

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

BRUNA COSTA BISSOLI

**CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ATENDIMENTO NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DA REGIÃO
METROPOLITANA DE VITÓRIA, ES.**

VITÓRIA-ES

2016

BRUNA COSTA BISSOLI

**CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ATENDIMENTO NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DA REGIÃO
METROPOLITANA DE VITÓRIA, ES.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração em Epidemiologia.

Área de concentração: Epidemiologia

Linha de pesquisa: Epidemiologia de Agravos e Doenças Não Transmissíveis

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

Co-orientador(a): Prof.^a Dr.^a Eliana Zandonade

VITÓRIA-ES

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Espírito Santo, ES, Brasil)

B623c Bissoli, Bruna Costa, 1990 -
Condição de saúde bucal e qualidade de vida de usuários de
substâncias psicoativas em atendimento nos Centros de Atenção
Psicossocial Álcool e outras Drogas da Região Metropolitana de Vitória, ES /
Bruna Costa Bissoli – 2016.

107 f. : il.

Orientador: Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.

Coorientador: Eliana Zandonade.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Usuários de drogas. 2. Saúde bucal. 3. Cárie dentária. 4.
Qualidade de vida. 5. Perfil de impacto da doença. I. Miotto, Maria Helena
Monteiro de Barros. II. Zandonade, Eliana. III.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV.
Título.

CDU: 614

Bruna Costa Bissoli

*Condição de Saúde Bucal e Qualidade de Vida de
Usuários de Substâncias Psicoativas em Atendimento
nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
da Grande Vitória, ES*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Epidemiologia.

Aprovada em 22 de agosto de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA


Prof.ª Dr.ª Maria Helena Monteiro de Barros Miclo
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Orientadora


Prof.ª Dr.ª Eliana Zandonade
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Co-orientadora


Prof.ª Dr.ª Karina Tonini dos Santos Pacheco
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGO
Membro externo


Prof.ª Dr.ª Maria Helena Costa Amorim
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Membro interno

Dedico este trabalho ao Bento, que ainda não chegou ao mundo, mas já me impulsiona a fazer deste um lugar melhor para recebê-lo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser onipresente em minha vida, guiando sempre os meus caminhos, e por ter me iluminado em cada passo que dei em direção a essa conquista.

Aos meus pais e irmão, Silvana, Jacimar e Rodrigo, por sempre incentivarem o meu crescimento profissional.

Ao meu amor Gustavo, pela paciência, apoio e companheirismo durante essa jornada. Obrigada por ter escolhido construir comigo a minha maior conquista, nossa família e seu primeiro fruto, Bento.

A minha orientadora, Maria Helena Monteiro de Barros Miotto e a minha co-orientadora, Eliana Zandonade, pelas conversas e sugestões na construção desta dissertação.

A todos os professores e colegas e amigos do Programa de Saúde Coletiva da UFES pelas provocações e inquietações que provocaram em mim. Agradecimento especial ao Jeremias, amigo, irmão-gêmeo, que dividiu comigo alegrias, tristezas, angústias e, finalmente, essa conquista.

A cada um dos participantes da pesquisa pela fundamental contribuição. Obrigada por serem sujeitos ativos e por fazerem-se visíveis. Agradeço principalmente pela desconstrução que me ofereceram sem pedir nada em troca.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser mas, Graças a Deus, não sou o que era antes”

(Martin Luther King)

RESUMO

O consumo de drogas é uma realidade e suas repercussões são observadas nos campos social, cultural e econômico, assim como no da saúde. Objetivou-se avaliar a prevalência de cárie e suas associações, bem como o impacto das condições bucais na qualidade de vida de usuários de drogas dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) dos municípios de Vitória, Serra e Vila Velha, ES, Brasil. Desenvolveu-se um estudo observacional transversal, de junho de 2015 a fevereiro de 2016, com uma amostra final de 280 indivíduos. Utilizou-se a técnica de entrevista com registro em formulário para levantamento das características sociodemográficas e de saúde, do consumo de substâncias psicoativas (SPA) e o indicador subjetivo *Oral Health Impact Profile* (OHIP). Realizou-se o exame clínico dos elementos dentais para obtenção do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD). Realizou-se a análise estatística por meio do teste qui-quadrado. Calculou-se o *odds ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95%. Adotaram-se níveis de significância de 5% no estudo. A prevalência de cárie foi de 96,8% (n=271), a média do CPOD de 11,45 (DP= 7,5) e a mediana de 10. Faixa etária, raça/cor e situação conjugal estiveram associadas estatisticamente com CPOD>10, assim como uso e necessidade de prótese e tempo de uso de substâncias psicoativas. O impacto das condições bucais na qualidade de vida foi significativo nas dimensões desconforto psicológico, incapacidade psicológica e dor física, interferindo em condições essenciais dos indivíduos. Os usuários de drogas possuem condição bucal precária, com alta prevalência de cárie, o que reflete em um alto impacto na qualidade de vida desses indivíduos. Os CAPS AD representam a alternativa de atenção integral ao usuário de SPA e a relação deste espaço com o serviço de Odontologia da atenção básica se faz extremamente necessária.

Palavras-chave: Usuários de drogas. Saúde bucal. Cárie dentária. Qualidade de vida. Perfil de impacto da doença.

ABSTRACT

Drug use is a reality and its effects are observed in the social, cultural and economic, as well as in health field. This study aimed to assess the prevalence of dental caries, as well as its impact on quality of life of drug users of Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD) in the municipalities of Vitória, Serra and Vila Velha, ES, Brazil. Developed a cross-sectional observational study, from June 2015 to February 2016, with a final sample of 280 individuals. We used the interview technique with registration in form for sociodemographic and health characteristics, the use of psychoactive substances (SPA) and the subjective indicator Oral Health Impact Profile (OHIP). Clinical examination was carried out of the dental elements to obtain the decayed, missing, and filled teeth (DMFT) index. Statistical analysis using the chi-square test was performed. We calculated the odds ratio (OR) with 95% confidence interval. A significance level of 5% in the study was adopted. The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0. The prevalence of caries was 96.8% (n = 271), the mean DMFT of 11.45 (SD = 7.5) and the median was 10. Age, race/color and marital status were statistically associated with DMFT > 10, as well as use and need of use of prosthesis and time of use of psychoactive substances. The impact on quality of life was significant in the dimensions psychological discomfort, psychological disability and physical pain, interfering with essential conditions of individuals. Drug users have poor oral health, with high prevalence of dental caries, which reflects in a high impact on the quality of life of these individuals. CAPS AD represent the alternative of full attention to drug users and the relationship of this space with the primary care dental service becomes extremely necessary.

Key-words: Drug users. Oral health. Dental caries. Quality of life. Sickness impact profile.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do cálculo amostral e divisão da amostra entre os CAPS AD de Vitória, Serra e Vila Velha, ES, 2015-2016.....36

Figura 2. Fluxograma dos instrumentos de coleta de dados, Vitória, Serra e Vila Velha, ES, 2015-2016.....42

ARTIGO 2

Figura 1. Distribuição do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos usuários dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória/ES de acordo com as dimensões do OHIP-14, 2015-2016.....74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Categorização das variáveis independentes do artigo
1.....38

Quadro 2. Categorização das variáveis independentes do artigo
2.....40

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1. Frequência de distribuição e associação entre as variáveis sociodemográficas e a mediana do CPOD em usuários dos CAPS AD, 2015-2016.....54

Tabela 2. Associação entre as variáveis relacionadas à saúde bucal e a prevalência de cárie medida pelo CPOD em usuários dos CAPS AD, 2015-2016.....56

Tabela 3. Associação entre tempo de uso de substâncias psicoativas e a prevalência de cárie medida pelo CPOD em usuários dos CAPS AD, 2015-2016.....57

Tabela 4. Resultados dos Odds Ratios brutos e ajustados dos usuários dos CAPS AD, 2015-2016.....58

ARTIGO 2

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos usuários dos CAPS AD, 2015-2016.....73

Tabela 2. Associação das variáveis sociodemográficas, de saúde e do uso de drogas com a frequência do impacto, nas três primeiras dimensões, em usuários dos CAPS AD, 2015-2016.....75

Tabela 3. Associação das variáveis sociodemográficas, de saúde e do uso de drogas com a frequência do impacto, nas quatro últimas dimensões, em usuários dos CAPS AD, 2015-2016.....77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPOD	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
ES	Espírito Santo
ETSUS	Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
MS	Ministério da Saúde
OHIP	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
QV	Qualidade de vida
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SESA-SERRA	Secretarias de Saúde do município de Serra
SEMSA-VV	Secretarias de Saúde do município de Vila Velha
SPA	Substância Psicoativa
SPSS	Pacote Estatístico para Ciências Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	18
2.2 A POLÍTICA E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS	21
2.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	24
2.3.1 Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD)	25
2.4 PROMOÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.....	26
2.4.1 Oral Health Impact Profile (OHIP 14)	28
2.5 A PRÁTICA ODONTOLÓGICA	30
3 OBJETIVOS	33
3.1 OBJETIVOS DO ARTIGO 1	33
3.2 OBJETIVOS DO ARTIGO 2	33
4 METODOLOGIA	34
4.1 TIPO DO ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA	34
4.2 LOCAIS DO ESTUDO.....	34
4.3 POPULAÇÃO – UNIVERSO	35
4.4 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	35
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	36
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	37
4.7 VARIÁVEIS DEPENDENTES	37
4.7.1 Artigo 1	37
4.7.2 Artigo 2	37
4.8 VARIÁVEIS INDEPENDENTES	38
4.8.1 Artigo 1	38
4.8.2 Artigo 2	39
4.9 COLETA DE DADOS	41
4.9.1 Coleta de dados não clínicos	42
4.9.2 Coleta de dados clínicos	43
4.10 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	44
4.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
5 RESULTADOS	47

5.1 PROPOSTA DO ARTIGO 1	47
5.1.1 Resumo	47
5.1.2 Abstract	48
5.1.3 Introdução.....	49
5.1.4 Metodologia	52
5.1.5 Resultados.....	54
5.1.6 Discussão	59
5.1.7 Conclusão.....	63
5.1.8 Referências.....	64
5.2 PROPOSTA DO ARTIGO 2	67
5.2.1 Resumo	67
5.2.2 Abstract.....	68
5.2.3 Introdução.....	69
5.2.4 Metodologia	71
5.2.5 Resultados	73
5.2.6 Discussão	80
5.2.7 Conclusão	84
5.2.8 Referências.....	85
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO	90
APÊNDICES	97
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97
APÊNDICE B – Roteiro para caracterização sociodemográfica	98
APÊNDICE C – Ficha de avaliação clínica (CPOD) e saúde bucal	99
ANEXOS.....	100
ANEXO A – Perfil do Impacto da Saúde Bucal (OHIP-14)	100
ANEXO B – Aprovação no CEP/UFES.....	101
ANEXO C – Carta de anuência da Serra	105
ANEXO D – Carta de anuência de Vila Velha	106
ANEXO E – Carta de anuência de Vitoria	107

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), substância psicoativa (SPA) pode ser definida como qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afeta sua estrutura ou função (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). O consumo de SPA é uma realidade e suas consequências atingem não só o indivíduo envolvido, mas toda a sociedade, com repercussões importantes observadas no campo da saúde (SHEKARCHIZADEH et al., 2013a).

O consumo de drogas como álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, entre outras, provoca uma série de alterações físicas, químicas e emocionais. Algumas consequências frente ao consumo de álcool e outras drogas incluem a redução do tempo de trabalho, os elevados custos de cuidados de saúde, a violência e o crime (COLODEL et al., 2009; SHEKARCHIZADEH et al., 2013a).

Em 2013, aproximadamente 246 milhões de pessoas usaram algum tipo de substância ilícita no mundo. No Brasil, 22,8% da população pesquisada, em 2005, já fez uso de drogas na vida, exceto tabaco e álcool. A prevalência de adultos denominados bebedores de álcool em 2012 foi de 50% e a de fumantes, 24,7%. Indo em contramão à tendência mundial, o Brasil é uma das nações onde o consumo de estimulantes como a cocaína – seja intranasal ou fumada – continua aumentando (CARLINI; GALDUROZ, 2006; BRASIL, 2013; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

As estimativas existentes subestimam a contribuição de drogas ilícitas para a carga global da doença ao não incluir todos os resultados adversos relacionados ao uso destas substâncias. Mesmo assim, sugerem que a dependência, a infecção pelo HIV e a overdose são causas importantes da carga de doença relacionada às drogas (DEGENHARDT; HALL, 2012).

Os problemas relacionados à saúde bucal estão entre os mais prevalentes problemas de saúde associados ao uso de SPA. Trata-se de uma associação multifatorial, envolvendo baixa situação socioeconômica, baixo acesso aos serviços odontológicos, diminuição da autoimagem, depressão, falta de motivação, dieta

precária (excesso de consumo de açúcar por efeito da própria droga), maus hábitos de higiene e as consequências diretas na cavidade oral pela substância. Todos estes fatores podem levar a uma condição bucal precária e que se retroalimentam (REES, 1992; SHEKARCHIZADEH et al., 2013a).

Os indicadores objetivos baseados no diagnóstico – como o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) – são úteis para mensurar a necessidade de tratamento. Contudo, critérios clínicos, quando vistos isoladamente, não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais e devem ser acompanhados da avaliação da qualidade de vida (QV), que é um conceito subjetivo baseado na percepção do indivíduo a respeito das condições em que vive, como o ambiente em que está inserido, sua cultura, objetivos, sonhos, realidade e preocupações, compreendendo dimensões positivas e/ou negativas a respeito de seu bem estar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997; BIAZEVIC, 2001).

Um dos indicadores subjetivos mais utilizados para determinar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida é o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), desenvolvido para fornecer uma medida abrangente das disfunções, desconforto e incapacidade auto-avaliada atribuída à condição bucal. É essencial aos indicadores clínicos, pois auxilia no refinamento dos diagnósticos e na identificação de pessoas ou grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, que precisam de intervenções complexas e, muitas vezes, personalizadas, como é o caso da população em questão. Dessa maneira, torna-se um importante instrumento para esclarecer as necessidades em saúde bucal e para elaboração de estratégias para controle/redução de doenças e promoção da saúde bucal com impacto positivo na QV (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013).

Os usuários de substâncias psicoativas constituem um grupo de pacientes especiais relativamente pouco estudado, apesar do crescente aumento deste fenômeno social. Esta situação acarreta o desconhecimento por parte dos profissionais da saúde, principalmente por parte do cirurgião-dentista, em como atuar sobre essa parcela da população. Este grupo de indivíduos representa uma população única, em situação de extrema vulnerabilidade, que está sujeita a um alto risco de problemas bucais e, ao mesmo tempo, geralmente é menos capaz de receber atendimento odontológico adequado, seja pela pouca oferta ou mesmo pela baixa resolubilidade dos serviços

de saúde bucal públicos. Dessa forma, a pesquisa dessas variáveis e a sua influência nas condições bucais de usuários de drogas são de fundamental importância para o planejamento e a execução de serviços odontológicos voltados para a prevenção e o controle de doenças para esse grupo populacional, favorecendo o desenvolvimento e a avaliação de ações de saúde bucal (BARBATO et al. 2007; GUIOTOKU et al. 2012; COSTA et al. 2013).

Conforme as normas de defesa de dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva desta Instituição, optou-se por apresentar os resultados desta dissertação de mestrado em formato de artigos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Segundo Buchele et al. (2004), entende-se por dependência química

[...] um estado psíquico e também físico resultado da ingestão do uso contínuo de substâncias químicas, que leva a alterações comportamentais e a necessidade incontrolável de usar a droga de forma frequente, usufruindo dos seus efeitos psíquicos e por vezes evitando o desconforto físico da sua falta.

É uma alteração neurobiológica proveniente da ação direta e prolongada de uma droga de abuso e influenciada por aspectos ambientais, comportamentais e genéticos.

Compreender o contexto da presença e consumo das substâncias psicoativas na cultura brasileira e sua relação intrínseca com a população nativa e com os colonizadores é crucial para entender que a construção, muitas vezes moralista e equivocada, feita em torno da utilização do álcool e outras drogas têm raízes históricas e culturais. Tão importante quanto o conhecimento histórico-cultural é o conhecimento dos estudos epidemiológicos realizados nesta área, pois geram dados estatísticos populacionais que permitem avaliar o uso de drogas em uma determinada população (FORMIGONI, 2015).

Existem grandes desafios na estimativa precisa da prevalência de um comportamento considerado ilegal, e muitas vezes estigmatizado, como é o caso do uso de SPA. Isso é especialmente verdade em contextos culturais onde o uso de drogas ilícitas pode levar à prisão, e onde os participantes das pesquisas não podem ter certeza de confidencialidade ou ausência de represálias por revelar seus comportamentos de consumo de drogas. Por necessidade, muitas vezes, uma variedade de métodos imperfeitos tem de ser utilizados para estimar a prevalência de utilização em tais áreas (DEGENHARDT; HALL, 2012).

No ano de 2013, cerca de 246 milhões de pessoas, ou uma a cada 20 pessoas, com idade entre 15 e 64 anos, usou algum tipo de substância ilícita no mundo. Além

disso, 187 mil mortes foram relacionadas às drogas, configurando uma taxa de mortalidade de 40 mortes a cada 1 milhão de indivíduos (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Os dados recentes sobre o consumo de drogas para a população adulta brasileira estão disponíveis em dois levantamentos domiciliares sobre o uso de drogas psicotrópicas (CARLINI et al., 2002; CARLINI; GALDUROZ, 2006), no II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – II LENAD, realizado em 2012 (LARANJEIRA, 2014) e na Pesquisa Nacional sobre o uso de Crack (BASTOS; BERTONI, 2014).

O II LENAD traz vários dados importantes. Apesar de o número de pessoas que relataram ter consumido álcool no ano anterior ter diminuído entre 2006 e 2012 (de 52% para 50%), o número de adultos que bebia pelo menos uma vez por semana subiu 11% (de 42% em 2006 para 53% em 2012). Além disso, o padrão de beber pesado episódico (*binge*) aumentou entre essa parcela da população. Ainda que a prevalência de bebedores não tenha apresentado mudanças significativas comparando os dois anos do estudo, analisando o tipo de consumo realizado é possível observar mudanças significativas nas quantidades e na rotina de consumo (LARANJEIRA, 2014).

Segundo a OMS, o tabaco é um dos fatores mais determinantes da Carga Global de Doenças no mundo. Fumar tabaco é um comportamento aceito socialmente que geralmente começa na adolescência. O uso crônico e os efeitos em indivíduos expostos à fumaça determinam uma alta taxa de mortalidade. Em 2012, a prevalência de fumantes entre os brasileiros adultos diminuiu 3,9 pontos percentuais em relação a 2006, ano em que 20,8% do total de brasileiros declararam-se fumantes. A prevalência de fumantes é maior entre os homens, tanto em 2006 (27,1%) como em 2012 (21,4%), enquanto entre mulheres 15,1% se declaravam fumantes em 2006 e 12,8% em 2012 (LARANJEIRA, 2014).

Em 2005, 22,8% da população pesquisada já fez uso na vida de drogas, exceto tabaco e álcool, enquanto em 2001 foi de 19,4%. O uso na vida de maconha, em 2005, aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, com 8,8% dos entrevistados, seguidos pelos solventes (6,1%). Entre os medicamentos usados sem

receita médica os benzodiazepínicos (ansiolíticos) tiveram uso na vida de 5,6%. Em relação à cocaína, 2,9% dos entrevistados declararam ter feito uso na vida (CARLINI et al., 2002; CARLINI; GALDUROZ, 2006).

O Brasil é uma das nações onde o consumo de estimulantes como a cocaína – seja na forma intranasal (“pó”) ou fumada (crack, merla ou oxi) – continua aumentando, tendência contrária à visualizada para o mundo. Em 2012, o uso na vida e o uso no ano de cocaína relatado pela população adulta foram de 4,0% e 2,0%, respectivamente (BRASIL, 2013). Estima-se que existam 370 mil usuários regulares (mais de 25 dias de uso nos últimos 6 meses) de crack e/ou similares nas capitais brasileiras, o que representaria 0,81% do total da população residente nestes municípios. O usuário, geralmente em situação de alta vulnerabilidade, tem pouco acesso aos serviços de atenção e tratamento de dependência química (cerca de 6% relatou ter tido acesso a um AD nos 30 dias anteriores à pesquisa) (BASTOS; BERTONI, 2014).

Variações nos padrões de iniciação entre os países e culturas sugerem que início do uso de SPA é dependente de fatores sociais e da disponibilidade, bem como as características dos usuários e configurações sociais que facilitam ou impedem o uso (DEGENHARDT et al., 2008).

Os principais fatores sociais e contextuais que aumentam a probabilidade de uso são a disponibilidade da SPA e uso de tabaco e álcool em idade precoce (ou seja, início da adolescência). Fatores de risco estruturais como condições socioeconômicas e culturais também estão relacionados, uma vez que quanto menor a condição socioeconômica mais propensa a usar drogas ilícitas está uma pessoa. Fatores familiares que aumentam o risco durante a adolescência incluem a má qualidade da relação pai-filho, o conflito parental e uso de drogas pelos pais e irmãos (DEGENHARDT; HALL, 2012).

Com base nas evidências disponíveis, a maior parte da carga de doença atribuível às drogas ilícitas é concentrada em problemas com drogas ou em usuários dependentes, especialmente pessoas que usam drogas injetáveis. As estimativas existentes subestimam a contribuição de drogas ilícitas para a carga global da doença, porque não incluem todos os resultados adversos do uso destas

substâncias. Mesmo assim, essas estimativas sugerem que a dependência, infecção pelo HIV e a overdose são causas importantes de carga de doença relacionada com a droga (DEGENHARDT; HALL, 2012).

2.2 A POLÍTICA E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS

Historicamente, a exclusão social e a ausência de cuidados atingiram, continuamente, aqueles que sofriam de transtornos mentais e, especificamente neste contexto, os usuários de drogas. O modelo de atenção não contemplava as reais necessidades daquela população e a ótica que prevalecia era a do abandono. Posteriormente, quando passou a ser interesse do Estado, foi alvo de políticas públicas focadas na criminalização e na medicalização (SANTOS; OLIVEIRA, 2013; MEDINA; NERY FILHO, FLACH, 2014).

O primeiro aparato legal voltado à pessoa com transtorno mental foi o decreto-lei nº 24.559/34, que “considerava como doentes mentais os psicopatas, os menores anormais, os toxicômanos, os intoxicados habituais”. Os tratamentos dedicados aos indivíduos considerados diferentes eram moralistas, segregadores e até mesmo punitivos. O foco das políticas públicas permaneceria nas ações de repressão ao consumo e tráfico mesmo com a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953 (BRASIL, 1934; SANTOS; OLIVEIRA, 2013; MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Na década de 1970, no contexto da luta para redemocratizar o Brasil, as constantes denúncias a respeito das condições precárias e dos abusos cometidos contra os usuários dos serviços de saúde mental deram início ao movimento pela reforma psiquiátrica que buscava a reorientação das práticas de saúde mental. O ponto definitivo para a implantação de políticas de saúde mental foi o projeto de Lei nº 3.657/89, que propunha um sistema de rede de assistência extra-hospitalar, com progressiva extinção dos leitos de característica manicomial e comunicação compulsória das internações. Assim, o modelo de atenção à saúde mental passaria

a sofrer grandes transformações nos anos seguintes (YASUI, 2013; TONINI; KANSTORSKI, 2007).

O ano de 2002 trouxe consigo transformações significativas no campo legal. O Decreto 4.345/02 instituiu a Política Nacional Antidrogas e retratou as drogas como ameaças à humanidade e à vida em sociedade. Por sua vez, a lei 10.409/02 afirmou a necessidade do tratamento do usuário/dependente ser feito de forma multiprofissional e, se possível, com a assistência da família (BRASIL, 2002a; BRASIL 2002b). O MS publicou a portaria n.º 336/2002, em consonância com as recomendações da II Conferência Nacional de Saúde Mental, ampliando a rede de assistencial aos usuários de drogas e instituindo o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) (BRASIL, 2002c).

Em 2005, com a aprovação da Política Nacional sobre Drogas, o Estado brasileiro reforçou a questão do uso abusivo de drogas como um problema de saúde pública, admitindo a necessidade do tratamento, recuperação e reinserção social do usuário de álcool e outras drogas. Cinco anos depois, em 2010, foi lançado o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, que reafirmava a implementação de ações descentralizadas e integradas, envolvendo vários setores e sociedade (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi estabelecida pelo MS por meio da Portaria 3.088/11, com o objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, observando as necessidades dos usuários dos serviços. (BRASIL, 2011a). Para a implementação da política, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tornaram-se peças fundamentais para a construção de uma rede de atenção integrada que substituísse as internações em hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, os CAPS passaram a ser a porta de entrada para a rede de cuidados em saúde mental, prestando assistência aos indivíduos que o utilizam, articulando a rede de serviços, organizando demandas e o direcionamento local de políticas e programas de saúde mental (MARQUES; MANGIA, 2011).

O CAPS AD é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Oferece atendimento diário permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma

perspectiva individualizada de evolução contínua. São desenvolvidas atividades como atendimento individual e em grupo, oficinas terapêuticas e visita domiciliar. Além disso, devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica. Como está inserido em uma Rede de Atenção Psicossocial, deve ser apoiado por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária como internação domiciliar e inserção comunitária de serviços (SOUZA et al., 2007).

É constituído por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar, em sua área territorial. A equipe mínima é composta por um médico psiquiatra e um clínico; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior entre psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta educacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e seis de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (REIS; GARCIA, 2008; BRASIL, 2011a).

A organização e integração das equipes de saúde tem o objetivo de promover atitudes que permitam a produção de saúde, na tentativa de superar o modelo biomédico tradicional, com foco na doença e na remissão de sintomas. As atividades são realizadas preferencialmente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), articulando-se com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Assim, a atuação dos CAPS AD não é isolada, mas constituída num plano articulado com dispositivos assistenciais em saúde mental, rede básica de saúde, Estratégia Saúde da Família, entre outros (BRASIL, 2011a).

Nunes e Onocko-Campos (2014) afirmam que, apesar dos visíveis avanços normativos, observa-se um desencontro entre o que se encontra prescrito nas portarias e sua efetiva implementação. Entretanto, é preciso lembrar que os CAPS foram regulamentados em legislação específica apenas em 2002, fazendo com que ainda estejam em fase de afirmação e estruturação.

2.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Existem quatro grandes tipos de efeitos adversos para a saúde do uso de drogas ilícitas: efeitos tóxicos agudos, incluindo overdose; efeitos agudos de intoxicação, como lesões acidentais e violência; desenvolvimento de dependência; e efeitos adversos à saúde sustentada pelo uso crônico e regular, como doenças crônicas (por exemplo, doenças cardiovasculares e cirrose), infecções bacterianas e virais transmissíveis pelo sangue, e distúrbios mentais (DEGENHARDT; HALL, 2012). Dentre os efeitos adversos possíveis, muitos são importantes para a Odontologia, como a hepatite viral, infecção por vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e a endocardite.

Uma preocupação importante dentro da Odontologia é o risco de lesões de mucosa oral com potencial de malignização. Sobre isso, O'Sullivan (2011) encontrou 84 sintomas/anormalidades em 29% (n = 61) dos participantes, sendo 19 lesões consideráveis, como eritroplasias, leucoplasias e líquen plano. Enquanto as anormalidades foram vistas mais frequentemente nos usuários apenas de álcool do que nos de álcool e drogas, a prevalência não foi significativamente influenciada pelo gênero ou pelo tipo e quantidade de álcool/drogas.

Complicações de saúde bucal associadas ao abuso de drogas podem ser resultado da exposição direta dos tecidos orais às drogas fumadas ou ingeridas, da interação biológica de fármacos com a fisiologia normal da cavidade oral e efeitos das drogas sobre o funcionamento do cérebro que resultam em um largo espectro de comportamentos aditivos, tais como comportamentos de risco, falta de higiene, agressão e negligência (SHEKARCHIZADEH et al., 2013a).

Precárias condições de saúde bucal foram confirmadas ainda por uma coorte retrospectiva realizada na Espanha por Mateos-Moreno et al. (2013). Os usuários de drogas em tratamento tiveram, significativamente, um alto índice de patologia oral, essencialmente cárie (CPOD médio de 22,7) e doença periodontal. O risco de cárie foi alto e a presença de candidíase foi representativa de má saúde geral e bucal desses pacientes.

Shekarchizadeh et al. (2013b) investigaram o comportamento de saúde bucal de usuários de drogas em recuperação do Irã. O modelo de regressão linear confirmou que ser viciado em heroína como a principal droga de abuso, iniciar o abuso precocemente, e a longa duração da adicção foram associados com um pior comportamento de saúde bucal. Sexo feminino e condições socioeconômicas melhores estavam significativamente associados com melhores comportamentos de saúde bucal.

Albini et al. (2015) realizaram um estudo com 100 usuários de três CAPS AD do Paraná para avaliar a experiência de cárie e a condição periodontal dos indivíduos. Os resultados mostraram uma condição bucal ruim, com CPOD médio de 15,21 (DP=5,84) e aumento do índice associado com maior tempo de dependência e higiene bucal deficitária. Foi possível observar que 82,7% da amostra apresentou sítios com sangramento à sondagem e também um abundante acúmulo de biofilme nas superfícies dentárias, comprovando a situação periodontal ruim.

2.3.1 Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD)

O índice CPOD é largamente utilizado em levantamentos epidemiológicos de saúde bucal, sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações. Seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). Portanto, é capaz de estimar a experiência presente e passada do ataque da cárie dental à dentição permanente e tem, portanto, caráter cumulativo ao longo dos anos.

No estudo realizado por Ribeiro et al. (2002), em dependentes químicos em recuperação, do sexo masculino, verificou-se um índice CPOD de 14,88 (DP = 6,38; n = 86) com uma média da necessidade de tratamento odontológico de 6,72. A idade esteve correlacionada positivamente ao CPOD ($r = 0,55$, $p = 0,001$).

Barbadoro et al. (2008), na Itália, encontraram quase 57% de indivíduos com CPOD igual ou acima de 10, em uma amostra de usuários de álcool em reabilitação. O modelo de regressão logística mostrou uma associação entre CPOD ≥ 10 e sexo feminino (mulheres tiveram 4,33 mais chance de alto valor CPOD do que os homens) e idade (chance 1,85 vezes maior para indivíduos > 49 anos).

Outra forma de interpretação do índice é calculando a média de cada componente do mesmo. Mateos-Moreno et al. (2013) realizaram um estudo de coorte com dependentes químicos na Espanha. O índice CPOD no grupo teste foi de 22,7. Quando desmembrado, observou-se que a média para C, P e O foi de 10,1, 12,1 e 0,7, respectivamente. Além disso, a percentagem de dentes cariados e perdidos também foi maior entre os usuários de drogas ($p < 0,001$), enquanto o grupo controle apresentou uma maior proporção de dentes obturados ($p < 0,001$).

2.4 PROMOÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Historicamente, o “modelo biomédico” tem influenciado a formação dos profissionais de saúde, a forma como os serviços se organizam e a produção de conhecimentos em saúde. Se por um lado, foi importante para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças, por outro, tornou-se extremamente limitado no aspecto mais importante, a atenção à saúde das pessoas (FERTONANI et al., 2015).

Características inerentes a este modo de pensar saúde como o foco no indivíduo indiferenciado, com intervenções no seu corpo e na parte afetada; a ênfase nas ações curativas e no tratamento de doenças, lesões e danos; a medicalização; e a ênfase na atenção hospitalar com uso intensivo do aparato tecnológico culminaram no esgotamento do paradigma biomédico. Novos desafios sociais, políticos e culturais e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas exigiram o aparecimento de uma nova maneira sobre o pensar e o fazer saúde, e é neste ponto que a promoção da saúde apareceu como eixo determinante (CARVALHO, 2004; SILVA; SENNA, 2013; FERTONANI et al., 2015).

A partir da década de 70, a promoção da saúde despontou como uma nova concepção de saúde internacional ao ser discutida sob a égide da determinação social e econômica da saúde e a construção de uma ideia não centrada na doença. Nesse sentido, o marco inicial mais importante foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986. Na carta produzida nessa conferência, a promoção da saúde foi entendida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua QV e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A promoção de saúde compreende uma visão ampliada do processo saúde-doença e a maneira de intervir sobre este, o que implica em desenvolver muito mais do que habilidades clínicas e preventivas. Demanda uma aproximação da realidade socioeconômica, cultural e política da comunidade e o desenvolvimento de ações sobre os determinantes socioambientais da saúde e de políticas públicas intersetoriais (SILVA; SENNA, 2013).

Para o Sistema de Saúde Único (SUS), é a possibilidade de abordar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país, como violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação (BRASIL, 2006).

O objetivo final da promoção da saúde é a qualidade de vida da população. Para Minayo, Hartz e Buss (2000), QV é uma noção eminentemente humana proveniente da síntese dos padrões de conforto e bem-estar de uma sociedade. O termo abrange muitos significados, que refletem entendimentos, experimentações e princípios individuais e coletivos de variadas épocas, espaços e histórias, caracterizando-se como uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Por QV entende-se a relação ou percepção pelas quais as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo, portanto, não apenas saúde, mas também educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito (SILVA; SENNA, 2013). Mais importante ainda é ressaltar que valores não materiais (e completamente subjetivos), como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade são indissociáveis da concepção de QV (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Muitos estudos tomam certas características quantitativas unicamente como indicadores de QV sem investigar o objetivo disso para as pessoas envolvidas. Se, por um lado, isso permite investigações em grandes grupos, por outro, deixa de considerar a subjetividade particular de cada ser humano na avaliação do quão boa é sua própria vida (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

No campo da saúde, a crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida busca valorizar horizontes mais amplos do que apenas controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida, por exemplo (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Assim, a busca por uma definição sobre QV meramente pautada em indicadores quantitativos predeterminados mostra-se insuficiente, pois não revela dados importantes referentes aos sentimentos, julgamentos e valores que cada indivíduo possui, determinando que o conceito só tenha significado no nível pessoal e quando vinculado às percepções subjetivas dos sujeitos (MOREIRA, 2006).

Qualidade de vida em saúde está centrada na capacidade do indivíduo de viver sem a doença ou superar as dificuldades dos estados de morbidade. Instrumentos de natureza subjetiva buscam demonstrar, portanto, como as pessoas se sentem ou o que pensam das suas vidas, o próprio valor atribuído à vida, considerando deteriorações funcionais e psicológicas; as percepções e condições sociais induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

2.4.1 Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

Com o objetivo de complementar os indicadores epidemiológicos tradicionais sobre doenças, Slade e Spencer (1994), desenvolveram o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), com 49 perguntas para avaliar o impacto social da doença bucal na qualidade de vida. Adaptado a partir do modelo conceitual de saúde proposto por Locker (1988), apresenta sete fatores/dimensões conceituais: limitação funcional;

dor física; desconforto psicológico; incapacidade física; incapacidade psicológica; incapacidade social; e deficiência. Essas dimensões apresentam-se em uma ordem hierárquica de impacto crescente na vida do indivíduo e, coletivamente, indicam o “impacto social” da doença.

Slade (1997) produziu uma versão mais reduzida e menos complexa do instrumento original. Após eliminação de questões que causavam maiores problemas de interpretação e testes estatísticos, o autor concluiu que 14 itens eram efetivos para determinar as mesmas associações com os fatores clínicos e sociodemográficos, apresentando, assim, boa confiabilidade, validade e precisão.

Para a adaptação do OHIP-14 ao contexto cultural do Brasil e ao idioma português, foi realizada uma tradução transcultural por Oliveira e Nadanovsky (2005). Nesse estudo as propriedades psicométricas do OHIP-14 em versão brasileira foram analisadas, e a consistência interna foi confirmada pela boa correlação de seus itens com a percepção de saúde bucal e geral.

Marques et al. (2015) investigaram o impacto das condições bucais de saúde sobre a QV de usuários de drogas de três CAPS AD de São Paulo. Foi possível observar que os indivíduos com higiene boa/regular apresentaram 3,63 vezes mais chance de ter menor impacto da saúde bucal na QV do que aqueles com higiene bucal ruim (IC 95%=1,96-6,75 $p < 0,0001$). Indivíduos que relataram não ter tido dor no mês anterior apresentaram 2,69 vezes mais chance de ter menor impacto da saúde bucal na QV do que aqueles que relataram dor de dente (IC95%= 1,67-4,60 $p = 0,0003$).

Fatores protetores estatisticamente significantes encontrados por Almoznino et al. (2015) em usuários de drogas incluíram idade mais jovem, formação acadêmica, não consumo de álcool, atividade física regular, menos anos fumando e atendimento odontológico de rotina. Melhores comportamentos relacionados com a saúde ($p = 0,039$) e atendimento odontológico de rotina ($p=0,029$) também se correlacionam diretamente com menores pontuações do OHIP-14.

Uma característica importante do OHIP é que o impacto na saúde do indivíduo se dá por dimensões. Sobre isso, van Wijk et al. (2011), encontraram maior impacto das dimensões “dor física”, “desconforto psicológico” e “incapacidade psicológica” e na dimensão “limitação funcional”, o menor impacto. Além disso, a pontuação média do

OHIP encontrada (40,6; DP = 12,9) foi considerada substancial quando comparada a outros grupos de pacientes. Os autores concluíram que a má saúde bucal do grupo de indivíduos dependentes de álcool e/ou drogas tratados em um centro de Odontologia especializada em Amsterdam teve um impacto substancial sobre o funcionamento diário.

Dois estudos realizados em municípios do Espírito Santo mostraram o impacto da saúde bucal na população capixaba. Miotto, Barcellos e Velten (2012), em Marechal Floriano, encontraram a prevalência do impacto em adultos e idosos de 35%, sendo a maior percepção de impacto encontrada em indivíduos com mais de 40 anos (OR= 2,37), com necessidade declarada de prótese parcial removível (OR= 2,771) e de prótese total removível (OR= 2,292). Já um estudo com 994 servidores públicos municipais de Marataízes mostrou que a maior predição de impacto esteve associada à idade, condição socioeconômica, escolaridade, utilização de serviço odontológico, necessidade de prótese e dor de dente, com grande número de indivíduos (32,5%) declarando impacto na qualidade de vida devido a problemas bucais (MIOTTO; ALMEIDA; BARCELLOS, 2014).

O OHIP 14 tem sido o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto causado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas. Ainda assim, no que se refere à população usuária de substâncias psicoativas, poucos estudos abordando este aspecto importante são encontrados.

2.5 A PRÁTICA ODONTOLÓGICA

As doenças bucais representam no Brasil um grave problema de saúde pública. A cárie dentária será abordada porque sua medida pode ser considerada um marcador de situações sociais. Mesmo com os avanços científicos e tecnológicos da Odontologia, melhorias nos indicadores populacionais das doenças bucais só começaram a ser observadas nos últimos anos, ainda porque a prática odontológica foi baseada em ações eminentemente clínicas e preventivas direcionadas a

escolares. Apesar dos níveis de cárie terem sido reduzidos de maneira considerável nas duas últimas décadas em nosso país – principalmente na população infantil –, ainda persistem índices elevados em certos grupos populacionais, e grande parte da população permanece desassistida (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2011b).

Centrada em procedimentos e não na produção de saúde, a Odontologia considera a boca como uma unidade desprovida de corpo. Sobre isso, Botazzo (2000) diz que:

“Encerrada em seus domínios, aprecia dizer que se separou; a medicina não entenderia do seu objeto, mas parece que não entenderiam dele nem a sociologia nem a antropologia ou a psicologia; assim como ela é sua própria medicina, pretende ser o próprio modelo da ciência social que fabula”.

Um dos grandes problemas da prática odontológica é não perceber a dimensão social dos problemas bucais, assumindo a visão biomédica na qual a doença é explicada exclusivamente através de um processo biológico (GONSALVES; EMMERICH, 2009). Talvez seja possível hipotetizar que a modificação dos índices de saúde bucal se deu apesar da Odontologia, que – coletivamente – tem fracassado.

Historicamente, a Odontologia privilegiou em sua abordagem os aspectos biológicos, a doença, o individual, a técnica e a clínica. Desenvolveu-se paralelamente, de forma distante, ao processo de organização dos demais serviços de saúde (PEZATTO; L'ABBATE; BOTAZZO, 2013).

Para entender o processo de saúde-doença da boca, Botazzo (2000) traz o conceito de “bucalidade”, ou seja, a dimensão civilizatória do que é bucal. Considera a boca como o óstio de entrada do mundo pelo corpo e do corpo pelo mundo que é capaz de produzir subjetividades.

Ao analisar o desenvolvimento das teorias a respeito da cárie dentária, Freitas (2001) afirma que esta é socialmente produzida e determinada, deixando de ser mutans-dependente (em alusão ao *Streptococcus mutans*, micro-organismo causador da doença cárie) para se tornar social-dependente. Mesmo sendo um indicador social, a cárie permanece analisada sob a égide de seus processos químicos, físicos e biológicos. É uma boca científica, fragmentada, sem desejos.

Kovaleski, Freitas e Botazzo (2006) demonstram que no processo de disciplinarização dos corpos, existe a possibilidade de uma análise ainda mais específica, a disciplinarização da boca como produção social. Localizada em um corpo vigiado, esse centro de prazer tornou-se alvo de repressão e de normalização. O que se produz são indivíduos desdentados e inofensivos, que só podem falar o que convém às pessoas certas. E mais, indivíduos alienados, com autonomia diminuída. A boca mutilada, que é fator de exclusão para as classes pobres, traz graves consequências para a positividade da saúde do corpo individual e social.

É preciso entender, enfim, que a saúde não deve ser vista através de suas definições simplificadas, seja o “estado de completo bem-estar físico-psíquico-social” ou mesmo a “ausência de doenças”. Entender o sentido da produção da saúde exige, portanto, um conhecimento muito mais aprofundado. Exige a compreensão de que o cirurgião-dentista, enquanto profissional de saúde, deve contribuir para a construção de uma sociedade mais justa, igualitária e saudável (SILVA; SENNA, 2013).

A discussão acerca da prática odontológica não foi feita com o objetivo de minimizar a importância da atividade clínica, mas repensar como está sendo conduzida. Mais do que equipamentos e instrumentais, é preciso incorporar a tecnologia leve no processo de trabalho. Como característica intrínseca ao indivíduo, é necessária a mudança de postura dos profissionais em relação à população usuária dos serviços. Nessa produção de sujeitos, o usuário deve participar na construção de espaços de escutas, de acolhimento, de construção de vínculo. Deixará de ser paciente, passivo e se tornará um sujeito portador de necessidades, de desejos, com uma experiência de vida que enriquece a relação com os serviços.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS DO ARTIGO 1

Determinar a prevalência da cárie e verificar a sua associação com as variáveis sociodemográficas, de saúde bucal e do tempo de uso de substâncias psicoativas em usuários de drogas que frequentam três Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) da Região Metropolitana de Vitória, ES, Brasil.

3.2 OBJETIVOS DO ARTIGO 2

Determinar o impacto produzido por problemas bucais na qualidade de vida e verificar a sua associação com as variáveis sociodemográficas, de saúde geral, índice de dentes cariados, perdidos e obturados (índice CPOD) e de características de consumo de substâncias psicoativas em usuários de drogas que frequentam três Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) da Região Metropolitana de Vitória, ES, Brasil.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DO ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA

O delineamento do estudo foi quantitativo, transversal e analítico, descrevendo de uma maneira pontual a distribuição das características dos indivíduos estudados. O período do estudo foi de junho de 2015 a fevereiro de 2016.

Foram desenvolvidas duas propostas de artigo: a primeira referente a prevalência da cárie e suas consequências em dependentes químicos usuários dos CAPS AD; a segunda relacionada com o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida dos dependentes químicos usuários dos CAPS AD;

4.2 LOCAIS DO ESTUDO

Os locais selecionados para o presente estudo foram escolhidos por serem os únicos CAPS na modalidade AD da Região Metropolitana de Vitória, ES. Os municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, acatando a portaria 3.088/2011, que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, possuem em suas estruturas institucionais os CAPS AD como espaços alternativos de tratamento para os transtornos decorrentes do consumo de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a).

No município de Vitória, o CAPS AD está configurado na categoria III – CAPS AD III. É um serviço indicado para municípios com população acima de 200.000 habitantes e destinado ao atendimento de adultos que apresentem necessidades de cuidados clínicos contínuos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A característica diferencial desse espaço é o funcionamento 24 h, tendo no máximo 12 leitos de

curta internação, para observação e monitoramento (BRASIL, 2011a; ESPÍRITO SANTO, 2015).

Em Vila Velha e Serra, os CAPS AD configuram-se na categoria CAPS AD II, tendo capacidade para atender adultos, crianças e adolescentes, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esse serviço é indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes (BRASIL, 2011a; ESPÍRITO SANTO, 2015).

4.3 POPULAÇÃO – UNIVERSO

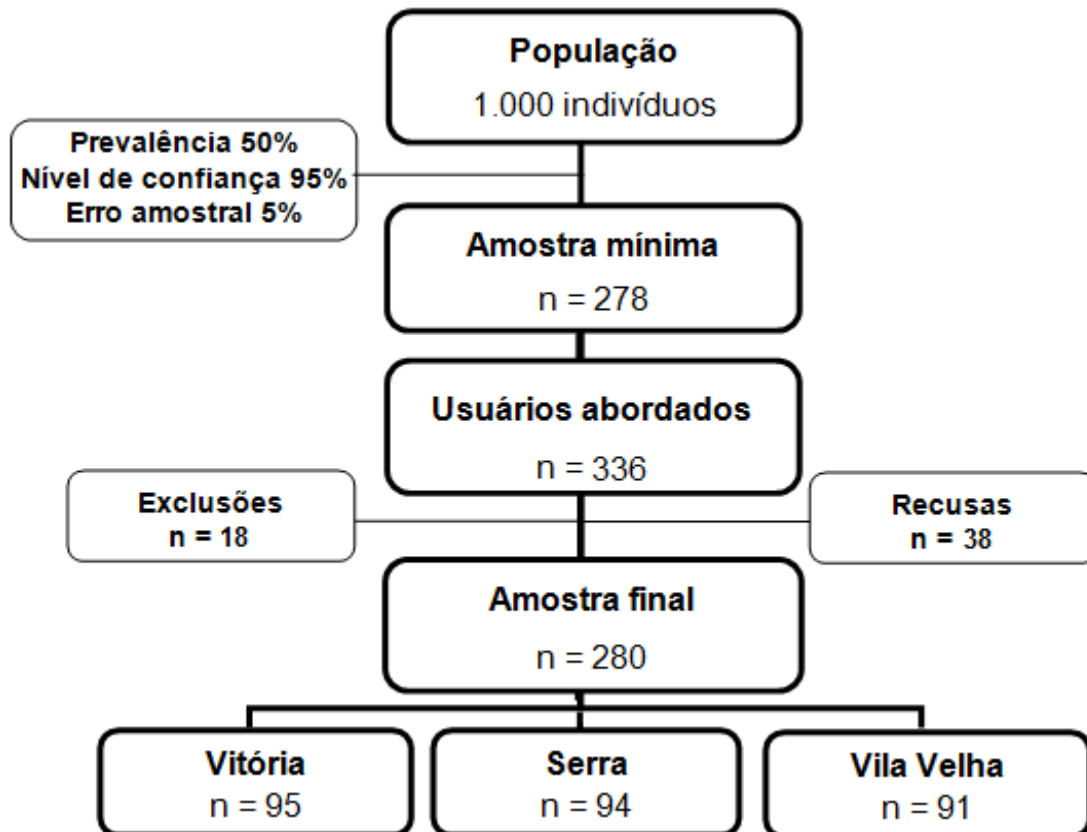
Indivíduos usuários de substâncias psicoativas que utilizam quaisquer serviços oferecidos pelos CAPS AD de Vitória, Vila Velha e Serra e que atenderam aos critérios de inclusão entre os meses de junho de 2015 e fevereiro de 2016.

4.4 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Para que todos os objetivos do projeto de pesquisa fossem atingidos, o cálculo amostral foi realizado para maximizar o tamanho da amostra. De acordo com os dados fornecidos pelo próprio serviço, considerou-se a população estudada em torno de 1.000 indivíduos no período em que ocorreria o estudo, prevalência de 50%, nível de confiança de 95% com erro amostral de 5%, culminando em um tamanho mínimo de amostra de 278 indivíduos. Calculou-se a amostra no programa estatístico Bioestat, versão 3.1. Apesar da legislação apontar capacidades de atendimento diferentes para os três CAPS AD, o que se viu na prática foram quantidades de atendimentos muito semelhantes. Por esse motivo, optou-se por

dividir a amostra proporcionalmente entre os três centros (Figura 1). A aleatorização da amostra foi realizada a partir de um cronograma de visita dos pesquisadores, fazendo com que cada CAPS AD fosse visitado em todos os dias e horário pré-estabelecidos, o que garantiu que todos os indivíduos tivessem igual probabilidade de participar do estudo.

Figura 1. Fluxograma do cálculo amostral e divisão da amostra entre os CAPS AD, Vitória, Serra e Vila Velha, ES, 2015-2016.



4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo os indivíduos em tratamento por uso de SPAs nos três CAPS AD e com 18 anos ou mais de vida.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

O critério de exclusão foi a presença de comorbidades psiquiátricas ou desvios de comportamento que impedissem a correta coleta dos dados.

4.7 VARIÁVEIS DEPENDENTES

4.7.1 Artigo 1

Índice CPO-D (dente cariado, perdido ou obturado).

4.7.2 Artigo 2

Perfil do impacto de saúde bucal, considerando as dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência.

4.8 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

4.8.1 Artigo 1

As variáveis independentes estão descritas e definidas no Quadro 1.

Quadro 1. Categorização das variáveis independentes do artigo 1 (Continua)

Grupo	Variável	Categoria	
Variáveis sociodemográficas	CAPS AD	Serra Vila Velha Vitória	
	Faixa etária	19 a 25 anos 26 a 30 anos 31 a 35 anos 36 a 40 anos 41 a 45 anos	46 a 50 anos 51 a 55 anos 56 a 60 anos 61 a 84 anos
	Gênero	Masculino Feminino	
	Raça/Cor	Branca Não branca	
	Situação conjugal	Solteiro (a) Casado (a) / comunhão estável Separado (a) / viúvo (a)	
	Escolaridade do usuário (em anos estudados)	Até 8 anos 9 anos e mais	
	Escolaridade do chefe da família (em anos estudados)	Até 8 anos 9 anos e mais	
	Renda familiar mensal	Sem renda Menos de 1 salário mínimo 1 a 2 salários mínimos 3 a 4 salários mínimos Acima de 4 salários mínimos	
	Condição de moradia	Casa própria Casa de familiares Casa alugada Situação de rua Abrigo ou outra	

Quadro 1. Categorização das variáveis independentes do artigo 1 (Conclusão)

Variáveis de saúde bucal	Utilização de serviço odontológico na vida	Sim Não
	Utilização de serviço odontológico nos últimos 6 meses	Sim Não
	Dor de dente nos últimos 6 meses	Sim Não
	Necessidade de tratamento autopercebida	Sim Não Não sabe
	Motivo da utilização do serviço odontológico	Rotina Só quando tem dor Nunca foi Quando pode
	Higiene bucal autopercebida	Boa Regular Ruim
	Uso de prótese avaliada	Sim Não
	Necessidade de prótese autopercebida	Sim Não Não sabe
Variáveis de uso de SPA	Tempo de uso de drogas	Menos de 10 anos Mais de 10 anos

4.8.2 Artigo 2

As variáveis independentes estão descritas e definidas no Quadro 2.

Quadro 2. Categorização das variáveis independentes do artigo 2 (Continua)

Grupo	Variável	Categoria
Variáveis sociodemográficas	CAPS AD	Serra Vila Velha Vitória
	Faixa etária	19 a 25 anos 26 a 30 anos 31 a 35 anos 36 a 40 anos 41 a 45 anos 46 a 50 anos 51 a 55 anos 56 a 60 anos 61 a 84 anos
	Gênero	Masculino Feminino
	Raça/Cor	Branca Não branca
	Situação conjugal	Solteiro (a) Casado (a) / comunhão estável Separado (a) / viúvo (a)
	Escolaridade do usuário (em anos estudados)	Até 8 anos 9 anos e mais
	Escolaridade do chefe da família (em anos estudados)	Até 8 anos 9 anos e mais
	Renda familiar mensal	Sem renda Menos de 1 salário mínimo 1 a 2 salários mínimos 3 a 4 salários mínimos Acima de 4 salários mínimos
	Recebe bolsa-família	Sim Não
	Condição de moradia	Casa própria Casa de familiares Casa alugada Situação de rua Abrigos ou outra
	Variáveis de saúde	Estado de saúde geral nos últimos 30 dias
Índice CPO-D		CPO-D ≤ 10 CPO-D > 10

Quadro 2. Categorização das variáveis independentes do artigo 2 (Conclusão)

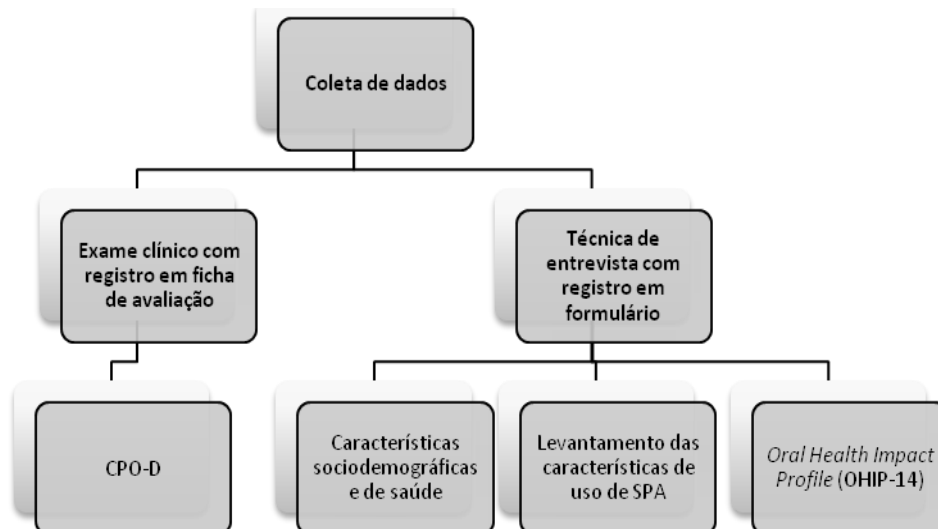
Variáveis de consumo de SPAs	Tipos de drogas consumidas	1 2 a 5 6 a 10
	Uso de cigarro	Sim Não
	Início do uso de cigarro	Até os 15 anos Depois de 15 anos Não usa
	Tempo de uso de cigarro	Menos de 10 anos Mais de 10 anos Não usa
	Uso de cocaína	Sim Não
	Tempo de uso de cocaína	Menos de 10 anos Mais de 10 anos Não usa
	Uso de crack	Sim Não
	Início de uso de crack	Até os 15 anos Depois de 15 anos Não usa
	Tempo de uso de crack	Menos de 10 anos Mais de 10 anos Não usa

4.9 COLETA DE DADOS

Para a testagem das técnicas e instrumentos utilizados na coleta de dados, realizou-se um estudo preliminar no ano anterior, em uma população-alvo semelhante, com 41 indivíduos do sexo masculino, internos de uma Comunidade Terapêutica de Vitória-ES.

Coletaram-se os dados utilizando a técnica de entrevista com registro em formulário e exame clínico com registro em ficha de avaliação (Figura 2), mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Os exames foram realizados por uma única examinadora paramentada e treinada (Kappa 0,89).

Figura 2 – Fluxograma dos instrumentos de coleta de dados, Vitória, Serra e Vila Velha, ES, 2015-2016.



4.9.1 Coleta de dados não clínicos

Utilizaram-se três roteiros:

1. Roteiro para registro das informações dos participantes (APÊNDICE B).

Avaliaram-se as informações sociodemográficas dos pacientes como: idade, gênero, situação conjugal, raça/cor, escolaridade do usuário e do chefe da família, condição de moradia, renda familiar mensal e recebimento de bolsa-família. Além de informações sobre o estado de saúde geral nos últimos 30 dias e do consumo de substâncias psicoativas.

2. Roteiro para registro das informações de saúde bucal dos participantes (APÊNDICE C)

Coletaram-se informações sobre as condições de saúde bucal do respondente, como utilização de serviços odontológicos, dor nos últimos 6 meses, necessidade de tratamento, higiene bucal e uso e necessidade de prótese.

3. Roteiro perfil do impacto de saúde bucal – OHIP-14 (ANEXO A).

O OHIP avalia a percepção das respondentes sobre os impactos produzidos pela condição bucal sobre a qualidade de vida. Utilizou-se a versão reduzida do instrumento, o OHIP - 14.

Para codificação das respostas do OHIP, utilizou-se uma escala de frequência do tipo Lickert com cinco opções sobre a frequência de cada problema em um período determinado. A escala é constituída pelas seguintes opções: sempre, quase sempre, às vezes, poucas vezes e nunca. As respostas foram avaliadas de forma dicotômica. As respostas “sempre” e “quase sempre” indicam impacto na qualidade de vida e as respostas “às vezes”, “poucas vezes” e “nunca” significam sem impacto na qualidade de vida.

4.9.2 Coleta de dados clínicos

A OMS recomenda o índice CPOD para avaliação da doença cárie na população. Uma vez que a maioria dos levantamentos epidemiológicos faz uso do índice para avaliação da saúde bucal, o mesmo foi adotado nesta pesquisa. Para o registro de cárie dentária, utilizou-se metodologia da Organização Mundial de Saúde (1999) para o diagnóstico de cárie da coroa dentária. Os dados coletados foram anotados em ficha de avaliação clínica (APÊNDICE C).

Realizou-se o exame com o usuário sentado de frente para o examinador, utilizou-se espátula de madeira e gaze para a realização dos procedimentos, sob luz natural. Os pesquisadores estavam paramentados com jaleco, gorro, máscara, óculos e luvas descartáveis.

No diagnóstico da cárie dentária, cada dente foi avaliado de forma individual pelos examinadores, com o exame clínico de cada superfície dos dentes, iniciando pela arcada superior, do dente 17 até o 27, seguido pela inferior, do dente 37 até o 47.

Os dentes foram considerados hígidos quando não apresentaram lesões cariosas ou quando apresentavam manchas brancas, rugosas ou lisas, mas sem cavitação, ou ainda quando apresentavam fissuras pigmentadas. Os dentes foram considerados com lesões de cárie quando exibia cavidade, restaurações com lesões de cárie secundárias ou restaurações e cárie em superfícies diferentes em um mesmo dente. Os dentes obturados eram aqueles com material restaurador sem presença de lesão de cárie secundária. Os dentes perdidos referiram-se aos dentes já extraídos e aos dentes com indicação de exodontia por cárie, doença periodontal, por necessidade ortodôntica e ausências congênitas (BRASIL, 2011b).

Desta forma, foram adotadas as iniciais (C) para os dentes cariados, (P) para dentes perdidos, e (O) para os dentes obturados. A unidade de medida considerada foi o (D) de dente. O valor total do índice calculado corresponde, em um indivíduo, à soma do número de dentes cariados, perdidos e obturados, dividido pelo número total de dentes no arco. Com base no cálculo, a obtenção do índice CPOD pode assumir valores entre 0 e 32. Neste estudo em específico, como se optou por excluir os terceiros molares pelo alto risco de viés de memória, os valores do índice variaram entre 0 e 28.

Os exames clínicos foram realizados por uma única examinadora paramentada, após calibração intraexaminador ($Kappa = 0,89$). A realização do exame epidemiológico obedeceu a uma padronização, adotada pela examinadora, para todos os grupos selecionados, quanto ao local físico, aos aspectos das condições ambientais, critérios de diagnóstico e registro de dados do exame.

4.10 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados foram organizados no programa Microsoft Office Excel 2010 for Windows e analisados pelo Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0.

Para o Artigo 1, realizou-se uma análise descritiva dos dados, por meio de tabelas de frequência numérica e percentual. Calculou-se o CPOD pela média e mediana. As associações entre as características sociodemográficas, de saúde bucal e de consumo de SPAs e o índice CPOD foram testadas pelo teste qui-quadrado. Adotou-se o nível de significância de 5%. Para avaliar a força dessas associações, calculou-se o odds ratio (OR) com intervalo de confiança de 95%.

No Artigo 2, realizou-se análise descritiva dos dados, por meio de tabelas de frequência numérica e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa. A associação das dimensões do impacto da saúde bucal e dos fatores sociodemográficos, de saúde bucal e de consumo de SPAs foi testada pelo teste qui-quadrado, adotando-se nível de significância de 5%.

4.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi encaminhado às Secretárias de Saúde dos municípios de Serra (SESA-SERRA), Vila Velha (SEMSA-VV) e Vitória (ETSUS), sendo aprovada sua realização (ANEXO C; ANEXO D; ANEXO E).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em 27 de maio de 2015 (ANEXO B).

No início de cada período, durante o momento de reunião do grupo de usuários, os examinadores explanaram detalhadamente os propósitos da pesquisa. Foram esclarecidos sobre os inconvenientes e benefícios do trabalho. O princípio básico seguido é de que nenhum prejuízo ocorreria ao participante, caso ele não quisesse participar. A participação foi totalmente voluntária, com direito à recusa, abandono da entrevista e/ou exame clínico quando desejasse. Garantiu-se sigilo de todas as informações coletadas, inclusive em relação à identificação do participante. Foi esclarecido que o resultado da pesquisa seria divulgado em revista científica e/ou congressos nacionais e /ou internacionais.

Todos os pacientes com lesões cariosas, doença periodontal, necessidade de exodontia ou qualquer lesão oral foram encaminhados à sua Unidade de Saúde de referência, como pactuado no projeto de pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 PROPOSTA DE ARTIGO 1

Prevalência de cárie e fatores associados em usuários dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da Região Metropolitana de Vitória/ES.

5.1.1 Resumo

Reflexos do uso de drogas são vistos no campo da saúde e a Odontologia pode auxiliar no resgate da autoestima e na interação social dos usuários. Objetivou-se determinar a prevalência da cárie e fatores associados em usuários de drogas dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da Região Metropolitana de Vitória, ES, Brasil. Realizou-se estudo transversal com 280 usuários. Coletaram-se os dados por meio de avaliação clínica para determinar a prevalência da cárie, obtida pelo índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) e entrevista para obter dados sociodemográficos, de saúde bucal e o tempo de uso de drogas. Utilizou-se o teste Qui-quadrado para avaliar a associação entre as variáveis e, para avaliar a força dessa associação, o teste Odds Ratio. A prevalência de cárie foi de 96,8% (n=271), a média do CPOD de 11,45 (DP= 7,5) e a mediana de 10. Faixa etária, raça/cor, situação conjugal, uso e necessidade de uso de prótese dentária e tempo de uso de drogas apresentaram associação estatisticamente significativa com o CPOD. Na análise ajustada, faixa etária e uso de prótese foram fatores preditivos para maior chance de CPOD>10. Deve-se considerar fatores sociodemográficos, de saúde bucal e do tempo de uso de drogas no planejamento de ações em saúde bucal para usuários de drogas, dada sua influência na prevalência da cárie.

Palavras-chave: Epidemiologia; Usuários de drogas; Saúde bucal; Cárie dentária; Índice CPO

5.1.2 Abstract

Repercussions of drug use are seen in health, and dentistry can assist in the rescue of users's self-esteem and social interaction. This study aimed to determine the prevalence of caries and its consequences in drug users of Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas in the Metropolitan Region of Vitória, Brazil. A cross-sectional study was performed with 280 users. The data was collected through clinical evaluation to determine the prevalence of caries, obtained by the decayed, missing, and filled teeth (DMFT) index and interview for sociodemographic data, oral health and drug usage time. We used the chi-square test and, to assess the strength of association between the variables, the odds ratio. The prevalence of caries was 96.8% (n = 271), the mean DMFT of 11.45 (SD = 7.5) and the median of 10. Age, race/color and marital status, use and need of use of prosthesis and drug usage time showed a statistically significant association with the DMFT. In the adjusted analysis, age and use of prosthesis were predictive factors for higher chance of DMFT > 10. Sociodemographic factors, oral health and drug usage time should be considered in the planning of oral health practices for drug users, given its influence on the prevalence of caries.

Key-words: Epidemiology; Drug users; Oral Health; Dental caries; DMF index;

5.1.3 Introdução

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) continua a produzir um fardo significativo no mundo, com perdas precoces de valiosas vidas humanas e de anos produtivos. Em 2013, aproximadamente 246 milhões de pessoas, ou uma a cada 20 pessoas, com idade entre 15 e 64 anos, usou algum tipo de substância ilícita. Além disso, 187 mil mortes foram relacionadas às drogas, configurando uma taxa de mortalidade de 40 mortes a cada 1 milhão de indivíduos na faixa etária de 15 a 64 anos¹. Nos levantamentos nacionais realizados em 2001² e 2005³, constatou-se, respectivamente, que 19,4% e 22,8% da população brasileira já fez uso de alguma droga ilícita.

O Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas⁴ mostrou que a prevalência dos denominados bebedores de álcool em 2012 foi de 50%. Entre os homens a prevalência de não-abstinentes observada em 2006 foi de 65% diminuindo para 62% em 2012, e entre as mulheres as foram de, respectivamente, 41% e 38%. De maneira semelhante, a prevalência de fumantes entre os brasileiros adultos diminuiu 3,9 pontos percentuais em relação a 2006, ano em que 20,8% do total de brasileiros declararam-se fumantes. A prevalência de fumantes é maior entre os homens, tanto em 2006 (27,1%) como em 2012 (21,4%). Entre mulheres, 15,1% se declaravam fumantes em 2006 e 12,8% em 2012.

Alguns fatores sociais e contextuais que aumentam a probabilidade de uso são a disponibilidade da SPA e uso de tabaco e álcool em idade precoce. Condições socioeconômicas e culturais são fatores de risco estruturais que também estão relacionados, na medida em que quanto menor a condição socioeconômica, maior a propensão a usar drogas ilícitas. Alguns fatores familiares que aumentam o risco durante a adolescência incluem a má qualidade da relação pai-filho, o conflito parental e uso de drogas pelos pais e irmãos⁵.

A contribuição de drogas ilícitas para a carga global da doença é subestimada ao não incluir todos os resultados adversos relacionados ao uso destas substâncias, mas sugere-se que a dependência, a infecção pelo HIV e a overdose estão entre as causas importantes⁵.

Além dos problemas expostos, a saúde bucal deficiente é comum nesta população, pois complicações associadas ao uso e abuso de drogas podem resultar da exposição direta dos tecidos orais às drogas fumadas ou ingeridas, da interação biológica das substâncias com a fisiologia normal da cavidade oral e efeitos das drogas sobre o funcionamento do cérebro que resultam em um largo espectro de comportamentos aditivos, tais como comportamentos de risco, falta de higiene, agressão e negligência⁶.

Em relação à cárie dentária, a OMS recomenda o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) para avaliação da doença. Os dados mais recentes para a população brasileira estão expostos no último levantamento nacional de saúde bucal, realizado em 2010. No que se refere a adultos, o CPOD médio foi de 16,75 na faixa etária de 35 a 44 anos e 27,53 na de 65 a 74. O componente perdido foi responsável por cerca de 44,7% do índice no grupo de 35 a 44 anos e 92% no grupo de 65 a 74 anos⁷. Especificamente para usuários de drogas, alguns estudos mostram médias bem discrepantes que variaram entre 4,84 e 27,83, de acordo com metodologia e população-alvo utilizada⁸⁻¹¹.

No campo da saúde, existem grandes desafios na estimativa precisa de qualquer aspecto relacionado ao uso de drogas na sociedade brasileira, tanto pela defasagem dos instrumentos de coleta de dados, quanto pela marginalização e ilicitude do uso de algumas substâncias^{5,12}. Há uma grande dificuldade de monitorização e acompanhamento dos sujeitos¹¹ e, por isso, poucas pesquisas abordam hoje a saúde bucal dos usuários de drogas.

Contudo, é preciso entender que o sucesso do tratamento dos usuários de drogas pressupõe um enfoque multidisciplinar. Dentro desta proposta, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) devem representar a alternativa de atenção integral ao usuário de drogas¹³.

Os CAPS AD são constituídos por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar, em sua área territorial. A equipe mínima é composta por um médico psiquiatra e um clínico; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior entre psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta educacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto

terapêutico; e seis de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. A atuação dos CAPS AD não é isolada, mas constituída num plano articulado com dispositivos assistenciais em saúde mental, rede básica de saúde, Estratégia Saúde da Família, entre outros. Entretanto, apesar dos visíveis avanços normativos, a rede de atenção psicossocial, principalmente no campo de álcool e outras drogas ainda é considerada insuficiente, desarticulada e não atende as necessidades da população^{14,15}.

Quando se fala no processo de recuperação biopsicossocial destes indivíduos, a Odontologia, além de aliviar a dor, passa a exercer um importante papel à medida que auxilia no resgate da autoestima e, conseqüentemente, da interação social⁹. Assim, o objetivo do presente estudo foi determinar a prevalência da cárie e sua associação com as variáveis sociodemográficas, de saúde bucal e do tempo de uso de substâncias psicoativas em usuários de drogas que frequentam os CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória, ES, Brasil.

5.1.4 Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo, transversal e analítico conduzido nos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, tendo como público alvo os indivíduos que fazem acompanhamento nesses espaços, no período de junho de 2015 a fevereiro de 2016.

Para o cálculo amostral considerou-se a população estudada em torno de 1.000 pacientes no período de estudo, prevalência de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. Calculou-se o tamanho mínimo de amostra em 278 indivíduos, divididos proporcionalmente entre os três CAPS AD, baseado na rotatividade dos usuários e na capacidade e período de atendimento de cada centro. Realizou-se o cálculo no programa estatístico Bioestat, versão 3.1. Realizou-se a aleatorização da amostra a partir de um cronograma de visita dos pesquisadores. Visitou-se cada CAPS AD em todos os dias e horário pré-estabelecidos, garantindo que todos os indivíduos tivessem igual probabilidade de participar do estudo. Foram incluídos no estudo todos os indivíduos com mais de 18 anos atendidos pelo CAPS AD. O critério de exclusão foi a presença de comorbidade psiquiátricas ou desvios de comportamento que impedissem a adequada coleta dos dados. Após 38 recusas e 18 exclusões, a amostra final contou com 280 sujeitos.

Para atender os objetivos propostos, utilizou-se a técnica de entrevista com registro em formulário que abordou dados de caracterização sociodemográfica e de saúde bucal dos participantes do estudo, bem como o tempo de uso das substâncias psicoativas. Também foi realizado exame clínico dos elementos dentais com registro em ficha de avaliação.

A variável dependente investigada foi a prevalência de cárie, obtida por meio do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD), a partir da adaptação da metodologia utilizada pela Organização Mundial da Saúde¹⁶. Excluíram-se do cálculo os terceiros molares, pelo alto risco de viés de informação relacionado a estes dentes.

As variáveis independentes analisadas foram: dados sociodemográficos (faixa etária; gênero; raça/cor; situação conjugal; escolaridade; renda familiar mensal; e condição de moradia); dados de saúde bucal (utilização e motivo da utilização do serviço odontológico; dor de origem dental; necessidade de tratamento; higiene bucal; e uso e necessidade do uso de prótese dentária); e tempo de uso de substâncias psicoativas.

Baseou-se a coleta de dados em um estudo piloto realizado no ano anterior, no qual os instrumentos foram testados em uma população-alvo semelhante, que incluiu 41 indivíduos do sexo masculino, internos de uma Comunidade Terapêutica de Vitória-ES.

Os exames clínicos foram realizados por uma única examinadora paramentada, após calibração intraexaminador ($Kappa = 0,89$). Foram executados individualmente no espaço físico dos CAPS AD, sob luz natural, utilizando afastadores de madeira e gaze.

Realizou-se a análise descritiva dos dados, por meio de frequência relativa e absoluta. A avaliação das associações entre variável dependente e independentes deu-se por meio do teste qui-quadrado, com um nível de significância de 5%. Para avaliar a força de associação entre evento e exposição, utilizou-se o *Odds Ratio* (OR). O programa estatístico utilizado para realizar todas as análises foi o SPSS, versão 20.0.

O projeto desta pesquisa foi aprovado em 27 de maio de 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5.1.5 Resultados

Após 38 recusas e 18 exclusões, o presente estudo contou com uma amostra final de 280 sujeitos, com distribuição nos CAPS AD de Vitória, Serra e Vila Velha de 34% (n = 95), 33,5% (n = 94) e 32,5% (n = 91), respectivamente.

A prevalência da cárie foi de 96,8% (n = 271), com apenas 9 (3,2%) indivíduos livres da experiência de cárie. O CPOD médio encontrado foi igual a 11,45 (DP = 7,5) e a mediana igual a 10.

Os resultados mostraram que 74,3% (n = 208) dos indivíduos eram do gênero masculino e que as idades variaram de 19 a 84 anos, com média de 41,33 anos. Outras variáveis do perfil sociodemográfico estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Frequência de distribuição e associação entre as variáveis sociodemográficas e a mediana do CPOD em usuários dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória/ES, 2015-2016 (Continua).

Categoria	Total		CPOD				p-valor
	N	%	CPOD ≤ 10		CPOD >10		
			N	%	N	%	
CAPS AD							
Vitória	95	34%	40	28%	55	40%	0,138
Serra	94	33,5%	52	37%	42	30%	
Vila Velha	91	32,5%	49	35%	42	30%	
Faixa etária							
19 a 25 anos	18	6,4%	17	12%	1	1%	0,000
26 a 30 anos	39	14%	30	21%	9	6%	
31 a 35 anos	41	14,6%	34	24%	7	5%	
36 a 40 anos	40	14,3%	24	17%	16	12%	
41 a 45 anos	39	14%	15	11%	24	17%	
46 a 50 anos	29	10,3%	11	8%	18	13%	
51 a 55 anos	40	14,3%	8	6%	32	23%	
56 a 60 anos	20	7,1%	2	1%	18	13%	
61 a 84 anos	14	5%	0	0%	14	10%	
Gênero							
Masculino	208	74,3%	107	76%	101	73%	0,537
Feminino	72	25,7%	34	24%	38	27%	
Raça/cor							
Branco	59	21%	21	15%	38	27%	0,011
Não branco	221	79%	120	85%	101	73%	

Tabela 1. Frequência de distribuição e associação entre as variáveis sociodemográficas e a mediana do CPOD em usuários dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória/ES, 2015-2016 (Conclusão).

Categoria	Total		CPOD ≤ 10		CPOD >10		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Situação conjugal							
Solteiro (a)	129	46%	72	51%	57	41%	0,036
Casado (a) ou comunhão estável	81	29%	43	30%	38	27%	
Separado (a) ou viúvo (a)	70	25%	26	18%	44	32%	
Escolaridade							
Até 8 anos	172	61,5%	86	61%	86	62%	0,880
9 anos e mais	108	38,5%	55	39%	53	38%	
Escolaridade do chefe da família							
Até 8 anos	158	56,5%	75	53%	83	60%	0,271
9 anos e mais	122	43,5%	66	47%	56	40%	
Renda familiar mensal							
Sem renda	40	14,3%	18	13%	22	16%	0,589
Menos de 1 salário mínimo	71	25,4%	38	27%	33	24%	
1 a 2 salários mínimos	105	37,5%	56	40%	49	35%	
3 a 4 salários mínimos	46	16,4%	19	13%	27	19%	
Acima de 4 salários mínimos	18	6,4%	10	7%	8	6%	
Condição de moradia							
Casa própria	108	38,6%	53	38%	55	40%	0,804
Casa de familiares	55	19,7%	28	20%	27	19%	
Casa alugada	57	20,4%	32	23%	25	18%	
Situação de rua	38	13,5%	19	13%	19	14%	
Abrigo ou outra	22	7,8%	9	6%	13	9%	
Total	280	100%	141	100%	139	100%	

Dos sujeitos observados, 37,5% (n = 105) relataram que recebem de 1 a 2 salários mínimos como renda familiar mensal. Em relação à escolaridade, a maioria dos voluntários (61,5%; n = 172) e dos chefes de família (56,6%; n = 158) possuíam até 8 anos de escolaridade. A faixa etária (p=0,000), a cor (p<0,011) e a situação conjugal (p<0,036) mostraram associação estatisticamente significativa com a mediana (CPOD>10) (Tabela 1).

Na Tabela 2 são apresentados os dados relacionados à saúde bucal e sua associação com a ocorrência de cárie. Observa-se que quase todos os indivíduos (96,7%; n = 271) utilizaram o serviço odontológico ao menos uma vez na vida,

embora apenas 32% (n = 90) tenha utilizado o mesmo nos últimos 6 meses. Mais da metade (59%; n = 166) sentiu dor no mesmo período de tempo. As principais motivações para utilização do serviço odontológico foram a dor (59,3%; n = 166) e as visitas de rotina (30%; n = 84).

Tabela 2. Associação entre as variáveis relacionadas à saúde bucal e a prevalência de cárie medida pelo CPOD em usuários dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória/ES, 2015-2016.

Categoria	Total		CPOD ≤ 10		CPOD >10		P-valor
	N	%	N	%	N	%	
Utilização do serviço odontológico							
Sim	271	96,7%	134	95%	137	99%	0,094
Não	9	3,3%	7	5%	2	1%	
Utilização do serviço odontológico nos últimos 6 meses							
Sim	90	32%	40	28%	50	36%	0,173
Não	190	68%	101	72%	89	64%	
Dor nos últimos 6 meses							
Sim	166	59%	81	57%	85	61%	0,528
Não	114	41%	60	43%	54	39%	
Necessidade de tratamento odontológico							
Precisa	270	96,4%	138	98%	132	95%	0,347
Não precisa	9	3,2%	3	2%	6	4%	
Não sabe	1	0,4%	0	0%	1	1%	
Motivo da utilização do serviço odontológico							
Rotina	84	30%	47	33%	37	27%	0,338
Dor	166	59,3%	77	55%	89	64%	
Nunca foi	7	2,5%	5	4%	2	1%	
Quando pode	23	8,2%	12	9%	11	8%	
Higiene bucal							
Boa	110	39,2%	49	35%	61	44%	0,272
Regular	103	36,8%	57	40%	46	33%	
Ruim	67	24%	35	25%	32	23%	
Uso de prótese dentária							
Sim	69	24,6%	12	9%	57	41%	0,000
Não	211	75,4%	129	91%	82	59%	
Necessidade de prótese dentária							
Sim	162	57,9%	50	35%	112	81%	0,000
Não	101	36%	81	57%	20	14%	
Não sabe	17	6,1%	10	7%	7	5%	
Total	280	100%	141	100%	139	100%	

Ainda que a prevalência de cárie seja quase 97% (n = 271) e a necessidade de tratamento percebida de 96,4% (n = 270), a maioria dos entrevistados considerou sua higiene bucal boa (39,2%) ou regular (36,8%).

Os resultados relativos ao uso de prótese dentária demonstram que apenas 24,6% (n = 69) dos examinados usavam algum tipo de prótese. Quando questionados sobre a necessidade do uso de alguma prótese, 57,9% (n = 162) relataram necessitar da mesma. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre CPOD>10 e o uso e necessidade de usar alguma prótese (p=0,000).

Em relação ao tempo de uso de substâncias psicoativas, houve predomínio do uso por mais de 10 anos (92,9%) (Tabela 3). Além disso, somente 19 indivíduos (7%) usaram apenas uma droga na vida, 48% usou de 2 a 5 tipos de drogas e 46% de 6 a 10 tipos.

As drogas consumidas com maior frequência foram as lícitas, incluindo o álcool (99%), cigarro de tabaco (91%) seguidos das ilícitas maconha (68%), cocaína (66%), crack (62%) e inalantes (43%). Na Tabela 3, é possível observar que quanto maior o tempo de uso (> 10 anos) pior é a saúde bucal, sendo este dado estatisticamente significativo (p<0,022).

Tabela 3. Associação entre tempo de uso de substâncias psicoativas e a prevalência de cárie medida pelo CPOD em usuários dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória/ES, 2015-2016.

Categoria	Total		CPOD ≤ 10		CPOD >10		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Tempo de uso (anos)							
Menos de 10	20	7,1%	15	10,6%	5	3,6%	0,022
Mais de 10	260	92,9%	126	89,4%	134	96,4%	
Total	280	100%	141	100%	139	100%	

Na Tabela 4 são representados os valores do Odds Ratio (OR) bruto e ajustado e os respectivos intervalos de confiança. Na análise bruta, a faixa etária implica em alta chance de um índice CPOD > 10. Indivíduos com 51 anos ou mais apresentam 108,8 vezes mais chance de um índice superior a 10 (IC 95% 13,01; a). Ser branco, separado ou viúvo bem como usar e necessitar do uso de prótese também esteve relacionado com uma maior chance de um CPOD acima de mediana.

Tabela 4. Resultados dos Odds Ratios brutos e ajustados dos usuários dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória/ES, 2015-2016.

Categoria	Odds bruto				Odds ajustado			
	p-valor	Odds ratio	LI IC 95%	LS IC 95%	p-valor	Odds ratio	LI IC 95%	LS IC 95%
Faixa etária								
19 a 25 anos	0,000	1,00			0,000	1,00		
26 a 30 anos	0,137	5,10	0,59	43,78	0,234	4,20	0,40	44,50
31 a 35 anos	0,259	3,50	0,40	30,80	0,538	2,15	0,19	24,63
36 a 40 anos	0,024	11,33	1,37	93,82	0,124	6,48	0,60	70,03
41 a 45 anos	0,002	27,20	3,27	226,03	0,036	12,49	1,19	131,41
46 a 50 anos	0,002	27,82	3,23	239,24	0,031	14,54	1,28	165,34
51 anos ou mais	0,000	108,80	13,01	a	0,003	41,80	3,64	a
Cor								
Branco	0,012	2,15	1,19	3,90	0,126	1,89	0,84	4,25
Situação conjugal								
Solteiro (a)	0,038	1,00			0,263	1,00		
Casado (a) comunhão estável	0,699	1,12	0,64	1,95	0,156	0,58	0,27	1,23
Separado, viúvo	0,013	2,14	1,18	3,88	0,810	1,11	0,49	2,50
Uso prótese								
Sim	0,000	7,47	3,78	14,77	0,004	3,63	1,51	8,73
Necessidade de prótese								
Não sabe	0,003	1,00			0,003	1,00		
Sim	0,026	3,20	1,15	8,89	0,596	1,40	0,41	4,80
Não	0,059	0,35	0,12	1,04	0,134	0,37	0,10	1,35
Tempo de uso								
Mais de 10 anos	0,029	3,19	1,13	9,03	0,878	1,12	0,25	5,07

Outro achado importante demonstra que indivíduos que usaram um ou mais tipos de drogas por mais de 10 anos apresentaram chance 3,2 vezes maior (IC 95% 1,12; 9,03) de um maior CPOD (>10). Na análise ajustada, apenas a faixa etária e o uso de prótese permanecem como fatores preditivos para um índice CPOD superior a 10.

5.1.6 Discussão

Os usuários de substâncias psicoativas constituem um grupo de pacientes especiais relativamente pouco estudado, apesar do crescente aumento deste fenômeno social. Esta situação acarreta o desconhecimento por parte dos profissionais da saúde, principalmente por parte do cirurgião-dentista, em como atuar sobre essa parcela da população.

Embora se tenha observado declínio da cárie dentária nas últimas décadas, o agravo persiste como o principal problema de saúde bucal brasileiro. Apesar dos avanços na situação epidemiológica, relacionada principalmente aos escolares, a população adulta brasileira ainda apresenta um quadro epidemiológico de saúde bucal bastante grave^{7,17,18}. No presente estudo, o CPOD médio foi inferior ao encontrado em um estudo realizado em 3 CAPS AD de São Paulo, que foi de 13¹⁹. Estudos realizados em São Paulo⁹ (14,88), no Paraná²⁰ (15,21) e Espanha¹¹ (22,7) também encontraram resultados superiores ao do presente estudo.

Neste inquérito, verificou-se elevado CPOD no grupo de indivíduos estudados: somente 3,2% destes não possuía história de cárie. Quase metade dos indivíduos (49,6%) apresentou um CPOD acima da mediana (>10). Na Itália²¹, encontrou-se quase 57% de indivíduos com CPOD igual ou acima de 10. Essa diferença deve-se, possivelmente, ao fato de que a amostra italiana contava apenas com usuários de álcool em reabilitação. De maneira contrária, em um estudo caso-controle realizado na Índia¹⁰, 79% dos usuários de drogas e todos os controles apresentaram CPOD abaixo da mediana (≤ 7), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p = 0,000$).

Os resultados deste estudo mostraram que alguns fatores relacionados ao nível socioeconômico e demográfico – como faixa etária, raça/cor e situação conjugal – apresentaram associação estatisticamente significativa com o índice CPOD, corroborando com os relatos na literatura quanto à importância destes fatores na determinação da cárie²¹⁻²⁵.

A cor da pele negra seria uma condição desfavorável de acesso a bens e serviços, o que aumentou em 22% o risco de perda dentária nessa população²⁶. O fato de, no presente estudo, os brancos apresentarem associação estatisticamente significativa com o CPOD > 10 pode estar refletindo a influência dos diversos componentes desse índice, como o número de dentes cariados e não tratados, restaurados ou perdidos por cárie. Dessa forma, maiores diferenças poderiam ser evidenciadas a partir da desagregação do índice CPOD por componente.

Houve uma tendência de crescimento na ocorrência da prevalência de cárie em função da idade, o que é corroborado pelo levantamento nacional de saúde bucal⁷ mais recente, o qual mostrou que, no que se refere aos adultos, o CPOD médio foi de 16,75 na faixa etária de 35 a 44 anos e de 27,53 na faixa de 65 a 74. Outros estudos também demonstraram esta relação^{21,25}.

A análise ajustada confirmou a faixa etária como importante fator preditivo para um maior CPOD. Alguns fatores podem ser considerados responsáveis pela alta prevalência de cárie na população adulta e idosa no país. Um deles é o fato de que o índice CPOD tem caráter cumulativo ao longo da vida. Outro fator considerável é o de que essa faixa da população pode não ter recebido os benefícios do flúor, sugerindo que essa e outras ações preventivas mais eficazes foram empregadas em nível nacional em um período da vida quando tal população já teria acumulado grande parte da doença cárie e suas sequelas^{7,27}.

Quanto ao uso e necessidade de prótese dentária, o percentual de uso foi consideravelmente inferior à necessidade, o que pode revelar a falta, a pouca oferta ou mesmo a baixa resolubilidade dos serviços de saúde bucal públicos da região, permitindo o acúmulo da demanda por tratamento²⁸. O SB Brasil 2010⁷ mostrou que, para a faixa etária de 35 a 44 anos, cerca de 67% de adultos não usava qualquer tipo de prótese superior e 90% alguma inferior. Na faixa etária de 65 a 74 anos, apenas 23,5% de idosos não usavam algum tipo de prótese dentária superior e 46,1% alguma inferior. O fato do uso de prótese ser um fator preditivo para um maior CPOD pode ser elucidado devido à característica própria dessa variável, que é resultado de sequelas provenientes da experiência de cárie, principalmente da perda de dentes.

Em relação às características de consumo de drogas, as substâncias mais consumidas continuam sendo o álcool e o tabaco, principalmente pelo baixo custo e pela disponibilidade de compra, que favorece o uso das mesmas. A prevalência do consumo está acima da encontrada no ano de 2005, para o uso na vida no Brasil e na região Sudeste, que foi de, respectivamente, 74,6% e 80,4% para o álcool e 44% e 47,6% para o tabaco³.

A grande maioria dos usuários foi consumidora de mais de uma substância concomitantemente, sendo que o álcool e tabaco quase sempre estiveram presentes nessas associações, ganhando destaque também o uso de maconha, cocaína e crack, algumas das substâncias com comprovados efeitos deletérios para a saúde oral e geral. De fato, os mecanismos pelos quais as drogas agem causam efeitos indesejados nos pacientes, porém, pelo uso associado de múltiplas drogas torna-se, muitas vezes, difícil relacionar determinada alteração ao uso de um tipo de droga isolado^{6,29-31}.

A chance de uma experiência de cárie mais elevada nos usuários de SPA há mais de 10 anos foi 3,2 vezes maior. Um estudo realizado em um CAPS AD da Paraíba³² e outro no Paraná²⁰ também encontraram diferença estatística significativa entre maior o tempo de dependência (mais de cinco anos) e uma pior saúde bucal. Em suma, a literatura revela que existe diferença no padrão de distribuição da cárie entre usuários e não usuários de drogas, sendo que os primeiros são os mais acometidos^{10,11}.

A natureza complexa e multifatorial do abuso de drogas bem como os comportamentos de dependência e uma tendência para o consumo múltiplo de drogas entre os dependentes causam dificuldades na determinação dos efeitos de cada grupo de medicamentos ou de cada aspecto do comportamento sobre vários aspectos de saúde bucal⁶.

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados do presente estudo. Os dados sobre condição sociodemográfica, de saúde bucal e do uso de substâncias foram baseados em informações autorrelatadas dos participantes da pesquisa, carregando um potencial inerente para viés. Outra limitação foi o desenho transversal, o que não permitiu inferir impacto de cada

substância psicoativa na saúde bucal ao longo do tempo. No entanto, entender a influência do contexto do uso de substâncias psicoativas na cárie poderá ajudar a limitar a carga global da doença, bem como ter um enorme impacto sobre o componente socioeconômico nesta população vulnerável.

Os CAPS AD têm sistemas de referência para a saúde e outros serviços que visam melhorar a saúde geral dos usuários de drogas. Os cirurgiões-dentistas devem participar sempre que necessário. A estratégia enfatiza a necessidade dos usuários de drogas terem acesso adequado a serviços apropriados, incluindo cuidados de saúde primários, que deverão apoiá-los na adoção de estilos de vida mais positivos^{10,33}.

Considerando o aspecto multiprofissional e integral dos CAPS AD, ficou evidente a falta de um profissional de saúde bucal nos três centros, uma vez que há acesso a vários profissionais de saúde, como médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, psicopedagogos, entre outros. Outro fator observado foi a ausência de encaminhamentos sistemáticos provenientes dos CAPS AD para a assistência odontológica pública. A referência ao serviço odontológico e talvez até mesmo a presença de um profissional como promotor de saúde dentro destes ambientes é imprescindível, pois os CAPS AD tem o objetivo de reabilitar o indivíduo para a sociedade, e, como exposto anteriormente, a saúde bucal é parte integrante deste processo.

O panorama de saúde bucal observado na análise dos dados permitiu identificar um conflito significativo relacionado à desigualdade: os benefícios observados com relação à prevalência da cárie, ao acesso e ao uso dos serviços odontológicos, bem como à gravidade do desfecho, representado pela mutilação dentária, não são iguais para todos os brasileiros. O grupo de indivíduos investigado neste estudo representa uma população única que está sujeita a um alto risco de problemas bucais e, ao mesmo tempo, geralmente é menos capaz de receber atendimento odontológico adequado^{34,35}.

5.1.7 Conclusão

O presente estudo investigou o perfil sociodemográfico e a condição de saúde bucal de usuários de substâncias psicoativas atendidos nos CAPS AD de três municípios, Vitória, Serra e Vila Velha, Espírito Santo, Brasil. Prevaleram na amostra indivíduos do gênero masculino, adultos, solteiros, com baixa escolaridade e consumidores de drogas lícitas e ilícitas, os quais apresentaram condição bucal ruim.

A cárie dentária é uma doença bucal comum ocasionada por vários fatores que afeta qualquer grupo de idade. Este estudo mostrou que os usuários dos CAPS AD apresentam, em geral, elevada prevalência de cárie, associada principalmente a características sociodemográficas como faixa etária, raça/cor e situação conjugal bem como ao uso e necessidade de prótese e ao uso prolongado de substâncias psicoativas. A reconstrução da boca e dos dentes pode ter um importante papel na recuperação biopsicossocial de usuários de substâncias psicoativas.

5.1.8 Referências

1. United Nations Office On Drugs And Crime. *World Drug Report*. New York: United Nations Publication; 2015.
2. Carlini EA, Galduroz JCF, Noto AR, Nappo SA (Coordenação). *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país*. São Paulo: CEBRID/SENAD; 2002.
3. Carlini EA, Galduroz JCF (Coordenação). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; 2006.
4. Laranjeira R (Supervisão). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)*. São Paulo: INPAD/UNIFESP; 2014.
5. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet* 2012; 379(9810):55-70.
6. 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):929-940.
7. Brasil. Projeto *SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal. Resultados Principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
8. Pedreira RHS, Remencius L, Navarro MFL, Tomita NE. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. *Rev Odontol Univ Sao Paulo* 1999; 13(4):395-399.
9. Ribeiro EDP, Oliveira JA de, Zambolin AP, Lauris JRP, Tomita NE. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(3):239-245.
10. Rooban T, Rao A, Joshua E, Ranganathan K. Dental and oral health status in drug abusers in Chennai, India: A cross-sectional study. *J Oral Maxillofac Pathol* 2008; 12(1):16-21.
11. Mateos-Moreno MV, del-Rio-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. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013; 18(4):671-679.
12. Moraes M, Reis R, Garcia MLT. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):121-133.
13. Santos JAT, Oliveira MLF. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. *Sau & Transf Soc* 2013; 4(1):82-89.

14. Reis R, Garcia MLT. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. *Cien Saude Colet* 2008; 13(6)1965-1974.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Gabinete do Ministério; 2011.
16. Organização Mundial Da Saúde. *Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções*. 4. ed. São Paulo: Livraria Editora Santos; 1999.
17. Pinto VG. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos; 2000.
18. Brasil. *Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 -2003. Resultados Principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
19. Marques TCN, Sarracini KLM, Cortellazzi KL, Mialhe FL, Meneguim MC, 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).
20. Albin MB, Couto ACF, Invernici MM, Martins MC, Lima AAS, Gabardo MCL, et al. Perfil sociodemográfico e condição bucal de usuários de drogas em dois municípios do Estado do Paraná, Brasil. *Rev Odontol UNESP* 2015; 44(4)244-249.
21. Barbadoro P, Lucrezi D, Prospero E, Annino I. Improvement of knowledge, attitude, and behavior about oral health in a population of alcohol addicted persons. *Alcohol Alcohol* 2008; 43(3)347-350.
22. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis* 2007; 17(1):77-93.
23. Dasanayake AP, Warnakulasuriya S, Harris CK, Cooper DJ, Peters TJ, Gelbier S. Tooth decay in alcohol abusers compared to alcohol and drug abusers. *Int J Dent* 2010; 2010.
24. D'Amore MM, Cheng DM, Kressin NR, Jones J, Samet JH, Winter M, et al. Oral health of substance-dependent individuals: impact of specific substances. *J Subst Abuse Treat* 2011; 41(2):179-185.
25. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Virtanen JI. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. *BMC Oral Health* 2013; 13(11).
26. Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade, Estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Rev Bras Epidemiol* 2003; 6(1):49-57.
27. Almeida TF, Cangussu MCT, Chaves SCL, Amorim TM. Condições de saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos cadastrados em Unidades de Saúde da

Família do Município de Salvador, Estado da Bahia, Brasil, em 2005. *Epidemiol Serv Saude* 2012; 21(1):109-118.

28. Barbato PR, Nagano ECM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002–2003). *Cad Saude Publica* 2007; 23(8):1803-1804.

29. Rees TD. Oral Effects of Drug Abuse. *Crit Rev Oral Biol Med* 1992; 3(3):163-184.

30. Brand HS, Gonggrijp S, Blanskma CJ. Cocaine and oral health. *Br Dent J* 2008; 204(7):365-369.

31. Gambhir RS, Brar P, Anand S, Ranhawa A, Kakar H. Oral health aspects of cannabis use. *Indian J Multidiscip Dent* 2012; 2(3):507-511.

32. Costa SKP, Godoy GP, Gomes DQ, Pereira JV, Lis RDAU. Fatores sociodemográficos e condições de saúde bucal em droga-dependentes. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2011; 11(1):99-104.

33. Robinson PG, Acquah S, Gibson B. Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. *Br Dent J* 2005; 198(4):219-224.

34. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(2):135-141.

35. Costa SM, Abreu MHNG, Vasconcelos M, Lima RCG, Verdi M, Ferreira EF. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. *Cien Saude Colet* 2013; 18(2):461-470.

5.2 PROPOSTA DE ARTIGO 2

Impacto de problemas bucais na qualidade de vida de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da Região Metropolitana de Vitória/ES .

5.2.1 Resumo

Objetivou-se avaliar o impacto da saúde bucal e suas associações na qualidade de vida de usuários de substâncias psicoativas dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) da Região Metropolitana de Vitória, ES, Brasil. Trata-se de um estudo transversal, com amostra composta por 280 indivíduos adultos, realizado entre junho de 2015 e fevereiro de 2016. Utilizou-se um questionário estruturado e previamente testado para coletar variáveis sociodemográficas, de saúde bucal e do consumo de drogas e o *Oral Health Impact Profile* (OHIP) avaliou o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Realizou-se análise descritiva dos dados e, em seguida, a relação das dimensões do impacto da saúde bucal com as variáveis independentes foi verificada pelo teste Qui-quadrado, com nível de significância de 5%. O impacto foi maior na dimensão desconforto psicológico (84%). Houve associação estatisticamente significativa entre o OHIP e as variáveis: CAPS AD; faixa etária; gênero; raça/cor; situação conjugal; escolaridade do chefe da família; renda familiar mensal; estado de saúde geral; índice CPOD; números de drogas consumidas; uso, tempo de uso e início de uso de cigarro; uso e tempo de uso de cocaína; uso, tempo de uso e início de uso de crack. Deve-se considerar os fatores sociodemográficos e do uso de substâncias psicoativas no planejamento das ações em saúde bucal para usuários de drogas, dada sua influência na qualidade de vida.

Palavras-chave: Usuários de drogas; Qualidade de vida; Saúde bucal; Perfil de impacto da doença

5.2.2 Abstract

This study aimed to assess the impact of oral health on quality of life of psychoactive substance's users of Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas in the Metropolitan Region of Vitória, Brazil. This was a cross-sectional study with a sample of 280 adults, conducted between June 2015 and February 2016. A structured and previously tested questionnaire collected demographic variables, oral health and drug use and the Oral Health Impact Profile assessed the impact of oral health on quality of life. A descriptive analysis of the data and then the relationship of the dimensions of oral health impact with the independent variables was tested by chi-square test with 5% significance level. The impact was greater in dimension psychological discomfort (84%). There was a statistically significant association with the variables: CAPS AD; age; genre; race/color; marital status; monthly household income; general health; DMFT; numbers of consumed drugs; use, period of use and initiation of cigarette use; use and period of use of cocaine; use, period of use and initiation of crack use. It must consider the sociodemographic factors and the use of psychoactive substances in the planning of actions in oral health for drug users, given its influence on quality of life.

Key-words: Drug users; Quality of life; Oral health; Sickness impact profile;

5.2.3. Introdução

A promoção de saúde compreende uma visão ampliada do processo saúde-doença e a maneira de intervir sobre este, o que implica em desenvolver muito mais do que habilidades clínicas e preventivas¹. Para o Sistema de Saúde Único (SUS), representa a possibilidade de abordar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país, como violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação².

O objetivo final da promoção da saúde é a qualidade de vida da população. Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana proveniente da síntese dos padrões de conforto e bem-estar de uma sociedade, caracterizando-se como uma construção social com a marca da relatividade cultural³. É considerada um conceito subjetivo baseado na percepção do indivíduo a respeito das condições em que vive, objetivos, realidade e preocupações, compreendendo dimensões positivas e/ou negativas a respeito de seu bem-estar⁴. No campo da saúde, busca valorizar horizontes mais amplos do que apenas controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida⁵.

Definir a qualidade de vida dos indivíduos apoiando-se apenas em indicadores quantitativos predeterminados é claramente insuficiente, pois não revela dados importantes referentes aos sentimentos, julgamentos e valores que cada indivíduo possui, determinando que o conceito só tenha significado no nível pessoal e quando vinculado às percepções subjetivas dos sujeitos⁶. Na Odontologia, os indicadores objetivos diagnosticados pelos profissionais são os mais utilizados, pois constituem medidas úteis para mensurar a necessidade de tratamento. Entretanto, representam apenas uma face da saúde das pessoas e não permitem a verdadeira reflexão a respeito do impacto que a condição bucal possui na qualidade de vida dos indivíduos⁷.

Com o objetivo de complementar os indicadores epidemiológicos tradicionais sobre doenças, foi desenvolvido o Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14)⁸, uma versão reduzida e menos complexa do OHIP⁹, que foi adaptado ao contexto cultural

brasileiro e ao idioma português¹⁰. O instrumento procura identificar se o indivíduo sofreu algum incidente social devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses, de acordo com sua percepção, que se encontra dividida em sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência.

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) é uma realidade e suas consequências geram repercussões importantes no campo da saúde¹¹. Os usuários de SPA representam uma população única, em situação de extrema vulnerabilidade, que está sujeita a um alto risco de problemas bucais. Ainda assim, poucas pesquisas abordam hoje a saúde bucal dos usuários de drogas, principalmente pela dificuldade de monitorização e acompanhamento dos sujeitos^{12,13}.

O sucesso do tratamento dos usuários de drogas pressupõe um enfoque multidisciplinar, cujo processo de recuperação biopsicossocial deve incluir a Odontologia, pois, além de aliviar a dor, exerce um importante papel à medida que auxilia no resgate da autoestima e, conseqüentemente, da interação social¹⁴. Neste período, os usuários podem estar mais sensíveis à adoção de novos hábitos e comportamentos e, por isso, talvez seja o momento mais adequado para analisar como percebem sua condição bucal.

O OHIP 14 é essencial aos indicadores clínicos, pois auxilia no refinamento dos diagnósticos e na identificação de pessoas ou grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, que precisam de intervenções complexas e, muitas vezes, personalizadas, como é o caso da população usuária de substâncias psicoativas. Dessa maneira, torna-se um importante instrumento para esclarecer as necessidades em saúde bucal e para elaboração de estratégias para controle/redução de doenças e promoção da saúde bucal com impacto positivo na qualidade de vida¹⁵.

O objetivo foi determinar o impacto produzido por problemas bucais na qualidade de vida e verificar suas associações em usuários de drogas que frequentam três Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) da Região Metropolitana de Vitória, ES, Brasil.

5.2.4 Metodologia

Este estudo transversal analisou uma amostra aleatória simples de indivíduos selecionados de um universo de 1000 usuários de drogas frequentadores dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS AD) dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, Espírito Santo. Como parâmetro para o cálculo amostral, utilizou-se a prevalência de 50%, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. A amostra mínima obtida foi de 278 indivíduos, divididos proporcionalmente entre os três CAPS AD, baseado na rotatividade dos usuários e na capacidade e período de atendimento de cada centro. Realizou-se o cálculo no programa estatístico Bioestat, versão 3.1. Visitou-se cada CAPS em todos os dias e horário pré-estabelecidos, garantindo que todos os indivíduos tivessem igual probabilidade de participar do estudo. Foram incluídos no estudo todos os indivíduos com mais de 18 anos atendidos pelo CAPS AD. O critério de exclusão foi a presença de comorbidade psiquiátricas ou desvios de comportamento que impedissem a coleta dos dados.

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista padronizada entre junho de 2015 a fevereiro de 2016. Abordaram-se dados de caracterização sociodemográfica e de saúde dos participantes do estudo, bem como características do consumo das substâncias psicoativas e da qualidade de vida relacionada à condição bucal. Também realizou-se o exame clínico dos elementos dentais com registro em ficha de avaliação.

A variável dependente foi obtida por meio do roteiro “Perfil do Impacto da Saúde Bucal”, que avaliou a percepção dos sujeitos sobre os impactos produzidos pelas condições bucais na qualidade de vida. Utilizou-se a versão reduzida do questionário – OHIP 14. Os participantes responderam às questões em uma escala de frequência de cinco opções.

As variáveis independentes analisadas foram: dados sociodemográficos (CAPS AD, faixa etária, gênero, raça/cor, situação conjugal, renda familiar mensal, escolaridade, bolsa-família, condição moradia); estado de saúde geral; características do consumo

de substâncias psicoativas; ocorrência de cárie e suas consequências, obtida através do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD).

Baseou-se a coleta de dados em um estudo piloto realizado no ano anterior, no qual os instrumentos foram testados em uma população-alvo semelhante, que incluiu 41 indivíduos do sexo masculino, internos de uma Comunidade Terapêutica de Vitória-ES.

Realizou-se uma análise descritiva dos dados, por meio de frequência relativa e absoluta. A avaliação das associações entre variável dependente e independentes foi realizada através do teste Qui-quadrado, com um nível de significância de 5%. O programa estatístico utilizado para realizar todas as análises foi o SPSS, versão 20.0.

O projeto desta pesquisa foi aprovado em 27 de maio de 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5.2.5 Resultados

Dos indivíduos abordados, 38 se recusaram a participar do estudo e 18 foram excluídos. A amostra final de 280 sujeitos superou o cálculo amostral. Destes, 95 (34%) frequentavam o CAPS AD de Vitória, 94 (33,5%) o da Serra, e 91 (32,5%) eram usuários de Vila Velha.

O perfil sociodemográfico da população deste estudo registra maioria masculina (74,3%) e uma população predominantemente adulta, variando de 19 a 84 anos. Com relação à escolaridade, a maioria dos voluntários (61%) tinha até 8 anos de estudo e sobre a renda, 62,9% (n = 105) relatou receber menos de 1 até 2 salários mínimos como renda familiar mensal. São maioria os que se autodeclaram não brancos (79%). Uma parcela da amostra (n = 60; 21,4%) está em situação de rua ou vivendo em abrigos. Os resultados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos usuários dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória/ES, 2015-2016 (Continua).

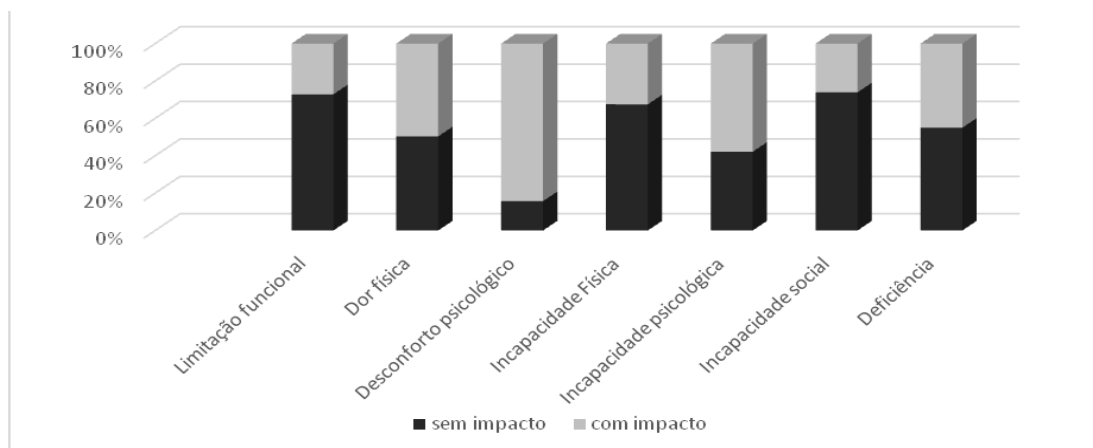
Característica	Total	
	N	%
CAPS AD		
Vitória	95	34%
Serra	94	33,5%
Vila Velha	91	32,5%
Faixa etária		
19 a 30 anos	57	20,4%
31 a 40 anos	81	29%
41 a 50 anos	68	24,3%
51 a 60 anos	60	21,3%
61 a 84 anos	14	5%
Gênero		
Masculino	208	74,3%
Feminino	72	25,7%
Raça/cor		
Branco	59	21%
Não branco	221	79%
Situação conjugal		
Solteiro (a)	129	46%
Casado, separado ou viúvo	151	54%

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos usuários dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória/ES, 2015-2016 (Conclusão).

Característica	Total	
	N	%
Escolaridade		
Até 8 anos	172	61%
9 anos e mais	108	39%
Renda familiar mensal		
Sem renda	40	14,3%
Menos de 1 a 2 SM	176	62,9%
3 ou mais SM	64	22,8%
Condição de moradia		
Casa própria, de familiares ou alugada	220	78,6%
Situação de rua ou abrigo	60	21,4%
Total	280	100%

A Figura 1 demonstra a distribuição do impacto da saúde bucal na qualidade de vida de acordo com as dimensões do OHIP-14. A dimensão “desconforto psicológico” foi a mais observada, sendo encontrada em 84% (n = 236) da amostra. Também houve impacto considerável nas dimensões “incapacidade psicológica” (58%), “dor física” (50%) e “deficiência” (45%).

Figura 1. Distribuição do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos usuários dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória/ES de acordo com as dimensões do OHIP-14, 2015-2016.



A associação das variáveis sociodemográficas, de saúde e de uso de drogas com o impacto da saúde bucal, para as três primeiras dimensões do OHIP, na qualidade de vida dos usuários de SPA está demonstrada na Tabela 2, na qual foram apresentadas somente as variáveis que apresentaram significância estatística. Houve diferença estatisticamente significante de acordo com a localização do CAPS AD nas dimensões dor física ($p = 0,048$) e desconforto psicológico ($p = 0,47$) e para

a faixa etária, na dimensão desconforto psicológico ($p = 0,049$). Receber bolsa família esteve associado estatisticamente com impacto na dimensão dor física. O estado de saúde geral nos últimos 30 dias autorrelatado apresentou resultados significantes para as dimensões limitação funcional e dor física.

Tabela 2. Associação das variáveis sociodemográficas, de saúde e do uso de drogas com a frequência do impacto, nas três primeiras dimensões, em usuários dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória/ES, 2015-2016 (Continua).

Categoria	Limitação funcional			Dor física			Desconforto Psicológico		
	com impacto		p-valor	com impacto		p-valor	com impacto		p-valor
	N	%		N	%		N	%	
CAPS AD									
Vitória	19	20%	0,149	40	42%	0,048	73	77%	0,047
Serra	28	30%		56	60%		82	87%	
Vila Velha	29	32%		43	47%		81	89%	
Faixa etária									
19 a 25 anos	3	17%	0,422	7	39%	0,792	16	89%	0,049
26 a 30 anos	7	18%		23	59%		31	79%	
31 a 35 anos	9	22%		16	39%		34	83%	
36 a 40 anos	14	35%		19	48%		35	88%	
41 a 45 anos	11	28%		21	54%		35	90%	
46 a 50 anos	8	28%		15	52%		22	76%	
51 a 55 anos	12	30%		20	50%		35	88%	
56 a 60 anos	9	45%		11	55%		20	100%	
61 anos e mais	3	21%		7	50%		8	57%	
Recebe bolsa-família									
Sim	11	34%	0,328	22	69%	0,022	29	91%	0,295
Não	65	26%		117	47%		207	83%	
Estado de saúde últimos 30 dias									
Excelente	3	16%	0,000	11	58%	0,000	17	89%	0,600
Muito bom	2	25%		1	13%		7	88%	
Bom	8	10%		25	31%		63	79%	
Satisfatório	30	37%		45	56%		70	86%	
Ruim	33	36%		57	62%		79	86%	
Numero de drogas consumidas									
1	4	21%	0,487	3	16%	0,009	15	79%	0,786
2 a 5	33	25%		71	53%		112	84%	
6 a 10	39	30%		65	51%		109	85%	

Tabela 2. Associação das variáveis sociodemográficas, de saúde e do uso de drogas com a frequência do impacto, nas três primeiras dimensões, em usuários dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória/ES, 2015-2016 (Conclusão).

Categoria	Limitação funcional			Dor física			Desconforto Psicológico		
	com impacto		p-valor	com impacto		p-valor	com impacto		p-valor
	N	%		N	%		N	%	
Uso de cigarro									
Sim	71	28%	0,341	133	52%	0,004	215	85%	0,605
Não	5	19%		6	23%		21	81%	
Início do uso de cigarro									
Até os 15 anos	50	34%	0,030	84	57%	0,040	126	85%	0,847
Depois de 15 anos	21	20%		49	46%		89	84%	
Não usa	5	19%		6	23%		21	81%	
Tempo de uso do cigarro									
Menos de 10 anos	9	21%	0,333	21	49%	0,015	36	84%	0,860
Mais de 10 anos	62	29%		112	53%		179	85%	
Não usa	5	19%		6	23%		21	81%	

Em relação à variável número de drogas consumidas, os resultados mostraram diferenças estatisticamente significantes na dimensão dor física ($p = 0,009$). Em seguida, buscou-se avaliar a associação por uso, idade de início do uso e tempo de uso de cigarro. O uso impactou na dor física ($p=0,004$), o início do uso nas dimensões limitação funcional ($p = 0,030$), dor física ($p = 0,040$) e, por fim, o tempo de uso mostrou impacto na dimensão dor física ($p = 0,015$) (Tabela 2).

A associação das variáveis sociodemográficas, de saúde e de uso de drogas com o impacto da saúde bucal, para as quatro últimas dimensões do OHIP está demonstrada na Tabela 3, na qual foram apresentadas somente as variáveis que apresentaram significância estatística. Para a faixa etária, o impacto foi na dimensão incapacidade psicológica ($p = 0,012$). Verificou-se que para as variáveis anos de estudo do chefe da família e renda familiar mensal houve impacto, respectivamente, nas dimensões incapacidade física ($p = 0,049$) e incapacidade psicológica ($p = 0,044$). Receber bolsa família esteve associado estatisticamente com impacto nas dimensão incapacidade social.

O estado de saúde geral nos últimos 30 dias autorrelatado apresentou resultados significantes para as dimensões incapacidade física, incapacidade psicológica e incapacidade social. O índice CPOD, que mede a experiência de cárie, relacionou-se com significância estatística à dimensão incapacidade física ($p = 0,0006$).

Em relação à variável número de drogas consumidas, os resultados mostraram diferenças estatisticamente significantes na dimensão incapacidade social ($p = 0,029$). O início do uso de cigarro impactou na incapacidade física ($p = 0,040$). As variáveis uso de cocaína ($p = 0,044$), tempo de uso de cocaína ($p = 0,040$), uso de crack ($p = 0,013$), início do uso de crack ($p = 0,009$) e tempo de uso do crack ($p = 0,016$) estiveram associadas a um impacto na dimensão incapacidade social.

Tabela 3. Associação das variáveis sociodemográficas, de saúde e do uso de drogas com a frequência do impacto, nas quatro últimas dimensões, em usuários dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória/ES, 2015-2016 (Continua).

Categoria	Incapacidade Física			Incapacidade psicológica			Incapacidade Social			Deficiência		
	com impacto		p-valor	com impacto		p-valor	com impacto		p-valor	com impacto		p-valor
	N	%		N	%		N	%		N	%	
Faixa etária												
19 a 25 anos	5	28%	0,300	7	39%	0,012	3	17%	0,943	8	44%	0,539
26 a 30 anos	11	28%		16	41%		11	28%		17	44%	
31 a 35 anos	13	32%		21	51%		12	29%		14	34%	
36 a 40 anos	13	33%		29	73%		10	25%		23	58%	
41 a 45 anos	18	46%		28	72%		12	31%		17	44%	
46 a 50 anos	8	28%		14	48%		7	24%		10	34%	
51 a 55 anos	11	28%		27	68%		10	25%		21	53%	
56 a 60 anos	10	50%		14	70%		6	30%		10	50%	
61 anos ou mais	2	14%		6	43%		2	14%		6	43%	
Renda familiar mensal												
Sem renda	14	35%	0,773	18	45%	0,044	8	20%	0,106	16	40%	0,541
Menos de 1 SM	26	37%		49	69%		24	34%		36	51%	
1 a 2 SM	31	30%		62	59%		29	28%		50	48%	
3 a 4 SM	13	28%		21	46%		6	13%		17	37%	
Acima de 4 SM	7	39%		12	67%		6	33%		7	39%	

Tabela 3. Associação das variáveis sociodemográficas, de saúde e do uso de drogas com a frequência do impacto, nas quatro últimas dimensões, em usuários dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória/ES, 2015-2016 (Continua).

Categoria	Incapacidade Física			Incapacidade psicológica			Incapacidade social			Deficiência		
	com impacto		p-valor	com impacto		p-valor	com impacto		p-valor	com impacto		p-valor
	N	%		N	%		N	%		N	%	
Recebe bolsa-família												
Sim	14	44%	0,149	23	72%	0,088	15	47%	0,004	15	47%	0,821
Não	77	31%		139	56%		58	23%		111	45%	
Estado de saúde últimos 30 dias												
Excelente	5	26%	0,008	10	53%	0,012	6	32%	0,009	9	47%	0,179
Muito bom	2	25%		5	63%		2	25%		3	38%	
Bom	14	18%		34	43%		9	11%		27	34%	
Satisfatório	32	40%		50	62%		24	30%		41	51%	
Ruim	38	41%		63	68%		32	35%		46	50%	
Índice CPOD												
Abaixo da mediana (10)	35	25%	0,006	76	54%	0,177	33	23%	0,306	60	43%	0,407
Acima da mediana	56	40%		86	62%		40	29%		66	47%	
Numero de drogas consumidas												
1	3	16%	0,243	9	47%	0,473	3	16%	0,029	7	37%	0,217
2 a 5	43	32%		81	61%		27	20%		67	50%	
6 a 10	45	35%		72	56%		43	34%		52	41%	
Início do uso de cigarro												
Até os 15 anos	58	39%	0,040	88	59%	0,820	43	29%	0,308	75	51%	0,119
Depois de 15 anos	27	25%		60	57%		26	25%		40	38%	
Não usa	6	23%		14	54%		4	15%		11	42%	
Uso de cocaína												
Sim	61	33%	0,747	102	55%	0,256	55	30%	0,044	80	43%	0,479
Não	30	31%		60	63%		18	19%		46	48%	

Tabela 3. Associação das variáveis sociodemográficas, de saúde e do uso de drogas com a frequência do impacto, nas quatro últimas dimensões, em usuários dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória/ES, 2015-2016 (Conclusão).

Categoria	Incapacidade Física			Incapacidade psicológica			Incapacidade social			Deficiência		
	com impacto		p-valor	com impacto		p-valor	com impacto		p-valor	com impacto		p-valor
	N	%		N	%		N	%		N	%	
Tempo de uso do cocaína												
Menos de 10 anos	27	27%	0,175	53	54%	0,447	25	25%	0,040	43	43%	0,778
Mais de 10 anos	34	40%		49	58%		30	35%		37	44%	
Não usa	30	31%		60	63%		18	19%		46	48%	
Uso de crack												
Sim	63	36%	0,075	100	58%	0,982	54	31%	0,013	77	45%	0,834
Não	28	26%		62	58%		19	18%		49	46%	
Início do uso de crack												
Até os 15 anos	5	31%	0,185	10	63%	0,923	8	50%	0,009	9	56%	0,599
Depois de 15 anos	58	37%		90	57%		46	29%		68	43%	
Não usa	28	26%		62	58%		19	18%		49	46%	
Tempo de uso do crack												
Menos de 10 anos	32	33%	0,113	57	59%	0,920	28	29%	0,016	40	41%	0,466
Mais de 10 anos	30	41%		43	59%		26	36%		37	51%	
Não usa	29	26%		62	56%		19	17%		49	45%	

5.2.6 Discussão

Desde o movimento pela reforma psiquiátrica, na década de 1970, as políticas públicas buscaram a reorientação das práticas de saúde mental. Com o passar das décadas, foram implementadas várias políticas direcionadas aos usuários de SPA, adaptadas e modificadas de acordo com novos desafios e necessidades¹⁶⁻²¹.

Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), peças fundamentais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a construção de uma rede de atenção integrada que substituísse as internações em hospitais psiquiátricos. Os CAPS AD tornaram-se a porta de entrada para a rede de cuidados em saúde mental para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, sendo constituído de uma equipe multiprofissional atuante de maneira interdisciplinar, na própria área territorial dos usuários^{18,21-23}.

Dentro desse universo, o presente estudo avaliou uma amostra aleatória composta por 280 usuários de SPA atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Vitória, Serra e Vila Velha, ES, Brasil.

O desenvolvimento de indicadores subjetivos na área de saúde bucal trouxe uma enorme contribuição para os estudos epidemiológicos na Odontologia. É inquestionável que problemas bucais produzem impactos muitas vezes incapacitantes sobre a qualidade de vida das pessoas, mas compreender a forma pela qual essa relação ocorre, quais são os gatilhos e como afeta a vida diária da população ainda é um desafio para os pesquisadores.

Assim como em uma população usuária de álcool e drogas de Amsterdam²⁴, o maior impacto foi encontrado nas dimensões "dor física", "desconforto psicológico" e "incapacidade psicológica". As dimensões dor física e desconforto psicológico relacionam-se com o impacto percebido apenas pelo indivíduo, enquanto a dimensão incapacidade psicológica liga-se ao impacto no cotidiano²⁵. Os dados relativos às dimensões conceituais impressionam ainda mais ao considerar que quase metade da amostra relatou problemas bucais causando "deficiência", que é a

consequência final e representa o impacto de maior comprometimento, chegando a causar alguma perda ou desvantagem, até mesmo na interação social dos usuários.

Os dados relacionados ao município de localização dos CAPS AD demonstram que em Vitória os usuários relatam menor impacto nas dimensões dor física e desconforto psicológico se comparados aos usuários dos CAPS de Serra e Vila Velha. Dessa forma, levanta-se uma hipótese a ser testada de que esse resultado pode ser possível devido às diferenças de organização da rede de saúde destes municípios.

Considerando a possível influência de variáveis sociodemográficas sobre a produção de impactos, os resultados mostraram que a faixa etária teve relação estatisticamente significativa com impacto nas dimensões desconforto e incapacidade psicológica. Apesar de muitos estudos, inclusive com usuários de drogas, mostrarem que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal piora com a idade, possivelmente em função do acúmulo de doenças bucais²⁶⁻²⁹, no presente estudo o impacto foi homogêneo por todos os estratos da faixa etária.

Com relação à renda familiar e educação, evidências da literatura mostram que a baixa renda da família está ligada a uma pior percepção da saúde bucal^{26, 30,31}. Na amostra estudada, o impacto da renda familiar mensal se apresentou de maneira homogênea, embora a comparabilidade com os estudos citados seja dificultada pela diferença entre os grupos populacionais pesquisados e pela utilização de diferentes indicadores de classe social. Os usuários foram questionados se estavam cadastrados em um programa de transferência direta de renda do governo federal, denominado Programa Bolsa Família. O estudo mostrou que indivíduos que recebiam o benefício apresentaram impacto estatisticamente significativo nas dimensões dor física e incapacidade social, talvez pela condição de vulnerabilidade inerente aos indivíduos participantes do programa.

Indivíduos com o CPOD superior a 10 tiveram impacto estatisticamente significativo na dimensão incapacidade física, possivelmente devido às sequelas provenientes da cárie dentária. Em um estudo realizado com adolescentes de Santa Catarina observou-se que dentes cariados estiveram associados ($p < 0,001$) com um maior

impacto medido pelo OHIP³². Gestantes com CPOD>13 apresentaram chance 8,1 vezes maior (IC 95% 1,81; 36,63) de um maior impacto (OHIP>14)³³.

Embora forneça informações sobre o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida e possíveis associações com variáveis sociodemográficas, de saúde e de consumo de substâncias psicoativas, este estudo possui algumas limitações. Devido ao desenho transversal, os resultados referenciam hipóteses relativas aos fatores associados, mas não têm o poder de inferência causal. Não houve a intenção de realizar um estudo de base populacional, mas avaliar uma amostra representativa de usuários de substâncias psicoativas, neste caso, os frequentadores dos CAPS AD.

Vale ressaltar que como há uma escassez de investigação sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de usuários de drogas na literatura, tornando difícil a comparação direta dos nossos resultados com pesquisas publicadas anteriormente para esta população. Ainda assim, o presente estudo demonstrou que o consumo de vários tipos diferentes de drogas por um mesmo indivíduo impacta na qualidade de vida e, apesar de não se saber exatamente qual a influência de cada substância neste impacto, sabe-se que o consumo de drogas é deletério para a qualidade de vida^{11,24,27,34}. Dentre as drogas mais consumidas, três tiveram impacto estatisticamente significativo: cigarro, cocaína e crack.

O uso do cigarro, principalmente com início precoce e tempo de uso prolongado mostrou efeitos destrutivos sobre a saúde bucal e causaram impactos físicos incapacitantes na condição bucal dos usuários. Entre os fatores protetores estatisticamente significantes encontrados incluiu-se menos anos fumando por parte dos usuários de drogas²⁷.

Usuários de álcool e outras drogas geralmente relatam qualidade de vida geral menor que indivíduos na população em geral³⁵⁻³⁷. Em relação à cocaína, apesar de sua forma de uso ser inalada, seu uso, principalmente por mais de 10 anos, esteve relacionado estatisticamente com um impacto na dimensão incapacidade social. Outra forma de consumo da cocaína, desta vez fumada, é chamada de crack. O uso desta substância, seu início precoce e seu uso por mais de 10 anos impactou estatisticamente com significância na dimensão incapacidade social. Usuários que faziam uso moderado/alto de cocaína e de crack tinha 2,2 vezes mais chance de

apresentar uma qualidade de vida geral pior³⁸. Estas substâncias podem causar mais comorbidades psiquiátricas e comprometimento cognitivo, estando associadas também com doenças sexualmente transmissíveis e envolvimento com atividades ilegais, fatores que podem impactar na qualidade de vida associada à saúde^{34,39,40}.

5.2.7 Conclusão

Verificou-se que fatores sociodemográficos, a experiência de cárie e o uso de SPA estiveram associados ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos usuários de drogas, o que levou à reflexão sobre a importância de um profissional de saúde bucal dentro das equipes multidisciplinares do CAPS AD. Esses profissionais podem ajudar a promover a saúde bucal e geral dos indivíduos, contribuindo para a sua reabilitação biopsicossocial, o desenvolvimento da autoestima e a possibilidade de reinserção social.

5.2.8 Referências

1. Silva NA, Senna MAA. Fundamentos da saúde bucal coletiva. Rio de Janeiro: Medbook; 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Política Nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):7-18.
4. World Health Organization. WHOQOL – measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: World Health Organization; 1997.
5. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Fis Esporte* 2012; 26(2):241-250.
6. Moreira MMS. Qualidade de vida: expressões subjetivas e histórico-sociais. *Serv Soc Rev* 2006; 9(1).
7. 1. Biazevic MGH. Indicadores subjetivos em saúde bucal: revisão sistemática. 2001. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
8. Slade GD. Derivation and validation of short-form oral health impact profile. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1997; (25):284-290.
9. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Comm Dent Health* 1994; 11:3-11.
10. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4):307-134.
11. 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):929-940.
12. Barbato PR, Nagano ECM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002–2003). *Cad Saude Publica* 2007; 23(8):1803-1804.
13. Mateos-Moreno MV, del-Rio-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. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013; 18(4):671-679.

14. Ribeiro EDP, Oliveira JA de, Zambolin AP, Lauris JRP, Tomita NE. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(3):239-245.
15. Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(6)439-445.
16. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2002.
17. Brasil. Casa Civil. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2002.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002. O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais. Brasília: Diário Oficial da União; 2002.
19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
20. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o plano integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2010.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Gabinete do Ministério; 2011.
22. Marques ALM, Mângia EF. Organização e práticas assistenciais: estudo sobre centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2011; 22(3):229-237.
23. Reis R, Garcia MLT. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. *Cien Saude Colet* 2008; 13(6):1965-1974.
24. Van Wijk AJ, Verrips GH, Kieffer JM, Oudejans J, Molendijk G. Quality of life related to oral health among addicts. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011; 118(4):219-221.
25. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Comm Dent Health* 1988; 5:5-13.
26. Zucoloto ML, Maroco J, Campos JADB. Impacto f oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2016; 16(55).

27. Almoznino G, Aframian DJ, Sharav Y, Sheffel Y, Mirzabaev A, Zini A. Lifestyle and dental attendance as predictors of oral health-related quality of life. *Oral Dis* 2015; 21(5):659-666.
28. Gabardo MCL, Moysés SJ, Moysés ST, Olandoski M, Olinto MTA, Pattussi MP. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factor in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. *Cad Saude Publica* 2015; 31(1):49-59.
29. Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da região sudeste. *Cien Saude Colet* 2012; 17(2):397-406.
30. Miotto MHMB, Almeida CS, Barcellos LA. Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais. *Cien Saude Colet* 2014; 19(9):3831-3940.
31. Chapelin CC, Barcellos LA, Miotto MHMB. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. *UFES Rev Odontol* 2008; 10(2):46-51.
32. Biazevic MGH, Rissotto RR, Michel-Crosato E, Mendes LA, Mendes MOA. Relationship between oral health and its impacto in quality of life among adolescents. *Braz Oral Res* 2008; 22(1):36-42.
33. Rosell FL, Oliveira ALBM, Tagliaferro EPS, Silva SRC, Valsecki Júnior A. Impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2013; 13(3):287-293.
34. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, Angermeyer M, et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 2008; 5(7).
35. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet* 2012; 379(9810):55-70.
36. Zubarán C, Foresti K. Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22(3):281-286.
37. Ugochukwu C, Bagot KS, Delaloye S, Pi S, Vien L, Garvey T, et al. The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence. *Harv Rev Psychiatry* 2013; 21(1):1-17.
38. Moreira TC, Figueiró LR, Femande S, Justo FM, Dias IR, Barros HMT, et al. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Cien Saude Colet* 2013; 18:1953-1962.
39. Marques TCN, Sarracini KLM, Cortellazzi KL, Mialhe FL, Meneguim MC, 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).

40. United Nations Office On Drugs And Crime. World Drug Report. New York: United Nations Publication; 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os usuários dos CAPS AD têm, em geral, alta prevalência de cárie e suas consequências, precária saúde bucal associada principalmente com características sociodemográficas, bem como uso e necessidade de prótese e uso prolongado de substâncias psicoativas, o que reflete em um alto impacto na qualidade de vida desses indivíduos. O impacto foi significativo nas dimensões desconforto psicológico, incapacidade psicológica e dor física, interferindo em condições essenciais dos indivíduos. A fim de se recuperar, o usuário tem que desenvolver uma gama de novas atividades e relacionamentos para sustentar a sua nova identidade. É neste ponto que a reconstrução da boca e dos dentes pode passar a ter importância central. São necessárias abordagens mais amplas para a promoção da saúde oral, com objetivo de auxiliar na recuperação biopsicossocial de usuários de substâncias psicoativas. Neste contexto, os CAPS AD representam a alternativa de atenção integral ao usuário de SPA e a relação deste espaço com o serviço de Odontologia da atenção básica se faz extremamente necessária.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

ALBINI, M. B. et al. Perfil sociodemográfico e condição bucal de usuários de drogas em dois municípios do Estado do Paraná, Brasil. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 44, n. 4, p. 244-249, 2015.

ALMEIDA, T. F. et al. Condições de saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos cadastrados em Unidades de Saúde da Família do Município de Salvador, Estado da Bahia, Brasil, em 2005. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 21, n. 1, p. 109-118, 2012.

ALMOZNINO, G. et al. Lifestyle and dental attendance as predictors of oral health-related quality of life. **Oral Dis.**, v. 21, n. 5, p. 659-666, 2015.

BARBADORO, P. et al. Improvement of knowledge, attitude, and behavior about oral health in a population of alcohol addicted persons. **Alcohol & Alcoholism**, v. 43, n. 3, p. 347-350, 2008.

BARBATO, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002–2003). **Cad. Saude Publica**, v. 23, n. 8, p. 1803-1804, 2007.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Coord.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BIAZEVIC, M. G. H. et al. Relationship between oral health and its impacto in quality of life among adolescents. **Braz. Oral Res.**, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2008.

BIAZEVIC, M. G. H. **Indicadores subjetivos em saúde bucal: revisão sistemática.** 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

BOTAZZO, C. **Da Arte Dentária.** São Paulo: Hucitec, 2000. 317 p.

BRAND, H. S.; GONGGRIJP, S.; BLANSKMA, C. J. Cocaine and oral health. **Br. dent. j.**, v. 204, n. 7, p. 365-369, 2008.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 ago. 2002a.

_____. Casa Civil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o plano integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 mai. 2010.

_____. Casa Civil. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 11 jan. 2002b.

_____. Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 14 jul. 1934.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002. O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais. Diário Oficial da União, Brasília, 19 fev. 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministério, Brasília, 26 dez. 2011a.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Ministério da Saúde, Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

_____. **Projeto SBBrasil 2003:** condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004b.

_____. **Projeto SBBrasil 2010:** Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais. Ministério da Saúde. Brasília, 2011b.

BUCHELE, F.; MARCATTI, M.; RABELO, D.R. Dependência química e prevenção à “recaída”. **Texto & Contexto Enferm**, v.13, n. 2, p. 233-240, 2004.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. (Coord.). **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – São Paulo:CEBRID/SENAD, 2002. 380 p.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.(Coord.). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília: SENAD; São Paulo:CEBRID/UNIFESP, 2006. 468 p.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Cien. Saude Colet.**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CARTA DE OTTAWA. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

CHAPELIN, C. C.; BARCELLOS, L. A.; MIOTTO, M. H. M. B. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. **UFES Rev. Odontol.**, v. 10, n. 2, p. 46-51, 2008.

COLODEL, E. V. et al. Alterações bucais presentes em dependentes químicos. **RSBO**, v. 6, n. 1, p. 44-48, 2009.

COSTA, S. K. P. et al. Fatores sociodemográficos e condições de saúde bucal em droga-dependentes. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, v. 11, n. 1, p. 99-104, 2011.

COSTA, S. M. et al. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Cien. Saude Colet.**, v. 18, n. 2, p. 461-470, 2013.

D'AMORE, M. M. et al. Oral health of substance-dependent individuals: Impact of specific substances. **J. Subst. Abuse Treat.**, v. 41, n. 2, p. 179-185, 2011.

DASANAYAKE, A. P. et al. Tooth decay in alcohol abusers compared to alcohol and drug abusers. **International journal of dentistry**, 2010.

DEGENHARDT, L. et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. **PLoS Med.**, v. 5, n. 7, 2008.

DEGENHARDT, L., HALL, W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. **Lancet**, v. 379, n. 9810, p. 55-70, 2012.

ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA DE SAÚDE. Consolidado da Rede de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp>>.2015.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Cien. Saud. Colet.**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FORMIGONI, M. L. O. S (Coord.). O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. 8. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015. 146 p.

FRAZÃO, P.; ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade, Estado de São Paulo, Brasil, 1998. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2003.

FREITAS, S. F. T. Uma **história social da cárie dentária**. Bauru: EDUSC, 2001. 124 p.

GABARDO, M. C. L. et al. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factor in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. **Cad. Saude Publica**, v. 31, n. 1, p. 49-59, 2015.

GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Im-pacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 33, n. 6, p. 439-445, 2013.

GAMBHIR, R. S. et al. Oral health aspects of cannabis use. **Indian Journal of Multidisciplinary Dentistry**, v. 2, n. 3, p. 507-11, 2012.

GONSALVES, E. M. B.; EMMERICH, A. O. O processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: uma contribuição à construção do SUS. **Rev. Brasil. de Pesquisa em Saúde**, v. 11, n. 3, p. 44-51, 2009.

GUIOTOKU, S. K. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 31, n. 2, p. 135-141, 2012.

KOVALESKI, D. F.; FREITAS, S. F. T.; BOTAZZO, C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. **Cien. Saud. Colet**, v. 11, n. 1, p. 97-103, 2006.

LARANJEIRA, R. et AL. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas 2012**. São Paulo, 2014.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Comm. Dent. Health**, v. 5, p. 5-13, 1988.

MIOTTO, M. H. M. B.; ALMEIDA, C. S.; BARCELLOS, L. A. Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais. **Cien. Saude Colet.**, v. 19, n. 9, p. 3831-3940, 2014.

MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A.; VELTEN, D. B. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da região sudeste. **Cien. Saude Colet.**, v. 17, n. 2, p. 397-406, 2012.

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. Organização e práticas assistenciais: estudo sobre centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 229-237, 2011.

MARQUES, T. C. N. 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**, v. 15, n. 38, 2015.

MATEOS-MORENO, M. V. et al. Dental profile of a community of recovering drug addicts: Biomedical aspects. Retrospective cohort study. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal**, v. 18, n. 4, p. 671-679, 2013.

MEDINA, M. G., NERY FILHO, A., FLACH, P. M. V. Políticas de Prevenção e cuidados ao usuário de substâncias psicoativas. IN: PAIM, J. S. ALMEIDA-FILHO N. **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 479-497.

MINAYO, M. C. S., HARTZ, Z. M. A., BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Cien. Saud. Colet.**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORAES, M.; REIS, R.; GARCIA, M. L. T. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.

MOREIRA, M. M. S. Qualidade de Vida: expressões subjetivas e histórico-sociais. **Serviço Social em Revista**, v. 9, n. 1, 2006.

MOREIRA, T. C. et al. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. **Cien. Saude Colet.**, v. 18, p. 1953-1962, 2013.

NUNES, M. O.; ONOCKO-CAMPOS, R. Prevenção, atenção e controle em saúde mental. IN: PAIM, J. S. ALMEIDA-FILHO N. **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 501-512.

OLIVEIRA B. H.; NADANOVSKY P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 33, n. 4, p. 307-314, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal**: manual de instruções. 4. ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001**. Genebra:OMS, 2001.

O'SULLIVAN, E. M. Prevalence of oral mucosal abnormalities in addiction treatment residents in Southern Ireland. **Oral Oncol**, v. 47, n. 2011, p. 395-399, 2011.

PEDREIRA, R. H. S. et al. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 4, p. 395-399, 1999.

PEREIRA, E. F., TEIXEIRA, C. S., SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica **Cien. Saud. Colet.**, v. 18, n. 7, p. 2095-2104, 2013.

RIBEIRO, E. D. P. et al. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. **Pesqui Odontol Bras**, v. 16, n. 3, p. 239-245, 2002.

- REES, T. D. Oral Effects of Drug Abuse. **CR. R. ORAL B.**, v. 3, n. 3, p.163-184, 1992.
- REIS, R., GARCIA, M. L. T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. **Cien. Saud. Colet.**, v. 13, n. 6, p. 1965-74, 2008.
- ROBINSON, P. G., ACQUAH, S., GIBSON, B. Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. **Br. dent. j.**, v. 198, n. 4, p. 219-224, 2005.
- ROOBAN, T. et al. Dental and oral health status in drug abusers in Chennai, India: A cross-sectional study. **JOMFP**, v. 12, n. 1, p. 16-21, 2008.
- ROSELL, F. L. et al. Impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, v. 13, n. 3, p. 287-293, 2013.
- SANCEVERINO, S. L.; ABREU, J. L. C. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no município de Palhoça 2003. **Cien. Saud. Colet.**, v. 9, n. 4, p. 1047-1056, 2004.
- SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Sau. & Transf. Soc.**, v. 4, n. 1, p. 82-89, 2013.
- SHEKARCHIZADEH, H. et al. Oral Health of Drug Abusers. **Iranian J. Publ. Health**, v. 42, n. 9, p. 929-940, 2013.
- SHEKARCHIZADEH, H. et al. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. **BMC Oral Health**, v. 13, n. 11, 2013.
- SILVA, A. N.; SENNA, M. A. A. **Fundamentos da saúde bucal coletiva**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. 248 p.
- SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the oral health impact profile. **Comm. Dent. Health**, v. 11, p. 3-11, 1994.
- SLADE, G. D. Derivation and validation of short-form oral health impact profile. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, n. 25, p. 284-290, 1997.
- SOUZA, J. et al. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. **R Enferm UERJ**, v. 15, n. 2, p. 210-217, 2007.
- TONINI, N. S.; KANTORSKI, L. P. Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 126-132, 2007.
- UGOCHUKWU, C. et al. The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence. **Harv. Rev. Psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 1-17, 2013.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2015**. New York: United Nations Publication, 2015.

VAN WIJK, A. J. et al. Quality of life related to oral health among addicts. **Ned Tijdschr Tandheelkd**, v. 118, n. 4, p. 219-221, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL – measuring quality of life**. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: World Health Organization, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys, basic methods**. 4th ed. Geneva: World Health Organization, 1997.

YASUI, S. Reforma e contrarreforma: reflexões em torno da internação compulsória e comunidades terapêuticas. IN: JORGE, M. S. B. et al. **Olhares plurais sobre o fenômeno do crack**. Fortaleza: Eduece, 2013. p. 87-103.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K. Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies. **Curr. Opin. Psychiatry**, v. 22, n. 3, p. 281-286, 2009.

ZUCOLOTO, M. L.; MAROCO, J.; CAMPOS, J. A. D. B. Impacto f oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v. 15, n. 55.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, fui convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **CONDIÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ATENDIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS DA GRANDE VITÓRIA, ES**, sob a responsabilidade da Prof.^a Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.

JUSTIFICATIVA

A pesquisa permitirá conhecer o impacto que algumas condições de saúde, como problemas bucais e o próprio uso das substâncias psicoativas, têm em sua qualidade de vida.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

Os objetivos serão traçar o perfil dos indivíduos, caracterizando os dados sociodemográficos; identificar quais as SPA's mais utilizadas pelos usuários; caracterizar o padrão de uso das drogas, segundo os critérios de uso ocasional; uso sugestivo de abuso e uso sugestivo de dependência, e avaliar a prevalência de cárie e suas consequências, bem como seu impacto na qualidade de vida nos indivíduos que se encontram em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas.

PROCEDIMENTOS

Será feito o exame clínico da sua boca no próprio espaço do centros de Atenção, sob luz natural, usando apenas uma espátula de madeira e gaze. Além disso, você responderá a uma entrevista contendo perguntas sobre as suas condições sociais e de moradia, a(s) substância(s) usada(s) por você, e sua opinião sobre a sua própria saúde.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

A coleta de dados tem previsão média de 30 minutos de duração e será realizada no próprio espaço da CAPS AD

RISCOS E DESCONFORTOS

Essa pesquisa oferece riscos pequenos de você se sentir envergonhado durante algumas perguntas da entrevista ou mesmo no exame da sua boca. Caso ocorra, nós garantimos que você pode não responder ou não participar mais caso queira.

BENEFÍCIOS

Caso seja identificada alguma lesão dentro da sua boca, você será encaminhado para a clínica de Estomatologia da Universidade Federal do Espírito Santo para tratamento e/ou acompanhamento. Além disso, nós iremos, respeitando sua privacidade, publicar o que encontramos, o que pode possibilitar a criação de políticas públicas voltadas para suas necessidades.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Minha identidade será resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer dano relacionado com o estudo, eu devo contatar o (a) pesquisador (a), Prof.^a Maria Helena Monteiro de Barros Miotto no TELEFONE 3335-7238 ou endereço Curso de Odontologia na Av. Marechal Campos 1488, Maruípe, Vitória. Caso não consiga contatar o pesquisador (a) ou para relatar algum problema, posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCSAUFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou correio, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1488 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 39.040-000, Vitória - ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo (a) pesquisador (a).

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa "Condição de saúde e qualidade de vida em usuários de substâncias psicoativas", eu, Prof.^a Maria Helena Monteiro de Barros Miotto, declaro ter cumprido as exigências do (a) item (a) IV.3 e IV.4, da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

LOCAL, DATA

Digital –
polegar Direito

Participante da pesquisa

NOME DO PESQUISADOR PRINCIPAL

APÊNDICE B – Roteiro para caracterização sociodemográfica

Questionário N° _____

O senhor (a) já participou dessa pesquisa? Qual o motivo de seu tratamento aqui?

Início do Tratamento: ___/___/___ Possui alguma outra doença (comorbidade)?

A) Informações Sociodemográficas	Código
1 - Qual sua Idade? _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
2 - Qual seu sexo?	<input style="width: 100px;" type="text"/>
3 - Como você se classifica em relação a sua cor?	<input style="width: 100px;" type="text"/>
4 - Qual a sua situação conjugal?	<input style="width: 100px;" type="text"/>
5 - Até que série você estudou?	<input style="width: 100px;" type="text"/>
6 - Quantidade de pessoas que vivem na casa:	<input style="width: 100px;" type="text"/>
7 - Situação Econômica da família (Renda Familiar mensal)	<input style="width: 100px;" type="text"/>
8 - Grau de instrução do chefe da família	<input style="width: 100px;" type="text"/>
9- Profissão do Chefe da Família (Mencionar mesmo que desempregado)	<input style="width: 100px;" type="text"/>
10 - Qual a sua ocupação/trabalho principal atualmente?	<input style="width: 100px;" type="text"/>
11 - Nos últimos 30 dias, quais foram suas fontes de dinheiro? _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
12 - Atualmente onde você mora? Outros: _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
13 - Qual seu município de Procedência? Outros _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
B) Informações sobre Uso de Drogas	
14 - Com que idade (anos) você iniciou o uso de (0 Nunca usou 1 Não se lembra):	<input style="width: 100px;" type="text"/>
a- Derivados do tabaco _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
b- Bebidas alcoólicas _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
c- Maconha _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
d- Cocaína inalada/ cheirada _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
e- Cocaína fumada _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
g- Inalantes _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
h- Hipnóticos/sedativos _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
i- Drogas alucinógenas _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
j- Opióides _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
k- Outras. Especificar: _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
15 - Com que idade (anos) você interrompeu o uso de (0 Nunca usou 1 Não se lembra):	<input style="width: 100px;" type="text"/>
a- Derivados do tabaco _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
b- Bebidas alcoólicas _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
c- Maconha _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
d- Cocaína inalada/ cheirada _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
e- Cocaína fumada _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
g- Inalantes _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
h- Hipnóticos/sedativos _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
i- Drogas alucinógenas _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
j- Opióides _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
k- Outras. Especificar: _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>
16 - Você se considera dependente químico?	<input style="width: 100px;" type="text"/>
17 - Já fez tratamento anteriormente para a dependência química?	<input style="width: 100px;" type="text"/>
18 - Qual o tipo de tratamento?	<input style="width: 100px;" type="text"/>
C) Informações sobre sua Saúde	
19 - Como você classifica seu estado de saúde geral nos últimos 30 dias?	<input style="width: 100px;" type="text"/>

APÊNDICE C – Ficha de avaliação clínica (CPOD) e saúde bucal

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO	Inquérito Epidemiológico – Ficha de exame
Município () Vitória () Vila Velha () Serra	Sexo [] (1-masculino 2-feminino)
	Data de nascimento: ____/____/____
	Data do exame: ____/____/____
	Ficha nº _____

Item de percepção do indivíduo sobre Necessidade de Tratamento Odontológico

Já foi ao dentista alguma vez [] (1-sim 2-não) Como você avalia a necessidade de tratamento de dente [] (1-precisa 2-não precisa 3-não sabe)
 Foi ao dentista nos últimos 6 meses [] (1-sim 2-não) Você procura o dentista quando [] (1-para fazer check-up 2-só quando tem dor)
 Sentiu dor nos últimos 6 meses [] (1-sim 2-não 3-não lembra) Você acha que sua higiene bucal é [] (1-bom 2-regular 3-ruim)
 Uso de prótese [] (1-sim 2-não) Necessidade de prótese [] (1-sim 2-não)

Dados epidemiológicos de Cárie – Arco Superior: (0) Higido; (1) Cariado; (2) Obturado; (3) Perdido; (4) Trauma; (5) Ausente

Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Dados epidemiológicos de Cárie – Arco Inferior: (0) Higido; (1) Cariado; (2) Obturado; (3) Perdido; (4) Trauma; (5) Ausente

Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Item para lesões orais [] (1-sim 2-não)

Sintomatologia [] Sim [] não	Coloração [] normal [] branca [] negra [] violácea/vermelha
Localização [] Lábio superior; [] Lábio inferior; [] Mucosa Jugal; [] Borda da língua; [] Dorso da língua; [] Ventre da língua; [] Mucosa alveolar superior; [] Mucosa alveolar inferior; [] Gengiva superior; [] Gengiva inferior; [] Fundo de sulco; [] Rebordo alveolar superior; [] Rebordo alveolar inferior; [] Soalho de boca; [] Palato duro; [] Palato mole; [] Orofaringe;	
Lado da lesão [] Direito [] Esquerdo [] Mediano	Hipótese de diagnóstico: _____


ANEXOS

ANEXO A – Perfil do Impacto da Saúde Bucal (OHIP-14)

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura

DIMENSÃO	QUESTÕES	RESPOSTA					CÓDIGO
		Nunca	poucas vezes	às vezes	quase sempre	sempre	
LIMITAÇÃO FUNCIONAL	OHIP 1. Você teve dificuldades para falar alguma palavra?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	OHIP 2. Você sentiu que o sabor da comida diminuiu?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
DOR FÍSICA	OHIP 3. Você sentiu dor na sua boca ou dentes?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	OHIP 4. Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
DESCONFORTO PSICOLÓGICO	OHIP 5. Você se sentiu preocupado?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	OHIP 6. Você se sentiu estressado?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
INCAPACIDADE FÍSICA	OHIP 7. Sua alimentação ficou prejudicada?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	OHIP 8. Você teve que parar suas refeições?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
INCAPACIDADE PSICOLÓGICA	OHIP 9. Você encontrou dificuldades para relaxar?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	OHIP 10. Você se sentiu envergonhado?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
INCAPACIDADE SOCIAL	OHIP 11. Você ficou irritado com outras pessoas?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	OHIP 12. Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
DEFICIÊNCIA	OHIP 13. Você sentiu que a vida em geral ficou pior?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	OHIP 14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

ANEXO B – Aprovação no CEP/UFES

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA								
<p>Título da Pesquisa: CONDIÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ATENDIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS DA GRANDE VITÓRIA, ES</p> <p>Pesquisador: Maria Helena Monteiro de Barros Miotto</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 2</p> <p>CAAE: 44194415.5.0000.5060</p> <p>Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p>								
DADOS DO PARECER								
<p>Número do Parecer: 1.081.491</p> <p>Data da Relatoria: 27/05/2015</p>								
<p>Apresentação do Projeto:</p> <p>Estudo epidemiológico transversal com aplicação de questionários para traçar o perfil dos indivíduos em atendimento nos CAPS AD dos municípios de Vitória/Vila Velha/ Serra e quais substâncias psicoativas mais utilizadas definindo o padrão de uso associando-os à qualidade de vida desses indivíduos. Será avaliada através de exame clínico e aplicação de questionário, a prevalência de cárie e manifestações orais, bem como o impacto da saúde oral na qualidade de vida. A amostra foi calculada para que todos objetivos possam ser alcançados. Considerou a prevalência de 50% com o objetivo de maximizar tamanho da amostra assumindo um nível de confiança de 95%, erro amostral de 5%. O tamanho da população será considerado infinito, devido à alta rotatividade de usuários atendidos pelos CAPS AD de Vitória/Vila Velha/Serra. Chegou a uma amostra mínima de 380 voluntários que será dividida proporcionalmente entre os três centros. Serão incluídos no estudo todos os indivíduos com mais de 18 anos atendidos pelo CAPS AD. A exclusão será presença de enfermidades gerais graves ou desvio de comportamento. Para a realização da pesquisa serão utilizados 05 roteiros na forma de entrevista e exame clínico, com duração média de 30 minutos para cada participante, conforme estudo piloto. O 1º roteiro identificará o perfil sociodemográfico e o 2º denominado ASSIST avaliará o</p>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Endereço: Av. Marechal Campos 1468</td> <td style="padding: 2px;">CEP: 29.040-091</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Bairro: SIN</td> <td style="padding: 2px;">Município: VITÓRIA</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">UF: ES</td> <td style="padding: 2px;">E-mail: cep@ccs.ufes.br</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Telefone: (27)3335-7211</td> <td></td> </tr> </table>	Endereço: Av. Marechal Campos 1468	CEP: 29.040-091	Bairro: SIN	Município: VITÓRIA	UF: ES	E-mail: cep@ccs.ufes.br	Telefone: (27)3335-7211	
Endereço: Av. Marechal Campos 1468	CEP: 29.040-091							
Bairro: SIN	Município: VITÓRIA							
UF: ES	E-mail: cep@ccs.ufes.br							
Telefone: (27)3335-7211								
Página 01 de 04								
<p>CONFERE COM O ORIGINAL EM 27/05/15 <i>[Assinatura]</i></p> <p style="text-align: center;">Cimara Teixeira Alvim Assistente em Administração CCSAUFES</p> <p style="text-align: right;">PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFES Campus de Maruípe - Av. Marechal Campos 1468 Bairro Maruípe - Vitória / ES - CEP. 29040-090 Telefax - 3335-7287</p>								

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.081.491

padrão de consumo das SPA's na vida e durante os últimos três meses, classificando em uso ocasional, uso sugestivo de abuso e sugestivo de dependência. O WHOQOL-BREF será utilizado para avaliar qualidade de vida do usuário a partir de sua percepção individual. O 4º roteiro permitirá avaliação da percepção dos respondentes sobre impactos produzidos pela condição bucal sobre a qualidade de vida, através do

instrumento Oral Health Impact Profile-OHIP14. Exame clínico realizado individualmente no CAPS AD, sob luz natural, com o examinador devidamente paramentado. Serão utilizadas espátula de madeira e gaze, além de uma ficha clínica elaborada. A prevalência cárie será obtida a partir do cálculo do índice CPO-D de cada indivíduo, a partir da adoção metodológica utilizada pela Organização Mundial da Saúde (1999). Será utilizada versão simplificada do OHIP, que contém 14 questões suficientes para manter as dimensões conceituais originais do OHIP. A avaliação das associações entre a qualidade de vida (WHOQOL) e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP), variáveis dependentes com as demais variáveis investigadas (variáveis independentes) será feita através estatística descritiva e analítica por meio de frequência relativa e absoluta, através do teste qui-quadrado, com um nível de significância de 5%. Para avaliar a força de associação entre evento e exposição, será utilizado o Odds Ratio (OR).

Objetivo da Pesquisa:

- Traçar o perfil dos indivíduos em atendimento nos CAPS AD, caracterizando os dados sociodemográficos.
- Identificar quais as SPA's mais utilizadas pelos usuários.
- Caracterizar o padrão de uso das SPA's, segundo os critérios de uso ocasional; uso sugestivo de abuso e uso sugestivo de dependência, e o impacto na qualidade de vida
- Avaliar a prevalência de cárie e suas consequências, bem como seu impacto na qualidade de vida

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A Resolução CNS 466/12 define que "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados". Dessa forma, a atual pesquisa oferece riscos pequenos de constrangimento, visto que trata-se de uma coleta de dados baseada em exame clínico intrabucal e entrevista. O risco será minimizado ao garantir a não resposta/não participação do indivíduo caso assim desejar.

O benefício direto ocorrerá a partir do encaminhamento ao serviço de estomatologia da UFES quando houver a suspeita de alguma lesão intrabucal respeitando a vontade do participante da

Endereço: Av. Marechal Campos 1408
Bairro: S/N CEP: 29.040-091
UF: ES Município: VITÓRIA E-mail: cep@ccs.ufes.br
Telefone: (27)3335-7211

Página 02 de 04

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 27/05/15
[Assinatura]

Cinara Teixeira Alvim
Assistente em Administração
CCS/UFES

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFES
Campus de Marujipe - Av. Marechal Campos 1408
Bairro Marujipe - Vitória / ES - CEP. 29040-090
Telefax - 3335-7283

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.081.481

pesquisa. Benefícios indiretos incluem a publicação dos achados permitindo comparação científica com outros trabalhos, além de contribuir como justificativa para a criação de políticas públicas voltadas para o grupo em questão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em concordância com os estudos avaliados, espera encontrar alta prevalência de consumo de SPA's. Consumo esse categorizado como uso de dependência, além de autopercepção de baixa qualidade de vida. Quanto à condição de saúde oral, espera-se encontrar alta prevalência de cárie, além da presença de lesões intrabucais. Em consequência, a auto percepção do dependente deverá demonstrar que a baixa qualidade da saúde oral nesta população gera grande impacto negativo na qualidade de vida dos dependentes químicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto assinada pela diretora CCS
TCLE dentro das normas éticas da resolução atual CNS
Cronograma das atividades com datas compatíveis após aprovação do CEP
Orçamento detalhado e custeio próprio dos pesquisadores

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Marechal Campos 1400
Bairro: SN CEP: 29.040-001
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep@ccs.ufes.br

Página 02 de 04

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/05/13

Alvim

Cinara Teixeira Alvim
Assistente em Administração
CCSAUFES

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFES
Campus de Maruípe - Av. Marechal Campos 1400
Bairro Maruípe - Vitória / ES - CEP. 29040-090
Telefax - 3335-7287

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Protocolo: 1.061.491

VITÓRIA, 27 de Maio de 2015

Assinado por:
Cynthia Furst Leroy Gomes Bueloni
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: SM CEP: 29.040-091
UF: ES Município: VITÓRIA E-mail: csp@ccs.ufes.br
Telefone: (27)3335-7211

Página 04 de 05

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 27/05/15

C. Teixeira Alvim

Cinara Teixeira Alvim
Assistente em Administração
CCS/UFES

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFES -
Campus de Maruípe - Av. Marechal Campos 1468
Bairro Maruípe - Vitória / ES - CEP. 29040-090
Telefax - 3335-7267

ANEXO C – Carta de anuência da Serra



PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
 SECRETARIA DE SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS
 GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS
 HUMANOS

Folha Nº 43
Processo Nº 8171/2015
Rubrica:

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

Título do projeto: “Condição de Saúde e Qualidade de Vida em Usuários de Substâncias Psicoativas em Atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial de Alcool e outras Drogas da Grande Vitória, ES”

Instituição proponente: Universidade Federal do Espírito Santo/UFES - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Pesquisador Responsável: Bruna Costa Bissoli e Jeremias Campos Simões.

Orientador: Professor Doutor Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.

Eu, Luiz Carlos Reblin, Secretário Municipal de Saúde da Serra-ES, declaro ter lido e concordar que o projeto de pesquisa científica, acima especificado, seja desenvolvido no CAPSAD Laranjeiras, componente da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde da Serra-ES.

Ressalto que o início da coleta de dados somente poderá ocorrer com a apresentação, ao Gerente do CAPSAD Laranjeiras, do documento oficial de “Apresentação de Pesquisador ao Campo”, emitido, pela Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos - GDRH/SRH/SESA, após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012.

Serra (ES), 30 de março de 2015.

LUIZ CARLOS REBLIN

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DA SERRA-ES

ANEXO D – Carta de anuência de Vila Velha



PREFEITURA MUNICIPAL VILA VELHA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria Municipal de Saúde

OF/NRH/SEMSA/N.º 04 /2015

Vila Velha/ES, 24 de Março de 2015

Prezada Senhora,


Considerando a solicitação contida em processo de nº.6431/2015 dos Mestrandos Bruna Costa Bissoli e Jeremias Campos Simões em realizar a pesquisa Condição de Saúde e Qualidade de Vida em Usuários de Substâncias Psicoativas em atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da Grande Vitória, ES. A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a realização da pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS'AD) de Vila Velha,ES, no exercício do ano de 2015.

Atenciosamente,

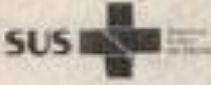

André da Silva Muniz
Coordenador de Recursos Humanos
SEMSA/PMVV



Ao
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
Prof.ª, Dra. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto (pesquisadora responsável)

ANEXO E – Carta de anuência de Vitoria

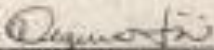
PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Professora Angela Maria Campos da Silva



DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Vitória - SEMUS/Vitória está de acordo e possui a infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ATENDIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DA GRANDE VITÓRIA, ES" de autoria de BRUNA C. BISSOLI, JEREMIAS C. SIMÕES. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS – Vitória, de carta de apresentação do pesquisador ao (s) campo (s) de pesquisa.

Vitória, 20 março, 2015 .


Regina Célia Diniz Weener
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

Secretaria de Saúde em parceria com a comunidade