos muitas das vezes justificavam a sua resposta com “aqui dentro não tem”. A literatura demonstra, essencialmente, prevalências de hábitos alcoólicos anteriores à entrada na prisão (23, 31, 32), havendo, contudo, outras investigações que demonstram o consumo de álcool aquando da reclusão (33-35).

Por sua vez, o consumo de substâncias ilícitas demonstrou uma alta prevalência, onde 86,8% referiu já ter consumido um ou vários tipos daquelas. De acordo com o nosso estudo, são várias as investigações internacionais que relatam taxas relevantes de consumo de substâncias ilícitas, podendo variar o facto do consumo ser efetuado antes ou aquando da reclusão. Isto porque relativamente aos dados sobre o consumo durante o período de reclusão, a literatura nacional e internacional é escassa, devido à dificuldade de solicitar aos reclusos que relatem o seu consumo real num contexto onde este é proibido (32). Como exemplo, um estudo efetuado em França em 2019 por Rouselet *et al.* (32) relata uma prevalência de consumo diária antes da encarceração de 58,9%, diminuindo para 31,1% durante a reclusão. Também durante o período de detenção, no México, foi encontrada uma prevalência de consumo de substâncias ilícitas de 53,8% (36), similarmente a Espanha, onde a prevalência foi de 59,9% (1), e, em Portugal um estudo que menciona o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, que refere prevalências na ordem dos 1 a 50% sendo que uma percentagem afirma consumir aquelas regularmente (37). Com padrões de consumo mais elevados, surge um estudo em Londres, onde a prevalência do uso de substâncias ilícitas antes da prisão foi de 79% (5) e em Inglaterra foi de 70% nos 12 meses que antecederam a reclusão (38).

Em relação às substâncias ilícitas mais comumente indicadas como consumidas pelos reclusos, destacam-se o canábis, heroína e cocaína que, no seu conjunto, alcançaram 29,1%.

Em consonância, num estudo realizado em França (32), observou-se que antes da reclusão, o canábis foi a substância ilícita mais consumida (49%), muito

mais prevalente do que a cocaína (16%) e a heroína (8,8%). Ainda no mesmo âmbito, nos 12 meses que antecederam a prisão, de acordo com Ramsay *et al.* (38), um estudo realizado em Inglaterra, o canábis foi a substância ilícita mais amplamente consumida com uma prevalência de 55%, seguida da heroína (35%) e cocaína (28%). No nosso estudo, as prevalências foram consideravelmente mais baixas para as duas últimas: 3,8% e 5,1%, respetivamente. Similarmente, embora com taxas mais inferiores, no nosso estudo, o canábis, por si só, obteve uma prevalência de consumo de 20,3%. Aponta a literatura que uma das justificações encontradas para esta substância ter uma elevada taxa de consumo, pode estar relacionado com o facto de reduzir a ansiedade em consumir outras substâncias ilícitas ou então consumindo-o em combinação com outras substâncias, ajuda-os a reduzir o consumo das mesmas (21). Num outro extremo, com apenas 1,3%, observa-se o consumo da junção “cocaína, anfetaminas e ecstasy”, não existindo nenhum participante que tivesse mencionado o consumo de apenas anfetaminas ou ecstasy. Contrariamente a alguns estudos que indicam uma prevalência de consumo ainda considerável destas (34, 39).

Embora existam estudos que concluem que o abuso de substâncias não se limita a uma faixa etária específica (39), pôde-se constatar uma relação estatisticamente significativa entre o consumo de substâncias ilícitas de acordo com a faixa etária dos participantes. Neste sentido, verificou-se que a maioria dos indivíduos que consumiram substâncias ilícitas, 45,5% consumiram há 10 anos ou menos e 39,2% encontravam-se na faixa etária dos 37 aos 44 anos. Nesta, existem 8 reclusos que iniciaram o seu consumo há mais de 20 anos, o que nos remete para um início precoce de consumo, comparado, por exemplo, com os da faixa etária >44 anos que à partida, seria esperado um consumo mais longo. De notar, que mesmo dentro da faixa etária entre os 25 e os 36 anos, existem 48,1% de reclusos que iniciaram o seu consumo há 11-20 anos, o que nos indica que alguns iniciaram o seu consumo em plena pré-adolescência. Estes dados estão em concordância com os achados de Ramsay *et al.* (38).

Tal como refere Saraiva (24), o trabalho de Cândido Agra de 1997 pioneiro em Portugal que caracterizou a relação “droga”- crime, ou melhor, a relação

que o indivíduo desviante apresenta com os consumos psicoativos, já estabelecia que o contacto com drogas ditas “leves” se inicia muito precocemente, podendo começar pelos 11 anos, variando até aos 22 anos para o consumo das drogas ditas “duras”.

Aquando a recolha dos nossos dados, muitos dos reclusos revelaram que o consumo de substâncias ilícitas surgiu de forma muito precoce nas suas vidas, iniciando-se com o canábis. Talvez também por esta razão, esta substância tenha obtido uma taxa de consumo elevada. Um estudo realizado analisou o início de consumo de canábis, no qual a média de idade de início de consumo foi de 14,4 anos (21). A investigação de Ramsay *et al.* (38) vai ainda mais longe, divulgando que o consumo de substâncias ditas mais recreativas como o canábis e o ecstasy, é significativamente mais comum entre a faixa etária mais jovem (15 a 20 anos), enquanto o consumo de substâncias ditas mais destrutivas como a cocaína e a heroína, é mais comum no grupo com idades compreendidas entre os 21 e 29 anos. Por sua vez, a taxa de consumo de anfetaminas foram basicamente as mesmas para esses dois grupos etários.

### **Hábitos de higiene oral**

A literatura menciona que a higiene oral nos consumidores de substâncias ilícitas é mais débil quando comparada aos não consumidores (8). No entanto, o nosso estudo vai no sentido oposto, onde 84,6% dos participantes referiram escovar os dentes sendo que a maioria tinha uma frequência de escovagem de 2 vezes por dia (36,3%).

Valores ligeiramente inferiores aos encontrados noutras populações prisionais, nomeadamente em estudos realizados na Itália, Austrália, Nepal e Finlândia, onde encontraram valores superiores a 90%. Tal como observado na nossa amostra, a frequência de escovagem detetada nestes estudos, era diária (17, 40-42).

Contrariamente ao esperado, apesar de se ter encontrado percentagens de escovagem altas, é possível observar que todas as manifestações orais reportadas na tabela 9, surgem aquando a presença de hábitos de higiene oral. Seria de prever que por exemplo, a lesão de cárie tivesse uma relação

inversa com os hábitos de higiene oral, mas tal não se verificou, tendo sido detetadas mais lesões daquele tipo nos indivíduos que escovavam os dentes (n=48 vs. n=4). Esta análise pode conduzir a algumas interpretações: ou de facto os conhecimentos dos reclusos sobre as boas práticas de higiene podem ser limitados, nomeadamente a correta técnica de escovagem, o uso de meios auxiliares como o fio dentário e ainda a troca de escova dentária a cada 3 meses, ou então talvez exista omissão de respostas pelo que consideram responder como sendo politicamente corretos.

### **Prevalência das manifestações orais**

De acordo com a literatura, além de ser atribuído um aumento de doenças orais em consumidores de substâncias ilícitas em comparação com não consumidores (12, 30), parece haver um perfil consensual de manifestações orais, no qual predominam lesões de cárie, doenças periodontais, xerostomia, bruxismo e DTM. As lesões da mucosa oral também podem ser encontradas nesta gama de consumidores, embora no nosso estudo tenha sido uma das manifestações menos observada (30, 39).

Contudo, o facto de ter predominado na nossa amostra um policonsumo para a maioria das substâncias ilícitas, é difícil indicar a associação entre o seu uso e as doenças orais por elas causadas também devido à associação frequente ao tabaco e ao álcool (39).

A lesão de cárie, a manifestação oral mais prevalente neste estudo com 61,0%, é uma das manifestações mais relatadas por outros estudos sendo amplamente associada ao consumo de vários tipos de substâncias ilícitas (8, 12, 14, 43). Ainda no âmbito das lesões de cárie, foram também observadas lesões de cárie rampante, as quais foram encontradas em alguns indivíduos (n=15) e a literatura retrata que o consumo de opióides e mais concretamente da heroína, pode provocar tais lesões (44). No nosso estudo não apresenta por si só uma taxa de consumo elevada, contudo é consumida conjuntamente com outras substâncias.

A dificuldade em mastigar, atribuída essencialmente pelos reclusos à falta de dentes, a qual foi também comprovada pelo nosso estudo, onde a maioria dos participantes apresentava falta de uma ou mais peças dentárias. Contudo, não

foram recolhidos os motivos que conduziram à perda dentária, pelo que nos limita a fundamentação de tal manifestação. No entanto, existem estudos que nos dizem que o consumo de substâncias ilícitas pode ser justificação para esta perda (23, 28, 30).

Outra das manifestações orais largamente relatada com uma prevalência de 48,8%, foi a sensibilidade dentária. Apesar da maioria dos estudos existentes, apontar para este sintoma oral como um efeito, essencialmente, do consumo de substâncias sintéticas como o ecstasy e as metanfetaminas (44-46), 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 (47).

Com 42,7%, surge a inflamação da mucosa oral, a qual também foi encontrada num número considerável de participantes. Intimamente relacionada com o sangramento gengival, contudo este não foi reportado na mesma medida. Esta diferença pode dever-se ao facto da variável “sangramento gengival” ter sido relatada pelo próprio recluso ao contrário da “inflamação da mucosa oral” que foi avaliada através de observação clínica.

Foi também notória a prevalência das doenças periodontais com 36 reclusos (43,9%) a manifestarem periodontite e 23 (28,0%) gengivite. Relativamente à doença periodontal, a literatura é consensual afirmando ser frequentemente observada em consumidores de substâncias ilícitas (10, 12). O tabagismo bem como a diminuição do fluxo salivar induzido pelas substâncias ilícitas, são dois importantes fatores de risco (48).

As manifestações orais como o bruxismo e os DTM, são comumente associadas ao consumo de substâncias ilícitas (49). O primeiro, com 30,5% de observações, vem corroborar que é uma manifestação prevalente em consumidores de substâncias ilícitas, trazendo como uma das consequências a atrição dentária, também ela detetada no nosso estudo (50). O presente estudo revelou ainda uma prevalência moderada (32,9%) de sintomas de DTM autorrelatados indo de encontro a um estudo com reclusos Finlandeses (23) onde alcançou 33,0%, estando ainda em consonância com a investigação de Pantoja *et al.* 2019 (51). Esta prevalência, tal como aconteceu no nosso

estudo, é baseada em apenas diagnósticos clínicos não havendo possibilidade de exames de imagem no ambiente prisional.

A literatura é consensual no que concerne à xerostomia, afirmando que uma vasta gama de substâncias ilícitas tem impacto no fluxo salivar e, conseqüentemente, aumenta a vulnerabilidade à lesão de cárie dentária (52). Em particular, os opiáceos (por exemplo, heroína e metadona) e o canábis são conhecidos por causar hipossalivação (10). Neste sentido, o nosso estudo vem confirmar estes dados, surgindo com uma prevalência de 29,3%.

Existem ainda muitos relatos de casos em consumidores de metanfetaminas descrevendo a chamada *meth mouth* (53). Na nossa investigação, tal como em outros estudos epidemiológicos que referem que a dentição daqueles é, na maioria dos casos, muito menos gravemente afetada do que a que é retratada, podemos apenas associar àquele perfil as lesões de cárie rampantes, as quais podem levar ao edentulismo parcial ou total (16). Surgem ainda a xerostomia, doença periodontal e o bruxismo (3, 53, 54).

Existem ainda 31 (34,1%) reclusos a frequentar o programa da metadona, o que por si só pode desencadear repercussões orais (2). Das manifestações orais mais relatadas pela toma de metadona, a xerostomia, lesões de cárie e doença periodontal mostram-se as mais prevalente (2, 28, 55). No presente estudo, a periodontite tal como a dificuldade em mastigar, foram as manifestações orais com relevância estatística. Em relação à última, os opióides no geral, podem provocar perdas dentárias (47, 56) e, sendo a metadona considerada um opióide, pode ser uma das razões também para existir taxas elevadas de perdas dentárias e, conseqüentemente, dificuldades aquando a mastigação.

Por último, apurou-se que independentemente do tipo de manifestação oral observada, a maior prevalência ocorreu nos indivíduos que consomem há 10 ou menos anos o que vai de encontro aos anos de consumo que tal como mencionado anteriormente foi o período temporal com maior destaque. Mais uma vez a “dificuldade em mastigar” obteve uma relação estatisticamente significativa e, tal como já foi relatado, esta pode ser atribuída ao consumo das mais variadas substâncias ilícitas e, quanto maior a duração da exposição

a estas, maior a disfunção do sistema estomatognático, nomeadamente as dificuldades na mastigação (39). A outra manifestação oral que alcançou relevância estatística foi o bruxismo, o qual pode ser amplamente associado ao uso de drogas estimulantes tais como a cocaína que no nosso estudo, teve uma prevalência de consumo relevante (43, 53).

### **Limitações do estudo e perspetivas futuras**

A primeira limitação, prende-se com a delicadeza do tema retratado no nosso estudo. A nossa apreensão inicial era que algumas das questões conduzissem à omissão de respostas e que os nossos resultados acabassem subvalorizados. Sem nunca esquecer que a privacidade do recluso também teria que ser impreterivelmente acautelada, a forma encontrada para combater este possível viés, foi realizar as perguntas no tempo verbal “passado”.

A segunda limitação está relacionada com a representatividade da amostra. Inicialmente, estava previsto que o estudo fosse englobar mais participantes, contudo, dados os critérios de inclusão posteriormente definidos assim como o curto período de tempo que nos foi possível realizá-lo, aliado ao facto de apenas nos termos concentrado num EP, fez com que a amostra fosse reduzida.

Ainda a destacar que o facto de não existir na literarura, até ao momento, nenhuma investigação que estabeleça exatamente os mesmos objetivos ou que possua o mesmo tema do nosso estudo, faz com que este seja uma mais valia por um lado mas, por outro, constituiu-se como um desafio devido à dificuldade de comparação dos nossos resultados com estudos sobre a temática.

Como recomendações para futuras investigações, seria interessante que paralelamente aos fatores de risco para o consumo de substâncias ilícitas estudados por nós, fossem ainda recolhidos mais dados como uma série de variáveis penitenciárias tais como se o tempo de atribuição de pena tinha ou não influência sobre as taxas de consumo de substâncias ilícitas, a comparação entre géneros e a análise de outros fatores sociodemográficos como a classe social e ainda a recolha da idade aquando a reclusão para, de

uma forma mais discriminada e individualizada, se conseguir obter as idades exatas do início do consumo. Com isto, seria possível traçar um perfil mais completo de forma a se atuar de forma mais preventiva e/ou urgente.

Igualmente interessante seria alargar a amostra a nível nacional a vários EP de forma a avaliar possíveis diferenças nos padrões de consumo e conseqüentemente, as diferenças existentes nas manifestações orais observadas.

Neste sentido, o nosso estudo pode ainda impulsionar novas descobertas em como os EP estão preparados para proporcionar tratamentos adequados aos consumidores, quer sejam programas de reabilitação quer seja alertar os médicos dentistas que lá trabalham, para que façam chegar aos reclusos a informação e orientação adequadas de forma a melhorar os seus hábitos e comportamentos.

## 6. CONCLUSÃO

As manifestações orais decorrentes do consumo de substâncias ilícitas mais observadas neste estudo foram as lesões de cárie, dificuldades em mastigar, doenças periodontais, xerostomia, DTM e bruxismo, sendo as substâncias ilícitas mais comumente consumidas o canábis, a cocaína e a heroína. Havendo um policonsumo de substâncias ilícitas, não foi possível observar um perfil de manifestações orais para cada uma daquelas. Contudo, observou-se que indivíduos de idade mais jovem, apresentavam padrões de consumo mais longos.

Foi ainda possível concluir que 34,1% dos reclusos se encontravam a frequentar o programa de reabilitação da metadona, sendo que a dificuldade aquando da mastigação e a periodontite, foram as manifestações orais mais associadas com a frequência daquele.

O tabagismo revelou-se um dos comportamentos mais comuns entre a população reclusa, com 89,0% de fumadores. Foi comprovada uma tendência à combinação deste comportamento com o consumo de substâncias ilícitas.

Por sua vez, o álcool não evidenciou nenhuma relevância no nosso estudo, uma vez que 91,2% relatou não ter qualquer contacto com bebidas alcoólicas.

Os hábitos de higiene oral mostraram-se frequentes, com 84,6% de indivíduos a referirem escovar os dentes diariamente. Contudo, os resultados são contraditórios, mostrando que quando existem hábitos de higiene oral, existem também mais manifestações orais associadas.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caravaca-Sanchez F, Falcon Romero M, Luna A. Prevalence and predictors of psychoactive substance use among men in prisons. *Gac Sanit.* 2015;29(5):358-63.
2. Aukštakalnis R, Jurgelevičius T. The oral health status and behaviour of methadone users in Lithuania. *Stomatologija.* 2018;20(1):27-31.
3. 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):8.
4. Heidari E, Dickinson C, Wilson R, Fiske J. Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. *British Dental Journal.* 2007;202(2):E5-E.
5. Stewart D. Drug use and perceived treatment need among newly sentenced prisoners in England and Wales. *Addiction.* 2009;104(2):243-7.
6. Sahajian F, Berger-Vergiat A, Pot E. Use of psychoactive substances in prison: Results of a study in the Lyon-Corbas prison, France. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2017;65(5):361-7.
7. 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.
8. Al Bush MM. An oral cavity profile in illicit- Drug abusers? *J Indian Soc Periodontol.* 2019;23(6):517-24.
9. Cury PR, Araujo NS, Oliveira MdGA, Dos Santos JN. Association between oral mucosal lesions and crack and cocaine addiction in men: a cross-sectional study. *Environmental Science and Pollution Research.* 2018;25(20):19801-7.
10. Rossow I. Illicit drug use and oral health. *Addiction.* 2021;116(11):3235-42.
11. Marques TC, Sarracini KL, Cortellazzi KL, Mialhe FL, de Castro Meneghim M, Pereira AC, et al. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. *BMC Oral Health.* 2015;15:38.

12. Teoh L, Moses G, McCullough MJ. Oral manifestations of illicit drug use. *Aust Dent J.* 2019;64(3):213-22.
13. Costa IsGDB. *Efeitos do Abuso de Drogas Ilícitas na Saúde Periodontal.* Lisboa: Instituto Universitário Egas Moniz; 2020.
14. Heidari E, Dickinson C, Newton T. Oral health of adult prisoners and factors that impact on oral health. *Br Dent J.* 2014;217(2):69-71.
15. Lázaro AMP. *Contribuição para o Estudo da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão Avaliação num Estabelecimento Prisional Central Português.* Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2012.
16. Henrie M. Treadwell MEN, and Traci N. Bethea. Building the Case for Oral Health Care for Prisoners: Presenting the Evidence and Calling for Justice. In: Greifinger RB, editor. *Public Health Behind Bars- From Prisons to Communities.* New York: Springer; 2007. p. 333- 44.
17. Osborn M, Butler T, Barnard P. Oral health status of prison inmates—New South Wales, Australia. *Australian dental journal.* 2003;48(1):34-8.
18. Resolução do Conselho de Ministros nº 46/99 de 26-05-1999. *Estratégia nacional de luta contra a droga, Capítulo VIII- Os estabelecimentos prisionais e a toxic dependência.*
19. Regulamento Geral dos Estabelecimentos Prisionais de acordo com o Decreto-Lei nº 51/2011 de 11 de abril.
20. 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.
21. Jiménez-Vinaja R, Imbernón M, Parés-Bayerri A, Ona G, Parés O, Bouso J. Jailhouse rock: Estado de salud, patrones de consumo y beneficios subjetivos del uso de cannabis en una muestra de reclusos en prisiones españolas. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria.* 2022;24(1):9-14.
22. Enguelberg-Gabbay JV, Schapir L, Israeli Y, Hermesh H, Weizman A, Winocur E. Methadone treatment, bruxism, and temporomandibular disorders among male prisoners. *Eur J Oral Sci.* 2016;124(3):266-71.
23. Vainionpää R. Oral health of Finnish prisoners. *Acta Universitatis Ouluensis.* 2019.

24. Saraiva CAF. Tratamento às dependências em contexto prisional: o exemplo do programa de apoio ao recluso entrado toxicodependente (PARET). 2017.
25. Chaturvedi SS, Bagde H. Periodontal diseases and oral hygiene practices among a group of drug addicted prisoners. *TMU Journal of Dent.* 2015;2(2):44-4.
26. Tanner T, Kämppi A, Päckilä 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.
27. Weinberger AH, Funk AP, Goodwin RD. A review of epidemiologic research on smoking behavior among persons with alcohol and illicit substance use disorders. *Preventive medicine.* 2016;92:148-59.
28. Priwe C, Carlsson P. Oral Health Status of Male Swedish Citizens at Admission to Prison. *J Correct Health Care.* 2018;24(4):382-94.
29. McNeely J, Wright S, Matthews AG, Rotrosen J, Shelley D, Buchholz MP, et al. Substance-use screening and interventions in dental practices: survey of practice-based research network dentists regarding current practices, policies and barriers. *The Journal of the American Dental Association.* 2013;144(6):627-38.
30. Baghaie H, Kisely S, Forbes M, Sawyer E, Siskind DJ. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse. *Addiction.* 2017;112(5):765-79.
31. Kerslake M, Simpson M, Richmond R, Albany H, Butler T. Risky alcohol consumption prior to incarceration: A cross-sectional study of drinking patterns among Australian prison entrants. *Drug and Alcohol Review.* 2020;39(6):694-703.
32. Rousselet M, Guerlais M, Caillet P, Le Geay B, Mauillon D, Serre P, et al. Consumption of psychoactive substances in prison: Between initiation and improvement, what trajectories occur after incarceration? COSMOS study data. *PloS one.* 2019;14(12):e0225189.
33. Field C. Hazardous alcohol consumption in non-aboriginal male inmates in New South Wales. *International journal of prisoner health.* 2018.

34. Dolan K, Rodas A, Bode A. Drug and alcohol use and treatment for Australian Indigenous and non-Indigenous prisoners: demand reduction strategies. *International journal of prisoner health*. 2015.
35. Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2009;63(11):912-9.
36. Albertie A, Bourey C, Stephenson R, Bautista-Arredondo S. Connectivity, prison environment and mental health among first-time male inmates in Mexico City. *Global public health*. 2017;12(2):170-84.
37. Silva ACNd. Droga e crime: trajetórias presentes da população reclusa portuguesa da Zona Norte: [sn]; 2016.
38. Ramsay M, Bullock T, Niven S. The prison service drug strategy: The extent to which prisoners need and receive treatment. *The Howard Journal of Criminal Justice*. 2005;44(3):269-85.
39. Djou R, Dewi TS. Oral Manifestation Related to Drug Abuse: A Systematic Review: Manifetasi oral terkait penggunaan obat-obatan terlarang: Sebuah tinjauan sistematis. *Dentika: Dental Journal*. 2019;22(2):44-51.
40. Singh A, Shrestha A, Bhagat T, Baral D. Assessment of oral health status and treatment needs among people of Foklyan area, Dharan, Nepal. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):1-8.
41. Nobile CG, Fortunato L, Pavia M, Angelillo IF. Oral health status of male prisoners in Italy. *International dental journal*. 2007;57(1):27-35.
42. Vainionpaa R, Peltokangas A, Leinonen J, Pesonen P, Laitala ML, Anttonen V. Oral health and oral health-related habits of Finnish prisoners. *BDJ Open*. 2017;3:17006.
43. Brand H, Gonggrijp S, Blanksma C. Cocaine and oral health. *British dental journal*. 2008;204(7):365-9.
44. McGrath C, Chan B. Oral health sensations associated with illicit drug abuse. *British dental journal*. 2005;198(3):159-62.
45. Spezzia S. Repercussões bucais do uso de drogas na adolescência. *Revista de Ciências Médicas*. 2018;27(2):93-100.
46. Laller S, Vardaini D, Kanwalpreet MM, Kumar V. Drug abuse/illicit drug use. 2017.

47. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Ekhtiari H, Virtanen JI. Oral health of drug abusers: a review of health effects and care. *Iranian journal of public health*. 2013;42(9):929.
48. AlJehani YA. Risk factors of periodontal disease: review of the literature. *International journal of dentistry*. 2014;2014.
49. Winocur E, Gavish A, Volfin G, Halachmi M, Gazit E. Oral motor parafunctions among heavy drug addicts and their effects on signs and symptoms of temporomandibular disorders. *Journal of orofacial pain*. 2001;15(1).
50. Nixon PJ, Youngson CC, Beese A. Tooth surface loss: does recreational drug use contribute? *Clinical oral investigations*. 2002;6(2):128-30.
51. Pantoja LLQ, de Toledo IP, Pupo YM, Porporatti AL, De Luca Canto G, Zwir LF, et al. Prevalence of degenerative joint disease of the temporomandibular joint: a systematic review. *Clinical Oral Investigations*. 2019;23(5):2475-88.
52. Stookey GK. The effect of saliva on dental caries. *The Journal of the American Dental Association*. 2008;139:11S-7S.
53. De-Carolis C, Boyd G-A, Mancinelli L, Pagano S, Eramo S. Methamphetamine abuse and “meth mouth” in Europe. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*. 2015;20(2):e205.
54. Nassar P, Ouanounou A. Cocaine and methamphetamine: Pharmacology and dental implications. *Canadian Journal of Dental Hygiene*. 2020;54(2):75.
55. Lombardoa G, Lugobonib F, Signoriello A, Libonid P, Fiorinoe A, Nocinif PF. Assessment of Oral Conditions in Individuals Treated with Methadone: A Research Report. *Oral Health Prev Dent*. 2020;18:19-26.
56. Ma H, Shi X-c, Hu D-y, Li X. The poor oral health status of former heroin users treated with methadone in a Chinese city. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*. 2012;18(4):PH51.

## 8. ANEXOS

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



Comissão de Ética

Exma. Senhora Investigadora  
Prof. Doutora Marta Mendonça Moutinho Relvas

N/Ref.º: CE/IUCS/CESPU-21/21

Data: 2021/dezembro/09

**Assunto:** - Parecer relativo ao Projeto de Investigação: 21/CE-IUCS/2021

- **Título do Projeto:** "Manifestações orais e sua prevalência decorrentes do uso de substâncias ilícitas, numa população prisional"

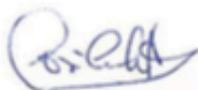
- **Investigadora responsável:** Prof. Doutora Marta Mendonça Moutinho Relvas

Exma. Senhora,

Informo V. Exa. que o projeto supracitado foi analisado na reunião da Comissão de Ética do IUCS, da CESPU, CrI, no dia 02/12/2021.

A Comissão de Ética emitiu um parecer favorável à realização do projeto tal como apresentado.

Com os melhores cumprimentos.



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



CESPU - INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
(ANTERIOR INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - NORTE)  
DENOMINAÇÃO E RECONHECIMENTO DE INTERESSE PÚBLICO ATRIBUÍDOS PELO DECRETO-LEI Nº 57/2015, DE 20-04  
RUA CENTRAL DE GANDRA, 1317 - 4585 116 - GANDRA PRD - T: +351 224 157 100 - F: +351 224 157 101  
CESPU - COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR, POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO, CRIL  
CONTR. 501 577 840 - CAP. SOCIAL 1.250.000,00 EUR - MAT. CONS. R. C. PORTO Nº 216 - WWW.CESPU.PT

## 8.2. Anexo 2: Parecer da DGRSP



Exmo(a) Senhor(a)

Dra. Ana Catarina Barbosa

anacatarinabarbosa@gmail.com

| V/ referência | N/ referência | Ofício N.º | Data       |
|---------------|---------------|------------|------------|
|               |               | 33/CCCRE   | 04.02.2022 |

**Assunto:** Investigação académica para Mestrado em Medicina Dentária pelo CESPU

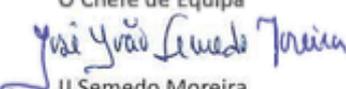
Tenho a honra de informar V. Exa que, por despacho do Sr. Diretor-Geral, Dr. Rómulo Mateus, datado de 3/02/2022, as alunas Luciana Rocha e Mariana Soares estão autorizadas, no âmbito do Mestrado em Medicina Dentária pela Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário – CESPU, a realizar um estudo no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira.

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 Estabelecimento Prisional, por forma a que se conciliem os objetivos académicos com a exequibilidade do trabalho, sem perturbação do quotidiano;
- o desenvolvimento do estudo esteja sempre dependente da disponibilidade dos reclusos para colaborarem, reservando-se-lhes o direito de, a qualquer momento, poderem interromper a sua cooperação;
- estejam reunidas as condições sanitárias e que estejam acompanhadas, durante a observação, pelo estomatologista ou dentista do EP;
- as investigadoras fiquem obrigadas a preservar o anonimato dos dados e das pessoas que venham a cooperar;
- do resultado final do trabalho, deve ser remetida cópia ao Centro de Competências de Comunicação e Relações Externas.

*A calendarização do início do estudo e a sua realização estarão sempre condicionados pelo evoluir da situação de saúde pública decorrente da Covid 19. Ficam obrigadas ao cumprimento das regras sanitárias em vigor no EP e qualquer agravamento da situação de saúde pública poderá, inclusivamente, obrigar à necessidade de interromper o estudo.*

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe de Equipa  
  
JJ Semedo Moreira

ML/2022

### 8.3. Anexo 3: Consentimento Informado

Código: \_\_\_\_\_

#### **Termo de Consentimento Livre e Informado**

Por favor leia atentamente o seguinte texto e pergunte se tiver alguma dúvida ou necessitar de algum esclarecimento adicional sobre o mesmo

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

Declaro que fui informado/a de que está a decorrer um estudo subordinado ao tema “Manifestações orais e sua prevalência decorrentes do uso de substâncias ilícitas, numa população prisional”, sob a responsabilidade da Investigadora Marta Mendonça Moutinho Relvas do Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

Os conhecimentos resultantes deste estudo poderão implementar novas especificidades no diagnóstico de manifestações orais decorrentes do uso de substâncias ilícitas.

Caso aceite participar neste estudo serei entrevistado/a através de questionário de avaliação e de um exame de observação clínica.

Os dados obtidos serão identificados somente por um código e ninguém além da investigadora saberá a pessoa correspondente ao questionário.

Não terei nenhum prejuízo caso aceite participar neste estudo.

Assinando este termo de livre e espontânea vontade, declaro que fui esclarecido(a) pelo(a) investigador(a)/ médico(a) sobre os procedimentos a que me vou submeter, manifestando a minha concordância e o meu consentimento para participar neste estudo, assim como autorizo, para fins científicos, a publicação dos resultados obtidos.

Paços de Ferreira, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Nome (assinatura) \_\_\_\_\_

Médico(a)/Investigador(a): \_\_\_\_\_

## 8.4. Anexo 4: Portefólio Ilustrativo

### Principais Manifestações Oraís

#### Inflamação da mucosa oral



Fonte: <http://www.celiacoutinhoalves.com/cuidados-a-ter-com-os-dentes/gengiva-inflamada/>

#### Lesões pré-cancerígenas



Fonte: <https://sherwaydentalcentre.com/marijuana-and-oral-health/>

#### Lesões de cárie



Fonte: <https://sherwaydentalcentre.com/marijuana-and-oral-health/>

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

#### Candidíase oral



Fonte: <https://www.tuasaude.com/candidiase-oral/>

#### Lesões da mucosa oral



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



### **Bruxismo**



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

### **Hiperpigmentação da língua**



Fonte: Jorge Dinis-Oliveira, R., Carvalho, F., Moreira, R., Alberto Duarte, J., Brandão Proença, J., Santos, A., & Magalhães, T. (2012). Clinical and forensic signs related to opioide abuse. Current drug abuse reviews, 5(4), 273-290.

### **Perfuração do palato**



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

### **Lesão de cárie rampante- Meth mouth**



Fonte: Patrícia Frese, R. D. H., Barbara Kunselman, R. D. H., Elizabeth McClure, R. D. H., & Janelle Schierling, R. D. H. Methamphetamine: Implications for the Dental Team.

### **Perfuração do septo nasal**



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



## 8.5. Anexo 5: Questionário

### QUESTIONÁRIO

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

1. Sexo:  
(F)\_\_\_ (M)\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Escolaridade:  
 Não frequentou a escola  
 Ensino Básico – 1º Ciclo  
 Ensino Básico – 2º Ciclo  
 Ensino Básico – 3º Ciclo  
 Ensino Secundário  
 Ensino Superior
4. Sofre ou sofreu de alguma doença?  
Sim  Não
5. Se sim, qual?  
\_\_\_\_\_
6. Qual ou quais os medicamentos que toma ou tomou no último ano?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. No último mês tomou algum antibiótico?  
Sim  Não
8. Tem alergia a algum medicamento ou produto?  
Sim  Não
9. Se sim, qual?  
\_\_\_\_\_
10. Costuma ingerir alimentos açucarados (bolos, chocolates, guloseimas, bolachas, gelados, etc.)?  
Sim  Não
11. Se sim, com que frequência? \_\_\_\_\_
12. Costuma ingerir refrigerantes (Coca-Cola®, Fanta®, Ice Tea®, Néctares, etc.)?  
Sim  Não
13. Se sim, com que frequência? \_\_\_\_\_



14. É fumador?  
Sim (  ) Não (  )
15. Se sim, há quantos anos fuma? \_\_\_\_\_
16. Se sim, qual a quantidade diária? \_\_\_\_\_
17. É ex-fumador?  
Sim (  ) Não (  )
18. Se sim, há quanto tempo deixou de fumar? \_\_\_\_\_
19. Se sim, durante quantos anos fumou? \_\_\_\_\_
20. Se sim, qual a quantidade diária que fumava? \_\_\_\_\_
21. Com que frequência ingere 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 (  )
22. Já consumiu alguma substância ilícita?  
Sim (  ) Não (  )
23. Se sim, durante quantos anos consumiu?  
\_\_\_\_\_
24. Que tipo de substâncias consumia?  
Cannabis (  ) Heroína (  ) Cocaína (  ) Anfetaminas (  ) Ecstasy (  )  
Outra (  ) Qual?  
\_\_\_\_\_
25. Neste momento faz algum programa de reabilitação?  
Sim (  ) Não (  )  
Se sim, qual?  
\_\_\_\_\_
26. Esta satisfeito com o aspeto dos seus dentes?  
Sim (  ) Não (  ) Motivo?  
\_\_\_\_\_
27. Tem sensibilidade dentária?  
Sim (  ) Não (  )
28. Tem dificuldade em mastigar alimentos?  
Sim (  ) Não (  )



29. As suas gengivas sangram com regularidade?

Sim (  ) Não (  )

30. Tem mobilidade dentária?

Sim (  ) Não (  )

31. O seu maxilar faz barulhos ou estala ao abrir ou fechar a boca?

Sim (  ) Não (  )

32. Costuma ranger os dentes?

Sim (  ) Não (  )

33. Costuma escovar os dentes?

Sim (  ) Não (  )

34. Se sim com que frequência escova os dentes?

\_\_\_\_\_

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

Sim (  ) Não (  )

36. Se sim, qual?

Elixir (  )

Fio dentário (  )

Escovilhão (  )

Outro (  ) Qual? \_\_\_\_\_