

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

BRUNA VENTURIN LORENCINI

**DOR DE ORIGEM DENTÁRIA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
ODONTOLÓGICOS PELOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DA
REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA-ES.**

**VITÓRIA-ES
2017**

BRUNA VENTURIN LORENCINI

**DOR DE ORIGEM DENTÁRIA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
ODONTOLÓGICOS PELOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DA
REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA-ES.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Linha de pesquisa: Epidemiologia de Agravos e Doenças não transmissíveis.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliana Zandonade

VITÓRIA-ES

2017

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

L876d Lorencini, Bruna Venturin, 1989 -
Dor de origem dentária e utilização dos serviços odontológicos pelos
usuários de substâncias psicoativas da região Metropolitana de Vitória-ES /
Bruna Venturin Lorencini – 2017.
113 f.

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. Saúde bucal. 2. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.
3. Odontalgia. 4. Assistência Odontológica. 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 Venturin Lorencini

Dor de origem dentária e utilização dos serviços odontológicos pelos usuários de substâncias psicoativas assistidos pelos centros de atenção psicossocial álcool e drogas da Região Metropolitana de 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.

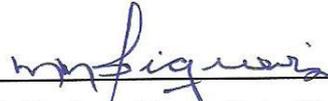
Aprovada em 13 de março de 2017.

COMISSÃO EXAMINADORA


Profª. Drª. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Orientadora


Profª. Drª. Eliana Zandonade
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Co-orientadora


Profª. Drª. Ludmilla Awad Barcellos
Universidade de Vila Velha - UVV
Membro externo


Profª. Drª. Marluce Mechelli de Siqueira
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Membro interno

Dedico este trabalho aos meus pais, que me ensinaram a ter fé, sonhar, lutar e nunca desistir dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as bênçãos derramadas em minha vida, permitindo essa conquista.

A minha família e amigos, pelo incentivo e apoio de sempre, vocês tornaram essa caminhada mais leve.

A Rafael, meu namorado, que nunca mediu esforços para colaborar na realização desse projeto.

Agradeço de forma especial à professora Maria Helena Monteiro de Barros Miotto, minha orientadora, pela dedicação em ensinar, pelo conhecimento e experiência de vida compartilhados.

Agradeço também de forma especial, à minha co-orientadora, Eliana Zandonade e aos integrantes da banca. Suas contribuições foram essenciais para a realização desse trabalho.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo pela oportunidade de ampliar os conhecimentos auxiliando no planejamento e desenvolvimento da pesquisa.

Aos colegas Bruna e Jeremias, pelo acolhimento, apoio e companheirismo, essa conquista é nossa.

Agradeço aos colegas da turma pelas experiências e conhecimentos compartilhados, pelos momentos inesquecíveis de companheirismo.

Agradeço aos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, pelo acolhimento e apoio na coleta dos dados.

Agradeço aos sujeitos da pesquisa, pela confiança ao relatar informações que foram de extrema importância para o cumprimento dessa etapa.

Agradeço a todos que apoiaram e acreditaram nesse sonho.

*“O que eu faço é uma gota no meio de um oceano.
Mas sem ela, o oceano será menor. ”*

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

O uso de substâncias psicoativas resulta em transtornos mentais e comportamentais, com consequências negativas na saúde bucal e na qualidade de vida. Objetivou-se determinar a prevalência da dor dentária e da utilização dos serviços odontológicos e suas associações em pacientes dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS AD) da região Metropolitana de Vitória, ES, Brasil. Realizou-se um estudo do tipo transversal. Os dados foram coletados entre junho de 2015 e fevereiro de 2016 por meio dos roteiros *Oral Health Impact Profile* (OHIP), *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), roteiro sobre saúde bucal e outro referente a dados sociodemográficos. Realizou-se análise descritiva dos dados por meio de tabelas de frequência com número e percentual para cada item. A comparação dos fatores demográficos com uso e frequência do uso de drogas e qualidade de vida foi testada através do teste de Fisher. O *Odds Ratio* (OR) foi utilizado para verificar a força da associação. O nível de significância adotado foi de 5%. Para análise utilizou-se o pacote estatístico IBM SPSS 20. Participaram do estudo, 280 sujeitos distribuídos proporcionalmente entre os três CAPS AD. A prevalência de dor foi de 59,3% e os indivíduos que apresentaram impacto das condições bucais na qualidade de vida tiveram 2,2 vezes mais chances de relatarem dor de dente nos últimos 6 meses. A prevalência de utilização dos serviços odontológicos foi de 32,14%, e os indivíduos com alto risco para dependência em crack tiveram 2,3 vezes mais chances de relatarem a não utilização dos serviços odontológicos nos últimos 6 meses. Os usuários de substâncias psicoativas apresentaram alta prevalência de dor dentária e de utilização dos serviços odontológicos; indivíduos que sofreram impacto das condições bucais na qualidade de vida tiveram mais chance de apresentar dor de dente, os que apresentaram alto risco para dependência em crack tiveram menor procura dos serviços odontológicos, o que sugere que esses indivíduos precisam de maior atenção aos problemas bucais, especialmente na atenção básica.

Descritores: Saúde bucal; Abuso de drogas; Dor dentária; Serviço odontológico.

ABSTRACT

The use of psychoactive substances results in mental and behavioral disorders, with negative consequences in oral health and life quality. The aim of this study was to define the dental pain prevalence and the dental services use and their associations in Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) patients in Vitória Metropolitan Region, ES, Brazil. A transversal study was conducted and its data were collected between June 2015 and February 2016 through scripts like Oral Health Impact Profile (OHIP), Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), and others about oral health and socialdemographic data. A descriptive analysis of the data was carried out using frequency tables with number and percentage for each item. The demographic factors comparison with drug use and its frequency, and life quality was verified using Fisher's test. The Odds Ratio (OR) was used to verify the association strength. The significance level was 5% and for this analysis, the statistical package IBM SPSS 20 was used. The number of individuals to participate in this study was 280. They were distributed proportionally among the three CAPS AD. The pain prevalence was 59.3% and individuals who had impact on their life quality due their oral conditions were 2.2 times more likely to report toothache in last 6 months. The use of dental services prevalence was 32.14%, and individuals with high risk for crack dependence were 2.3 times more likely to report non-use of dental services in the last 6 months. Psychoactive substances users presented high prevalence of dental pain and high dental services use; Individuals who were impacted in their life quality due their oral conditions were more likely to have toothache. Those who were at high risk for crack dependence had lower demand for dental services, suggesting that these individuals need more attention to oral problems, especially in basic care.

Descriptors: Oral health. Drug abuse. Toothache. Dental service.

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1. Dados demográficos de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.....56

Tabela 2. Percepção sobre condições de saúde de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.....57

Tabela 3. Dor dentária, segundo dados sociodemográficos de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.....58

Tabela 4. Dor dentária, segundo dados de consumo de drogas e qualidade de vida de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.....59

Artigo 2

Tabela 1. Dados sobre moradia e renda de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.....72

Tabela 2. Dados sobre dependência química e comorbidades de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.....73

Tabela 3. Uso de serviços odontológicos por usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.....74

Tabela 4. Uso de serviços de odontologia segundo dados sociodemográficos de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.....75

Tabela 5. Utilização de serviços de odontologia segundo dados de consumo de drogas e qualidade de vida de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.....76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSIST	<i>Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicoassocial Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional das Doenças versão 10
DSM-IV	Manual de Diagnóstico Estatístico versão 4
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
MA	Metanfetaminas
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OHIP	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SPA	Substância Psicoativa
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SESA	Secretaria de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	20
2.2 EPIDEMIOLOGIA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	23
2.3 PADRÕES DE CONSUMO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	28
2.3.1 Instrumento de Triagem: Teste Rápido de Envolvimento com Álcool, Tabaco e Substâncias.....	29
2.4 QUALIDADE DE VIA E O INSTRUMENTO WHOQOL.....	30
2.5 SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA: PERFIL DO IMPACTO DE SAÚDE ORAL - OHIP-14.....	31
2.6 ESTILO DE VIDA E SAÚDE BUCAL DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	32
2.7 DOR E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	34
2.8 ACESSO DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS AOS CUIDADOS ODONTOLÓGICOS.....	36
3 OBJETIVOS.....	38
3.1 ARTIGO 1.....	39
3.2 ARTIGO 2.....	39
4 METODOLOGIA.....	40
4.1 TIPO DO ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	41
4.2 LOCAIS DO ESTUDO.....	41
4.3 POPULAÇÃO ALVO.....	41
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	42
4.5 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	42
4.6 ESTUDO PILOTO.....	43
4.7 COLETA DE DADOS.....	43
4.8 VARIÁVEL DEPENDENTE.....	45
4.8.1 Artigo 1.....	45
4.8.2 Artigo 2.....	45
4.9 VARIÁVEIS INDEPENDENTES DOS ARTIGOS 1 E 2.....	46
4.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	47
4.11 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	47

5 RESULTADOS	49
5.1 PROPOSTA DO ARTIGO 1.....	50
Resumo	50
Abstract	51
Introdução	52
Metodologia	54
Resultados	56
Discussão	60
Conclusão	63
Referências	64
5.2 PROPOSTA DO ARTIGO 2.....	66
Resumo	66
Abstract	67
Introdução	68
Metodologia	70
Resultados	72
Discussão	77
Conclusão	81
Referências	82
6 CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES	94
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	95
APÊNDICE B – Roteiro para caracterização sócio demográfica	96
APÊNDICE C – Ficha de saúde bucal	97
ANEXOS	98
ANEXO A – Perfil do Impacto da Saúde Bucal (OHIP-14)	99
ANEXO B – WHOQOL	100
ANEXO C – ASSIST	103
ANEXO D – Aprovação no CEP/UFES	107
ANEXO E – Carta de anuência de Vitoria	111
ANEXO F – Carta de anuência de Vila Velha	112
ANEXO G – Carta de anuência da Serra	113

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga corresponde a qualquer substância química ou mistura de substâncias, não essenciais para a manutenção da saúde, que podem alterar a função ou a estrutura biológica. A OMS classifica as drogas psicoativas, como sendo substâncias capazes de alterar comportamento, humor e cognição, agindo preferencialmente nos neurônios e afetando o Sistema Nervoso Central (CARLINI et al., 2001).

O uso de substâncias psicoativas como álcool, opiáceos (ópio ou heroína), conabioídes (maconha), sedativos e hipnóticos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, fumo e solventes voláteis, resultam em transtornos mentais e comportamentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). Aproximadamente 27 milhões de pessoas no mundo sofrem transtornos relacionados ao uso de drogas, o que leva a necessidades especiais em saúde, no entanto, apenas uma em cada seis pessoas tem suas necessidades atendidas (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

No ano de 2012, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), realizou, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, uma pesquisa nacional para estimar o consumo de crack e/ou similares nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Os resultados apontaram 370 mil usuários de crack nas capitais e no Distrito Federal naquele ano; já a estimativa para o uso de drogas ilícitas em geral (exceto a maconha), foi de um milhão de usuários. Sendo assim, os usuários de crack correspondiam a 35% dos usuários de drogas ilícitas no país (BRASIL, 2012c). Esse número vem aumentando no Brasil, enquanto na maioria dos países ocorre aumento das novas substâncias (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

O conhecimento referente aos padrões de consumo, uso, abuso e dependência de cocaína (inalada ou fumada) por parte da sociedade brasileira é escasso, mesmo havendo consciência de que se trata de um importante problema de saúde pública (BRASIL, 2013).

De forma a acolher os usuários de substâncias psicoativas (SPAs), os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) foram criados pelo Ministério da Saúde como uma estratégia na área da saúde mental, proporcionando tratamento

especializado aos dependentes químicos. O CAPS AD III (modalidade de atendimento 24 horas) permite o acolhimento e atendimento terapêutico diário aos usuários de substâncias psicoativas. A equipe de profissionais que atuam nos CAPS AD III é composta por assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, educador físico, psiquiatra, psicólogo, médico clínico geral e nutricionista. O cirurgião-dentista não atua nessas instituições, apesar da ocorrência de importantes manifestações orais em decorrência do uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2012b; FALCÃO et al., 2015).

A higiene bucal deficiente, alimentação inadequada, maior preocupação com o vício do que com si mesmo e a desvalorização da atenção odontológica profissional colaboram para que o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de usuários de SPA aumente de acordo com o uso. O estilo de vida, mudanças comportamentais e baixa estima, refletem no descuido com a higiene geral e bucal, podendo ser considerado fator de risco para ocorrência de agravos bucais (PEREIRA, 2012). O consumo de álcool e outras drogas traz prejuízos à saúde; à segurança pública, devido à violência e ao crime; e à economia, devido aos altos custos com os cuidados em saúde e a redução do tempo de trabalho do usuário (COLODEL et al., 2009; SHEKARCHIZADEH et al., 2013).

Dentre as manifestações orais encontradas com maior frequência nos usuários de álcool e outras drogas, estão alterações do fluxo salivar como a xerostomia, desgaste da estrutura dentária, cáries, dor de origem dentária, perda óssea e doença periodontal (COLODEL et al., 2009; CIMA; CORRÊA, 2014; ALBINI et al., 2015; SMIT; NAIDOO, 2016). Encontram-se poucos estudos disponíveis sobre as necessidades e acesso aos cuidados de saúde bucal entre usuários de drogas ativos e em recuperação (HOUT; HEARNE, 2014).

O atendimento odontológico precisa atuar como porta de entrada para a atenção integral aos indivíduos usuários de SPA, ajudando na recuperação da identidade perdida, podendo ser um ponto de partida para as demais intervenções terapêuticas realizadas nesse grupo (FALCÃO et al., 2015).

A condição de saúde bucal dos brasileiros deixa transparecer as iniquidades em saúde. A maioria dos agravos bucais tem relação com a desigualdade socioeconômica, assim como os indicadores de acesso e utilização de serviços

odontológicos em nível ecológico e individual, também estão ligados a essa condição de desigualdade (BARROS; BERTOLDI, 2002; FERNANDES; PERES, 2005).

Peres et al. (2012b), analisando a redução das desigualdades sociais na utilização dos serviços odontológicos no Brasil entre os anos de 1998 a 2008, constataram um avanço considerável. No entanto, as desigualdades existentes entre os grupos sociais ainda são grandes e podem ser consideradas ética e politicamente inaceitáveis, já que revelam desvantagens de acesso e de utilização dos serviços odontológicos entre os mais pobres e marginalizados.

A dor de origem dentária é um dos principais motivos para a procura de serviços de saúde e atendimento odontológico. Fatores socioeconômicos, baixos padrões alimentares e de higiene bucal, acesso restrito a fluoretos e o hábito de fumar estão fortemente associados com a dor dentária. O contexto social e econômico influencia na dor dentária independente das características individuais (PERES et al., 2012a).

Informações sobre a condição bucal dos usuários de drogas lícitas e principalmente ilícitas são ainda escassas, com isso os profissionais de Odontologia ficam sem amparo, com dificuldade para lidar com esse sério problema de saúde pública, que tem reflexos na qualidade de vida não apenas do usuário, mas também da família e de todos os envolvidos (ALVES; NAI; PARIZI, 2013).

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Os usuários de substâncias psicoativas e pessoas apresentando transtornos mentais sempre foram colocados à margem da sociedade quando se observa o passado desses indivíduos no Brasil e no mundo. Os usuários de álcool e outras drogas no Brasil, foram, por muito tempo, de responsabilidade do sistema judiciário ou alvos de internações compulsórias em hospitais psiquiátricos, o tratamento ofertado pelo sistema público se baseava na criminalização e medicalização, não atendendo as necessidades dos indivíduos, mas retirando-o do convívio social (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Não existia no Brasil uma política nacional de saúde voltada para o uso de drogas, esse processo tem início em 1988, com a definição dos requisitos para a criação dos Centros Regionais de Referência em Prevenção e Tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas (FERREIRA; LUIS, 2004).

Em 1990, com a Declaração de Caracas, a atenção psiquiátrica foi vinculada à atenção primária em saúde, e os atendimentos que antes eram vinculados a hospitais e ocorriam de forma centralizada, agora focavam na comunidade e suas redes sociais. Com a reforma psiquiátrica, foram estabelecidas novas diretrizes para a assistência em saúde mental. Com a criação da portaria nº 224/92, do Ministério da Saúde, são definidas as normas a serem seguidas para a implantação dos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) (BRASIL, 1992; FERREIRA; LUIS, 2004).

O atendimento nos NAPS/CAPS inclui atividades de atuação comunitária; atendimento terapêutico individual (medicamentoso, psicoterápico de orientação, entre outros); atendimentos em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, entre outros); visitas domiciliares e atividades sociais na comunidade (FERREIRA; LUIS, 2004; BRASIL, 2011).

Em 2002, por meio da portaria nº 336/2002, são criadas normas específicas para o atendimento ambulatorial de atenção diária para atender pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, em decorrência do aumento significativo do uso dessas substâncias e de suas consequências associadas

(FERREIRA; LUIS, 2004). A portaria define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de Centros de Atenção Psicossocial I, II e III (CAPS I, CAPS II, CAPS III), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad- (BRASIL, 2002).

O CAPS é composto por equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar atendendo pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. A realização das atividades nessas instituições prioriza os espaços coletivos, de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes, estando atreladas com a Estratégia Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, entre outros. O cuidado se dá por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família; a ordenação do cuidado compete ao CAPS ou a Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

Em 2012, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 130, redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD II). Esse passa a ser componente da Atenção Especializada da rede de Atenção Psicossocial, com o intuito de proporcionar atenção integral contínua aos indivíduos com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 horas, todos os dias da semana, incluindo final de semana e feriados (BRASIL, 2012 b).

Os CAPS surgem como substitutos às internações em hospitais psiquiátricos, e estão no centro dessa rede de atenção substitutiva. Devem atuar como porta de entrada para a rede de cuidados em saúde mental, prestar assistência aos que o utilizam, e articular a rede de serviços, organizando demandas e o direcionamento local de políticas e programas de saúde mental, as demandas não podem ser adequadas às ofertas disponíveis no serviço, mas o serviço deve ser ofertado de acordo com a necessidade de cada um (MARQUES; MANGIA, 2011).

Os municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, de acordo com a portaria 3.088/2011 que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial, possuem o CAPS AD entre suas instituições, com a finalidade de acolher e atender de forma adequada os indivíduos que necessitam de cuidado decorrentes do uso de álcool e outras drogas, priorizando espaços coletivos, como o desenvolvimento de atividades em grupos de usuários e familiares, atenção em saúde e demais necessidades do indivíduo (BRASIL, 2011; ESPÍRITO SANTO, 2016).

A articulação em rede se trata de um grande desafio, que se torna possível com o apoio de trabalhadores decididos e dispostos a lutarem pela reforma psiquiátrica e pela legitimação de uma política pública. A rede supõe um serviço imaterial, que precisa de sustentação, trocas flexíveis e a chegada de novos atores; é fundamental que a rede esteja em constante processo de construção, para que os serviços sejam leves (FREIRE, 2013).

Os CAPS AD dos municípios de Vila Velha e Serra são da categoria CAPS AD II, indicados para municípios com população acima de 70.000 habitantes. Os CAPS AD II prestam serviços de acolhimento, tratamento e acompanhamento a adultos, crianças e adolescentes usuários de crack, álcool e outras drogas, dando assistência também a seus familiares. O CAPS AD do município de Vitória pertence a categoria CAPS AD III, oferecendo os cuidados continuados a adultos, com funcionamento 24 horas e com até 12 leitos para internação (BRASIL, 2011; ESPÍRITO SANTO, 2016).

Souza e Kantorski (2009) realizaram um estudo em um CAPS AD da região sul do Brasil, onde constataram que muitas vezes o uso de substâncias psicoativas aparece como uma forma de o indivíduo lidar com os transtornos e situações estressantes presentes no ambiente familiar. Os relatos, mostram que durante anos, os usuários tinham como alternativa de tratamento apenas as internações psiquiátricas, que não traziam bons resultados e prolongavam a fase de abstinência da droga. Com a implantação do CAPS AD, os cuidados de saúde mental passam a ser centrados na reabilitação psicossocial do indivíduo e de sua família, agindo também nos ambientes comunitários aos quais ele pertence, por meio de um processo de trabalho e cuidado em saúde voltados para o acolhimento, atenção integral, humanização, vínculo e corresponsabilização, proporcionando maiores perspectivas de mudança.

O estado do Espírito Santo conta ainda com o Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD), criado em 1996, por meio da resolução nº 086/97, localizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), que tem como missão prestar assessoria e planejamento em dependência química. O CEPAD é um ambiente específico para o estudo e desenvolvimento de pesquisas experimentais, clínicas e epidemiológicas na área de saúde mental e substâncias químicas. Se volta também para aspectos que envolvam abuso e dependência de drogas e prevenção e tratamento dessas condições, de acordo com a política estadual, nacional e internacional (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, 2017).

Diante da expansão do uso de drogas, da fragilidade da atenção que é ofertada aos usuários pelos serviços da região metropolitana de Vitória, ES, e da pouca oferta de cursos de capacitação profissional, o Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), fomentou a criação de Centros Regionais de Referência sobre drogas (CRR), com o objetivo de fornecer cursos aos profissionais que lidam com essa questão. O compromisso foi reafirmado em 2011 com o programa “Crack, é possível vencer”. O CRR-ES foi criado em parceria com os municípios de Vitória e Vila Velha e desenvolvido pelo CEPAD, da UFES, com o objetivo de promover a qualificação e articulação das redes de atenção a usuários de crack e outras drogas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, 2017).

2.2 EPIDEMIOLOGIA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), droga é qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afeta sua estrutura ou função, e a pessoa com menor possibilidade de usar drogas é aquela que é bem informada, bem integrada na família e sociedade, com boa saúde e qualidade de vida e com menos acesso às drogas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

Historicamente, o homem sempre conviveu com o uso de drogas, o que não era motivo de preocupação social. As substâncias psicoativas foram, e ainda são, consumidas em diversas épocas e culturas com finalidades terapêuticas, religiosas ou lúdicas, trazendo benefícios ao corpo, mente e espírito. A crescente disseminação do

consumo de drogas, os crimes hediondos cometidos por seus usuários, a idade cada vez mais precoce das pessoas que se tornam dependentes das drogas lícitas e ilícitas, são motivo de grande preocupação para a sociedade brasileira. O uso e abuso dessas substâncias, representa um grave problema de saúde pública e coletiva, além de produzirem enormes e indesejáveis repercussões sociais, culturais e econômicas (SANCEVERINO; ABREU, 2004).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o consumo de álcool é um dos principais fatores de doenças e mortalidade, 8% a 14% dos problemas de saúde nessas nações ocorrem devido ao consumo de álcool (LARANJEIRA et al., 2007).

Beber consumindo uma grande quantidade de álcool num curto espaço de tempo é uma prática conhecida internacionalmente como “*binge drinking*” ou “*beber em binge*”. O termo define o “uso pesado episódico de álcool”. Em quase todos os países onde esse tipo de beber foi estudado, ficou constatado que causa maiores custos sociais e de saúde do que o uso contínuo e dependente, devido ao fato de estar relacionado com acidentes de carro, atropelamentos, quedas e afogamentos. Do total da população adulta do Brasil, pelo menos 33,6 milhões já fez esse tipo de uso de álcool em algum momento da vida, 28% da população adulta do Brasil praticou esse tipo de consumo em 2006 e 24% consumiu álcool sem ser em *binge* (LARANJEIRA et al., 2007).

Em 2012, a prevalência de fumantes adultos no Brasil teve uma queda de 3,9 pontos percentuais quando comparada com 2006. Nos dois anos, a prevalência de fumantes no sexo masculino era maior do que no sexo feminino. Em 2006, a prevalência de fumantes entre os homens foi de 27,1%, e em 2012, de 21,4%, enquanto que entre mulheres, foi de 15,1% em 2006 e de 12,8% em 2012. Com relação ao álcool, observa-se uma variação importante nas quantidades e na rotina do consumo, podendo ser observado maiores quantidades em menor frequência de uso (beber pesado episódico – *binge*). O número de adultos que bebia pelo menos uma vez por semana subiu 11% de 2006 para 2012 (42% e 53% respectivamente), enquanto o número de indivíduos que relataram ter consumido álcool no ano anterior à pesquisa caiu de 52% em 2006 para 50% em 2012 (LARANJEIRA et al., 2014; BRASIL, 2013).

No ano de 2013, uma em cada 20 pessoas (246 milhões de pessoas), com idade entre 15 e 64 anos, usou algum tipo de substância ilícita; 187 mil mortes foram relacionadas ao uso de drogas, levando a uma taxa de mortalidade para a faixa etária de 15 a 64 anos, de 40 mortes para cada 1 milhão de indivíduos. Esse problema mundial toma magnitude ainda maior quando constatado que mais de 1 em cada 10 usuários apresentam problemas como desordens em decorrência do uso ou dependência, ou seja, aproximadamente 27 milhões de pessoas tem problemas em decorrência do uso de drogas (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Observando a população brasileira como um todo, e comparando a distribuição de uso de vários tipos de drogas, o uso do crack é baixo. No entanto, o padrão de consumo varia bastante quando o foco está em segmentos específicos. Estudos envolvendo estudantes do Ensino Fundamental e Médio entre 1987 e 2004, no Brasil, indicaram um crescimento do consumo de cocaína em cidades da região Nordeste (Salvador, Recife e Fortaleza), além de Belo Horizonte e Rio de Janeiro. Vários estudos como esses encontraram taxas de uso de cocaína, pelo menos uma vez na vida, sempre menores que 3,6%. Já no I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, se somados os percentuais de uso na vida de cocaína, merla e crack, a prevalência foi de 9,7% (FORMIGONI, 2016).

Quando a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), estudou o uso de drogas por meninos e meninas em situação de rua encontrou as seguintes taxas: o uso de cocaína no último mês foi de 45% entre os menores no Rio de Janeiro, 31% em São Paulo e 20% em Recife. O uso frequente de crack aparece em quase todos os Estados, sendo maior em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória (variando de 15% a 26%). O crescimento da procura de tratamento por usuários de crack, observado na década de 90 em outras capitais, ocorre, hoje, no Rio de Janeiro (FORMIGONI, 2016).

Embora o consumo de álcool e tabaco seja maior entre os homens, é crescente o número de mulheres com dependência química. A utilização de antidepressivos e ansiolíticos é muito maior entre mulheres do que entre homens, no Brasil, 6,9% das mulheres no ano de 2005 haviam consumido essas substâncias, na região sudeste esse número foi de 8,5%. A utilização desses medicamentos combina o efeito estimulante com o sedativo. Um dos fatores associados ao uso desses medicamentos

por mulheres é a tensão adquirida pela dupla jornada de trabalho por elas assumida (SIQUEIRA, 2011).

Estudos realizados na Universidade Federal do Espírito Santo, mostram importantes resultados quanto ao consumo de substâncias entre os estudantes do Centro de Ciências da Saúde.

Um estudo realizado com os acadêmicos de Medicina, obteve para uso de substâncias na vida, os seguintes resultados: 86,9% dos participantes apresentou uso na vida para álcool, seguido do tabaco com 22%, solventes 15,5%, anfetaminas 10%, maconha 9,5%, alucinógenos 1,8% e barbitúricos 0,6% (PEREIRA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2008).

Com relação a prevalências de consumo de substâncias entre os estudantes de Odontologia, os resultados foram: álcool com prevalência de 87,9%, tabaco 27%, solventes 25,9%, maconha 13% e anfetaminas 10,9%. Os resultados apresentados demonstram alta prevalência de consumo de substâncias para a população estudada (TEIXEIRA et al., 2010).

No estudo envolvendo os acadêmicos de Enfermagem, 82,1% dos participantes apresentaram uso de álcool na vida, 11,7% apresentaram uso frequente e 6,2% apresentaram uso pesado da substância (MARDEGAN et al., 2007).

A adolescência é o período onde geralmente acontecem os primeiros contatos com as drogas. Marcada como um período crítico da vida, onde acontecem descobertas significativas e a personalidade é reafirmada. Compreende a transformação do jovem até a idade adulta, sob o ponto de vista biológico, social e principalmente psicológico. Nessa fase os grupos de amigos têm grande importância social, os conflitos familiares se tornam mais frequentes, os pais perdem um pouco o controle sobre os filhos e os filhos buscam a imagem de adulto independente no grupo de amigos, uma tendência natural da idade. Entretanto, é justamente nesse período de crises que as drogas entram nas vidas dos adolescentes (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Pasuch e Oliveira em 2014, sobre o uso de drogas por adolescentes do ensino médio aponta uma alta prevalência do uso de substâncias psicoativas por esse público, sendo as mais utilizadas o álcool e

tabaco, seguidas dos solventes e da maconha; ocorre um contato precoce dos adolescentes com algumas drogas por serem de fácil acesso e encontradas com frequência em muitas residências. O primeiro contato com álcool e tabaco acontecem na própria casa, oferecido pelos familiares, porém muitos pais ignoram essa atitude por eles tomada. Esse fato deve ser levado em conta nos programas preventivos, os pais precisam ser envolvidos nessas propostas de prevenção, frisando a importância de prevenir o uso de drogas lícitas e não só as ilícitas.

O aumento da probabilidade de uso de drogas ilícitas, tem como principais fatores, a disponibilidade das mesmas e o uso precoce de drogas lícitas (álcool e tabaco). Também estão relacionadas as condições socioeconômicas e culturais (menor a condição socioeconômica maior a probabilidade de uso) e os fatores familiares, que durante a adolescência englobam uma relação ruim entre pais e filhos, uso de drogas pelo núcleo familiar e o conflito familiar (DEGENHARDT; HALL, 2012).

Sanchez et al. (2010) apontam como razões que afastam os adolescentes e jovens das drogas, atuando como fatores protetores: disponibilidade de informações a respeito da droga e seus perigos; apoio parental e o bom relacionamento entre os adolescentes e jovens, seus pais e os demais familiares; características pessoais como autoestima preservada e perspectiva de futuro, aspectos culturais como crença e prática de uma religião. A informação trazida pela família tem grande impacto, sendo muito importante para que os adolescentes e jovens adultos optem por não experimentar drogas ilícitas.

Wandekoken e Siqueira (2013), destacam como fatores de proteção, a relação familiar positiva, vínculos estreitos, atenção e diálogo; como fatores de risco, trazem os conflitos familiares, o uso de drogas por um ou ambos os pais, violência familiar e falhas no diálogo e atenção. Os autores afirmam que entender esses fatores é importante para a formulação de políticas públicas, ações de promoção de hábitos saudáveis e prevenção do uso indevido de drogas.

É preciso desenvolver políticas públicas consistentes que possam garantir o acesso a serviços de atenção aos usuários de drogas e que ofereçam educação, treinamento e capacitação para profissionais da saúde, de forma que as abordagens se tornem interdisciplinares. O poder público precisa atuar, em caráter de urgência, de forma

ampliada e articulada, visando solucionar os problemas relacionados às drogas tendo a sociedade como principal parceira, priorizando medidas preventivas e de proteção (PASUCH; OLIVEIRA, 2014).

2.3 PADRÕES DE CONSUMO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Atualmente, entende-se que os padrões de consumo vão muito além de dependente e não dependente, existindo padrões individuais de consumo com variação da intensidade (BRASIL, 2012a).

Consumo de baixo risco é quando são utilizadas doses baixas e são tomadas precauções necessárias para evitar acidentes relacionados ao uso. Uso nocivo é quando o indivíduo utiliza uma substância eventualmente, porém não é capaz de controlar ou adequar seu modo de consumo, podendo resultar em problemas sociais, físicos e psicológicos. Já o uso sugestivo de dependência é quando o consumo da substância se torna compulsivo, objetivando evitar a abstinência, a intensidade desse uso leva a problemas sociais, físicos e psicológicos (BRASIL, 2012a).

A Organização Mundial de Saúde define dependência com base nos critérios da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças versão 10) para dependência no último ano, já a Associação Psiquiátrica Americana, se baseia no Manual de Diagnóstico Estatístico, versão 4 (DSM-IV). Os dois itens são muito semelhantes e não levam em consideração quantidade ingerida, por se tratar de uma questão individual, variando de um usuário para outro (BRASIL, 2012a).

Diversos problemas podem ocorrer devido ao uso regular de substâncias, indo desde problemas físicos até de saúde mental e problemas sociais, como: problemas específicos de saúde física e mental; tolerância; ansiedade, depressão, alterações de humor, irritabilidade; dificuldades para dormir; dificuldades financeiras; problemas criminais; problemas nos relacionamentos; dificuldades no trabalho regular ou estudo; problemas cognitivos relacionados com a memória ou atenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Os problemas decorrentes do uso sugestivo de dependência em uma substância são semelhantes aos observados no uso regular, no entanto, são mais graves. Esse

padrão de uso geralmente está associado a maior frequência de utilização de uma substância, e em doses cada vez maiores. Os problemas incluem: tolerância acentuada; graves transtornos físicos e de saúde mental; disfunções frequentes no dia-a-dia; desejo e aumento do desejo de usar; não cumprimento das obrigações habituais; comportamento criminoso; problemas nos relacionamentos; dificuldade em parar apesar dos problemas; possíveis sintomas de abstinência ao cessar o uso e uso continuado apesar de saber dos danos causados a si mesmo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

2.3.1 Instrumento de triagem: Teste Rápido de envolvimento com Álcool, Tabaco e Substâncias (ASSIST)

Coordenados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), vários pesquisadores de diferentes países desenvolveram no ano de 1997 um instrumento de pesquisa que detecta o uso de diversas substâncias, não apenas o álcool e tabaco, o instrumento recebeu o nome de *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST). Esse instrumento possui características que permitem sua utilização na atenção primária, como a padronização da estrutura, a rápida aplicação, abordagem de várias classes de substâncias ao mesmo tempo, facilidade de interpretação, capacidade de ser associado a uma intervenção breve e a possibilidades de ser utilizado por diversos profissionais da área da saúde (HENRIQUE et al., 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

O ASSIST foi desenvolvido para ser utilizado na atenção primária em saúde, porém, verificou-se ser de grande utilidade para qualquer profissional que trabalha com pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias, ou que são colocadas em riscos específicos, ligados ao uso de substâncias psicoativas, podendo ser utilizado até mesmo na área da educação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

O questionário é estruturado, com oito questões referentes ao uso de nove classes de substâncias (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, inalantes, sedativos, alucinógenos e opióides) relacionadas ao uso na vida, a frequência dos últimos três meses, sobre o desejo ou urgência em usar a droga, dificuldade em controlar, diminuir ou interromper o uso, problemas relacionados ao uso, não cumprimento das

obrigações e compromissos devido ao uso, preocupação com o uso por pessoas próximas e o uso de droga injetável. O questionário permite classificar usuários de substâncias psicotrópicas, quanto ao risco, em três níveis: baixo, moderado ou alto, sendo este último um indicativo de dependência pela substância. A classificação é estabelecida através de uma pontuação final gerada a partir das respostas fornecidas pelo participante, possibilitando determinar o grau de comprometimento do indivíduo com a droga. Cada resposta corresponde a um escore (HENRIQUE et al., 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; TSUDA; CHRISTOFF, 2015).

A pontuação entre 0 e 10 para o álcool e de 0 a 3 para as demais substâncias indica uso ocasional ou baixo risco, não estão apresentando problemas em decorrência do uso e a intervenção deve ser o aconselhamento; de 11 a 26 para o álcool e 4 a 26 para as demais, indica abuso, risco moderado de problemas de saúde e outros relacionados ao uso, podendo estar apresentando algum problema no momento, deve ser feita uma intervenção breve com técnica de entrevista motivacional; e acima de 26 indica alto risco de dependência, podendo estar apresentando problemas financeiros, com a justiça, problemas de saúde e nos relacionamentos, deve ser feito também a intervenção breve, porém deve ser aconselhado a realização de uma avaliação clínica detalhada e tratamento especializado para sua forma de uso da substância (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; TSUDA; CHRISTOFF, 2015).

2.4 QUALIDADE DE VIDA E O INSTRUMENTO WHOQOL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Qualidade de vida é uma percepção humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e satisfação também em existir. Presume a capacidade de confeccionar um resumo cultural do que uma sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores, tanto individuais quanto coletivos, adquiridos em variadas épocas, espaços e histórias

diferentes. Muitos instrumentos têm sido construídos na tentativa de reduzir a complexidade que envolve o entendimento da qualidade de vida, alguns tendo a saúde como objeto, outros como um indicador (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000)

Buscando um instrumento que avaliasse qualidade de vida, a OMS criou o WHOQOL-100, composto por 100 questões. Entretanto, a necessidade de um instrumento com aplicabilidade mais rápida e com características psicossomáticas satisfatórias, levou o grupo da OMS, no ano de 1998, a desenvolver uma versão abreviada do WHOQOL-100 (OMS, 1998).

O WHOQOL-Bref, versão abreviada do WHOQOL-100, é formado por 26 questões fechadas. As duas primeiras perguntas são relacionadas a qualidade de vida de modo geral, as outras 24 questões correspondem a cada uma das 24 facetas do instrumento original e são agrupadas em quatro domínios: domínio físico com 7 itens, psicológico com 6, relações sociais com 3 e meio ambiente com 8 itens. O instrumento pode ser aplicado tanto em populações saudáveis como acometidas por alguma doença ou agravo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

Fleck et al. (2000), realizaram a validação da versão abreviada do WHOQOL-100. O Instrumento apresentou consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e teste-reteste fidedigno. O WHOQOL-bref une desempenho psicométrico com aplicação prática, isso torna o instrumento uma alternativa útil para estudos desenvolvidos com o objetivo de avaliar a qualidade de vida no Brasil.

2.5 SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA: PERFIL DO IMPACTO DE SAÚDE ORAL – OHIP-14

A Odontologia tem evoluído muito frente a busca da qualidade de vida dos indivíduos, e cada vez mais tem se utilizado indicadores subjetivos para mensurar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (MACEDO; COSTA 2015).

Pesquisadores têm procurado cada vez mais criar e validar instrumentos que avaliam o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos, um desses instrumento é o Perfil de Impacto da Saúde Bucal ou *Oral Health Impact Profile*

(OHIP), esse instrumento vem sendo amplamente utilizado, e ganha papel importante por considerar as consequências sociais dos problemas bucais de acordo com a percepção relatada pelo próprio indivíduo (GABORADO; MOYSES; MOYSES, 2013)

Slade e Spencer (1994), desenvolveram o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), o questionário é formado 49 perguntas que avaliam a auto percepção do indivíduo sobre os impactos da saúde bucal em sua qualidade de vida.

Em 1997 foi criada uma versão simplificada do instrumento original, conhecida como OHIP-14 por conter 14 questões; após estudos e testes ficou concluído que a versão reduzida do instrumento possuía a mesma capacidade de associações que o instrumento original, apresentando confiabilidade, validade e precisão (SLADE, 1997). O instrumento abrange sete dimensões que caracterizam o impacto medido: limitação funcional; dor física; desconforto psicológico; incapacidade física; incapacidade psicológica; incapacidade social; e deficiência. As respostas são dadas de acordo com uma escala que vai de 0 a 4, onde 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = frequentemente e 4 = sempre (SLADE; SPENCER, 1994).

Oliveira e Nadanovsky (2005), realizaram uma tradução transcultural do OHIP-14 para que o mesmo fosse adaptado ao contexto brasileiro e ao idioma português. As propriedades psicométricas dessa versão foram analisadas, assim como a consistência interna, confirmando a manutenção de seus parâmetros.

Há influências importantes a serem consideradas quando se estuda a auto percepção em saúde bucal e sua interferência na qualidade de vida. O OHIP-14 é um instrumento relevante, que auxilia no esclarecimento de necessidades em saúde bucal, elaboração de estratégias de controle e redução de doenças e na promoção de saúde bucal, impactando na qualidade de vida (GABORADO; MOYSES; MOYSES, 2013).

2.6 ESTILO DE VIDA E SAÚDE BUCAL DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O estilo de vida, mudanças comportamentais e baixa estima dos usuários de substâncias psicoativas podem ser considerados fatores de risco para problemas bucais, já que refletem diretamente no descuido com a higiene geral e bucal (PEREIRA, 2012).

Complicações de saúde bucal relacionadas ao uso de drogas podem ser resultado do contato direto da substância com os tecidos bucais durante fumo ou ingestão, da interação biológica da droga com a fisiologia oral e do efeito da droga no sistema nervoso central, o que leva a comportamentos de risco como falta de higiene, agressão e descuido (SHEKARCHIZADEH, 2013).

As doenças bucais de maior prevalência em usuários de drogas são a cárie e a doença periodontal (RIBEIRO, 2002), porém, estão também entre os problemas encontrados com grande frequência, as alterações do fluxo salivar como a xerostomia, recessões gengivais, desgaste dentário, bruxismo, dor dentária, úlceras, candidíase oral (COLODEL et al., 2009; SMIT; ANTONIAZZI, 2013; CORRÊA, 2014; FALCÃO, 2015; ALBINI et al., 2015; NAIDOO, 2016).

Moreno et al. (2013), em um estudo de coorte retrospectivo realizado na Espanha, envolvendo 98 usuários de drogas identificaram as condições bucais que poderiam estar relacionadas com o uso de drogas e não com efeito dos medicamentos. Encontraram xerostomia em 64,1% dos casos, halitose e sangramento gengival em 35,9%, dor na boca em 62,5%. 81,3% apresentavam periodontite e 50% tinham cáries agudas. O esfregaço revelou *Cândida* em 78,12% dos usuários e 43,8% apresentaram baixa capacidade tampão da saliva. Os autores concluíram que o grupo necessitava de cuidados dentários especiais e que políticas de melhoria do acesso dos viciados em drogas e grupos marginalizados ao tratamento odontológico se faziam necessárias.

Outro fator importante quando se trata das condições bucais de dependentes químicos são as lesões bucais com potencial maligno, que são motivos de preocupação não só em usuários de álcool e tabaco, os principais causadores de câncer oral, mas também na associação de várias substâncias psicoativas. O controle dos determinantes, dos fatores de risco e dos danos à saúde são muito importantes e

uma medida essencial é a prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do consumo de crack, álcool e outras drogas (CASOTTI et al., 2015).

O uso prolongado e diário de drogas pode ter um impacto muito grande sobre a saúde bucal, principalmente por que a principal via de administração das drogas é a oral ou inalatória, porém fica difícil relacionar as alterações bucais encontradas com um tipo específico de substância. Isso se deve principalmente ao fato dos indivíduos fazerem uso de várias substâncias ao mesmo tempo e do uso de alguns medicamentos para dependência também terem consequências bucais (ALVES; NAI; PARIZI, 2013).

O uso abusivo de substâncias é um grave problema mundial, com sérias consequências bucais, afetando a qualidade de vida dos dependentes. Essa população merece ser melhor assistida com ações voltadas para higiene, alimentação e não apenas o tratamento da dependência. O cirurgião-dentista tem papel muito importante no atendimento a essa população. Se esse profissional for bem informado sobre sinais e sintomas de abuso de substâncias, poderá detectar um paciente toxicodependente precocemente, facilitando a tratamento (SMIT; NAIDOO, 2016).

2.7 DOR E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Os usuários de substâncias psicoativas, buscam, no contexto atual, silenciar a dor emocional. É no contexto do evitamento da dor, que muitas interpretações são feitas a respeito do aumento do consumo de substâncias, onde o indivíduo consegue, por meio do consumo pesado de droga, regular seus humores, dores, desesperanças e desamparos gerados pela modernidade (ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002).

A experiência de dor, incluindo a dor de origem dentária, é considerada um importante problema de saúde pública. Essas sensações dolorosas são percebidas por pessoas de todas as idades (HAMATI; ROCHA; BALDANI, 2014).

Peres et al. (2012a), realizaram um estudo para verificar a prevalência de dor dentária e fatores associados em adultos e idosos das capitais brasileiras. Encontraram que a dor dentária é um dos principais motivos para a procura de serviços de saúde e por atendimento odontológico; podendo estar associada a condições socioeconômicas, já

que as cidades mais pobres apresentam maior prevalência de dor de dente, devido a piores padrões alimentares e de higiene bucal e menor acesso e utilização de fluoretos, levando às principais causas de dor dentária que são a cárie e doença periodontal.

Estudos demonstram que a dor dentária é uma condição preocupante e tem causado grande incômodo aos usuários de substâncias psicoativas, estando entre as principais consequências bucais do uso de drogas (SHERIDAN; AGGLETON; CARSON, 2001; RILEY; TOMAR; GILBERT, 2004; KHOCHT et al., 2009; MURPHY et al., 2014; SMIT; NAIDOO, 2016).

Murphy et al. (2014), realizaram um estudo de caso-controle com 1.765 usuários de metanfetaminas (MA), com o objetivo de descrever o auto relato de problemas bucais com foco na qualidade de vida desses indivíduos. Encontraram que o grupo de usuários de MA está 3,5 vezes mais propenso a apresentar dor de dente do que os não usuários. Quando questionados sobre a frequência de dor nos seis meses anteriores à pesquisa, 28,9% dos indivíduos com alto consumo de MA responderam “frequentemente” ou “muito frequentemente”, os de consumo médio 18,6% e os de consumo baixo, 16,1%. Quanto ao episódio de dor de dente nos últimos 30 dias antes da pesquisa, usuários de alto consumo apresentaram 45%, de médio 43,4% e de baixo 32,5%.

Khocht et al. (2009), em um estudo de caso-controle para investigar hábitos de cuidados bucais, acesso a tratamento dentário e os efeitos destes na saúde bucal de 75 indivíduos dependentes de álcool e outras drogas, encontraram que o principal motivo para os dependentes de álcool e drogas procurarem serviços odontológicos foi a dor dentária, seguida de extração.

Mesmo indivíduos que apresentam boas práticas de cuidado e higiene bucal, e fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, muitas vezes são incapazes de manter esse cuidado e higiene em níveis adequados. Os bons hábitos de higiene podem ser superados pelo efeito do vício e o indivíduo pode se esquecer de escovar os dentes ou usar o fio dental por longos períodos, podendo estender-se a dias, tendo como consequência o surgimento de diversos problemas bucais em decorrência da má higiene (SINGH, et al. 2016).

2.8 ACESSO DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS AOS CUIDADOS ODONTOLÓGICOS

O uso de serviços odontológicos reflete no estado de saúde da população, pois o cuidado e prevenção reduzem os riscos de doenças. A utilização de serviços permite controle e tratamento das doenças bucais, o que ameniza condições de saúde desfavoráveis. O acesso a serviços de saúde é influenciado pela condição social, renda e escolaridade e se tratando das condições de saúde bucal, sofrem influência direta da utilização ou não dos serviços odontológicos e da frequência de uso (LUCHI, 2013).

Nos usuários de substâncias psicoativas, a baixa renda familiar e a baixa escolaridade, contribuem não só para que o indivíduo não procure assistência médica e odontológica em casos de necessidade ou rotina preventiva, mas também aumentam a falta de interesse em cuidados pessoais como higiene bucal e corporal, além de contribuir para que o indivíduo continue com o abuso de drogas (ALVES; NAI; PARIZI, 2013).

D'more, et al. (2011), em um estudo prospectivo para analisar as condições bucais de 563 usuários de diversas substâncias psicoativas, encontraram que 60% dos participantes tinham realizado a última consulta odontológica há mais de um ano e destes, grande parte nem recordava quando tinha acontecido a última visita. Os autores concluíram que o desafio de adesão ao tratamento para dependência de substâncias pode ser facilitado com a oferta de tratamento odontológico que atenda às preocupações de saúde bucal desse público.

Alves et al. (2013), em um estudo para avaliar as condições bucais de 60 dependentes químicos em tratamento em CAPS-ad de São Paulo, encontraram que 98% dos participantes já foram a um cirurgião-dentista em algum momento da vida, porém, apenas 7% estava fazendo algum tipo de tratamento odontológico. 37% da amostra tiveram sua última consulta odontológica entre dois a três anos atrás e 33% foram ao cirurgião-dentista pela última vez a mais de três anos antes da entrevista.

Apesar da gravidade dos problemas de saúde bucal entre os toxicodependentes e os efeitos positivos dos cuidados em saúde bucal no tratamento do vício, a prestação de serviços de saúde bucal para esses pacientes parece enfrentar desafios, incluindo

dificuldade de acesso, falta de condições apropriadas para realização de estudos de saúde bucal, a falta de protocolos de avaliação para detectar patologias orais comuns entre usuários de drogas, falta de interação entre profissionais e setores que prestam cuidados de saúde bucal e geral dos viciados em drogas, a falta de políticas de acesso aos serviços odontológicos e a falta de conhecimento e interesse dos cirurgiões-dentistas nessa área. Os programas de saúde bucal devem ser integrados aos de saúde geral já existentes para esse público (SHEKARCHIZADEH, 2013).

3.1 ARTIGO 1

Determinar a prevalência da dor de origem dentária e sua associação com as variáveis sociodemográficas, qualidade de vida, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e com o consumo de SPAs em usuários de drogas dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS AD) da Grande Vitória-ES, Brasil.

3.2 ARTIGO 2

Determinar a prevalência da utilização do serviço odontológico; avaliar a associação da utilização dos serviços odontológicos com as variáveis sociodemográficas, qualidade de vida, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e com o consumo de SPAs em usuários de drogas dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS AD) da Grande Vitória-ES, Brasil.

4.1 TIPO DO ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA

O estudo foi do tipo quantitativo, analítico e transversal, realizado no período de junho de 2015 a fevereiro de 2016.

4.2 LOCAIS DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos CAPS AD da região metropolitana de Vitória ES, localizados nos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra. Esses municípios possuem o CAPS AD como parte de suas instituições para atender aos indivíduos que necessitam de tratamento para os transtornos gerados pelo consumo de álcool e outras drogas, de acordo com a portaria 3.088/2011, que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (BRASIL, 2011; ESPÍRITO SANTO, 2016).

Os CAPS AD dos municípios de Vila Velha e Serra são da categoria CAPS AD II, indicados para municípios com população acima de 70.000 habitantes. Essas instituições atendem adultos, crianças e adolescentes usuários de crack, álcool e outras drogas. Já o CAPS AD de Vitória, pertence a categoria CAPS AD III, oferecendo atendimento clínico continuado a adultos, com funcionamento 24 horas e no máximo 12 leitos para internação (BRASIL, 2011; ESPÍRITO SANTO, 2016).

4.3 POPULAÇÃO ALVO

Usuários de álcool e outras drogas, que utilizaram algum dos serviços prestados pelos CAPS AD da região metropolitana de Vitória no período de junho de 2015 a fevereiro de 2016.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo indivíduos com 18 anos ou mais, usuários de substâncias psicoativas e que estivessem recebendo algum dos tratamentos oferecidos pelos CAPS AD de Vitória, Vila Velha e Serra.

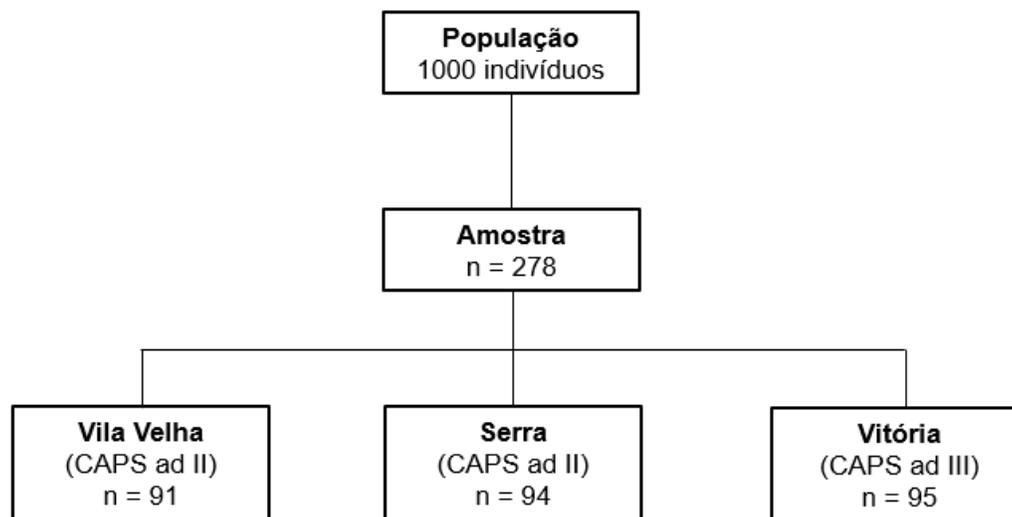
Foram excluídos do estudo, indivíduos que apresentaram qualquer impedimento da coleta adequada dos dados, como problemas psiquiátricos e/ou comportamentais.

4.5 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Para realização do cálculo amostral, foi considerada a população aproximada 1.000 indivíduos no período de estudo, prevalência de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, resultando em um número mínimo de 278 indivíduos a serem incluídos no estudo. A amostra foi dividida proporcionalmente entre os três CAPS AD de acordo com a capacidade e rotatividade de cada um (Figura 1). Para realização do cálculo amostral foi utilizado o programa estatístico Bioestat, versão 3.1 (BIOESTAT, v.3.1).

A amostra foi aleatorizada por meio de um cronograma de visita dos pesquisadores, para que cada centro fosse visitado em todos os dias e horário pré-determinados, garantindo igual participação no estudo a todos os usuários dos serviços.

Figura 1 – Fluxograma do cálculo amostral, Vitória, Serra e Vila Velha, ES, 2015.



4.6 ESTUDO PILOTO

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob o número 764.717. Quarenta e um homens, internos de uma comunidade terapêutica de Vitória-ES, participaram do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A técnica de coleta utilizada foi de entrevista com registro em formulário, realizada por três pesquisadores.

O estudo piloto foi realizado com uma população semelhante, servindo como base para teste do tempo e forma de aplicação dos questionários.

4.7 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados deste estudo foram utilizados cinco roteiros:

1. Roteiro para caracterização sociodemográfica (APÊNDICE B).

Foi desenvolvido um roteiro para coleta das informações sociodemográficas dos participantes, incluindo: idade, gênero, cor, situação conjugal, escolaridade do

participante e do chefe da família (considerando como a pessoa que toma as decisões importantes na casa), condição de moradia, renda mensal da família, recebimento de bolsa-família e município de procedência. Foram coletadas também com esse roteiro, informações sobre o estado de saúde geral nos últimos 30 dias, do consumo de álcool e outras drogas, de auto percepção de dependência e tratamentos anteriores para dependência.

2. Ficha de avaliação da saúde bucal dos participantes (APÊNDICE C).

Foi desenvolvido um roteiro para coleta das informações referentes às condições de saúde bucal do usuário, como necessidade percebida de tratamento, uso e necessidade de prótese dentária, condições de higiene bucal, assim como as informações sobre utilização de serviços odontológicos e dor nos últimos 6 meses.

3. Perfil do impacto da saúde bucal – OHIP-14 (ANEXO A).

O roteiro utilizado, OHIP-14, trata-se de uma versão reduzida do instrumento OHIP. As respostas foram codificadas por meio de uma escala de frequência do tipo Lickert com cinco opções de frequência para cada problema nos últimos 6 meses: sempre, quase sempre, às vezes, poucas vezes e nunca. As avaliações das respostas se deram de forma dicotômica, onde as respostas “às vezes” “poucas vezes” e “nunca” indicam que as condições bucais não impactam na qualidade de vida e as respostas “sempre” e “quase sempre” indicam que essas condições impactam na qualidade de vida do entrevistado.

4. Roteiro referente a qualidade de vida geral - WHOQOL-bref (ANEXO B).

O roteiro WHOQOL-bref trata-se de uma versão reduzida do WHOQOL-100 e foi utilizado para mensurar a qualidade de vida, o roteiro é composto por 26 questões, porém, apenas as duas primeiras questões foram incluídas nas análises desse estudo. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e tem como opções de resposta “muito ruim”, “ruim”, “nem ruim nem boa”, “boa” e “muito boa”, a segunda refere-se à satisfação com a própria saúde, tendo como opção “muito insatisfeito”, “insatisfeito”, “nem satisfeito nem insatisfeito”, “satisfeito”, “muito satisfeito”, essas variáveis foram utilizadas de forma dicotômica.

5. Teste para Triagem do envolvimento com Álcool, Tabaco e outras Drogas -ASSIST (ANEXO C).

O instrumento utilizado é denominado Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias, do inglês *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test - ASSIST*. A elaboração deste instrumento foi coordenada pela Organização Mundial de Saúde. Trata-se de um instrumento de avaliação precoce do padrão de consumo de SPA's na vida e durante os três últimos meses, portanto, foi utilizado para avaliar o padrão de consumo das SPA's na vida e durante os últimos três meses que antecederam a entrevista, permitindo classificar o consumo em uso ocasional, uso sugestivo de abuso e sugestivo de dependência.

O questionário é estruturado, com oito questões referentes ao uso de tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, inalantes, sedativos, alucinógenos e opióides, as questões são referentes a uso na vida, a frequência dos últimos três meses, sobre o desejo ou urgência em usar a droga, dificuldade em controlar, diminuir ou interromper o uso, problemas relacionados ao uso, não cumprimento das obrigações e compromissos devido ao uso, preocupação com o uso por pessoas próximas e o uso de droga injetável.

Cada opção de resposta possui uma pontuação, se a soma apresentar entre 0 e 10 para o álcool e de 0 a 3 para as demais substâncias indica baixo risco, de 11 a 26 para o álcool e 4 a 26 para as demais, indica risco moderado e acima de 26 indica alto risco de dependência.

4.8. VARIÁVEL DEPENDENTE

4.8.1 Artigo 1

Dor de origem dentária.

4.8.2 Artigo 2

Acesso/utilização dos serviços odontológicos.

4.9 VARIÁVEIS INDEPENDENTES DOS ARTIGOS 1 E 2

Quadro 1 – Categorização das variáveis independentes dos artigos (Continua)

Grupo	Variável	Categoria
Variáveis sociodemográficas	Faixa etária	Até 41 anos 42 anos ou mais
	Gênero	Feminino Masculino
	Cor	Branco Não branco
	Estado civil	Casado/União estável Solteiro/Separado/Viúvo
	Anos de estudo do usuário	Até 8 anos 9 anos ou mais
	Anos de estudo do chefe da família	Até 8 anos 9 anos ou mais
	Renda familiar	Até 1 salário mínimo Mais de 1 salário mínimo
	Fonte de Renda	Sem Fonte de Renda Com Fonte de Renda
	Bolsa do governo	Sim Não
	Moradia	Sem Moradia Com Moradia
Variáveis de qualidade de vida	Avaliação da qualidade de vida	Muito ruim/Ruim/regular Boa/Muito boa
Variáveis de qualidade de vida e saúde bucal	OHIP-14	Com impacto Sem impacto

Quadro 1 – Categorização das variáveis independentes dos artigos (Conclusão)

Grupo	Variável	Categoria
Variáveis de consumo de SPAs	Consumo de tabaco	Baixo risco para dependência Alto risco para dependência
	Consumo de álcool	Baixo risco para dependência Alto risco para dependência
	Consumo de maconha	Baixo risco para dependência Alto risco para dependência
	Consumo de cocaína	Baixo risco para dependência Alto risco para dependência
	Consumo de crack	Baixo risco para dependência Alto risco para dependência
	Consumo de crack e cocaína	Baixo risco para dependência Alto risco para dependência

4.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram organizados em planilha no programa Microsoft Office Excel 2010 for Windows. Foi realizada análise descritiva dos dados por meio de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa. A comparação do uso e frequência do uso de drogas e qualidade de vida com os fatores demográficos foi testada através do teste de Fisher. O OR foi utilizado para verificar a força da associação. O nível de significância adotado foi de 5%. Para esta análise foi utilizado o pacote estatístico IBM SPSS 20.

4.11 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi aprovado em 27 de maio de 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob nº 1.081.491/15 (ANEXO D).

As Secretarias de Saúde dos municípios de Vitória (ETSUS), Vila Velha (SEMSA) e Serra (SESA – SERRA), aprovaram a realização da pesquisa por meio da carta de aprovação (ANEXO E; ANEXO F; ANEXO G).

Os propósitos da pesquisa foram descritos clara e detalhadamente no início das reuniões dos grupos nos CAPS AD. Foi assegurado total sigilo de identidade e das informações a serem prestadas assim como foram informados os benefícios e malefícios da participação no estudo, esta se deu de forma voluntária, sendo assegurado o direito a recusa ou abandono da entrevista, se isso fosse da vontade do sujeito. Foi assegurado, que, caso não quisessem participar, não teriam prejuízo em decorrência da escolha. Foi devidamente informado que os resultados desse estudo seriam divulgados em revista científica e/ou congressos nacionais/internacionais.

5.1 PROPOSTA DE ARTIGO 1

Dor de origem dentária em usuários de Substâncias Psicoativas dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas da região metropolitana de Vitória-ES.

Resumo

A dor dentária é um importante problema de saúde pública que vem causando grande incômodo aos usuários de substâncias psicoativas. Objetivou-se verificar a prevalência de dor dentária e suas associações em usuários de substâncias psicoativas dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas da região Metropolitana de Vitória, ES, Brasil. Realizou-se um estudo observacional, transversal com 280 participantes, entre junho de 2015 e fevereiro de 2016. Para coleta dos dados utilizou-se cinco roteiros, um para os dados sócio demográficos e percepção de saúde, outro para saúde bucal, o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), o *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) e o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), os dados foram analisados com o pacote estatístico SPSS 20. A análise descritiva foi realizada através de tabelas de frequência com número e percentual para cada item. A comparação da dor dentária com qualidade de vida e os fatores demográficos foi testada através do teste de Fisher. O *Odds Ratio* (OR) foi utilizado para verificar a força da associação. O nível de significância foi de 5%. A prevalência de dor na população estudada foi de 59,3% e os indivíduos que apresentaram impacto das condições bucais na qualidade de vida, tiveram 2,2 vezes mais chances de relatar dor de dente nos últimos 6 meses. A população estudada apresentou alta prevalência de dor dentária, o estudo aponta que a dor dentária interfere na qualidade de vida dos usuários de substâncias psicoativas que utilizam os serviços dos CAPS ad da região Metropolitana de Vitória.

Descritores: Dor de dente. Saúde bucal. Usuários de drogas.

Abstract

Toothache is an important public health problem that caused great inconvenience to psychoactive substances users. The objective was to verify the prevalence of dental pain and its associations in psychoactive substances users from Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas in Vitoria Metropolitan Region, Brazil. An observational transversal study was conducted with 280 participants between June 2015 and February 2016. Data collection was done using five scripts, one for socio-demographic data and health perception, another for oral health, the Oral Health Impact Profile (OHIP), the Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). The resulting data were analyzed using the SPSS 20 statistical package. The descriptive analysis was performed through frequency tables with number and percentage for each item. The dental pain comparison with life quality and demographic factors was tested using Fisher's test. The Odds Ratio (OR) was used to verify this association strength and the significance level was 5%. The pain prevalence in studied population was 59.3%, and individuals who had an impact on their life quality due their oral conditions were 2.2 times more likely to report toothache in last 6 months. The studied population showed a high dental pain prevalence and the study indicates that dental pain interferes in psychoactive substances users life quality who uses CAPS AD services in Vitória Metropolitan Region.

Keywords: Toothache. Oral health. Drug users.

Introdução

A dor dentária é uma sensação experimentada por pessoas de todas as idades, sendo considerada um importante e relevante problema de saúde pública¹. Colocada como a consequência mais comum das doenças e comprometimentos bucais, tem impacto direto na qualidade de vida dos indivíduos por ela acometidos. Sua associação com fatores socioeconômicos tem se mostrado cada vez mais evidente^{2,3}.

O uso adequado dos serviços de saúde disponíveis é um fator determinante das condições de saúde da população¹. Mesmo a saúde bucal sendo reconhecida como essencial, muitos brasileiros não têm acesso a esse serviço de saúde, em decorrência disso, a população convive com os problemas bucais e suas consequências, como a dor de dente, em seu cotidiano. A grande parcela da população com baixas condições socioeconômicas, não encontra nos serviços públicos de saúde a assistência adequada à resolubilidade dos problemas bucais, enfrentando rotineiramente, a dor de dente e suas consequências⁴.

Muitos estudos têm sido desenvolvidos para avaliar dor dentária, no entanto, o público alvo desses estudos tem se concentrado em pré-escolares², pouco se estuda sobre as consequências bucais do uso de substâncias psicoativas, em especial as ilícitas⁵.

A avaliação da dor dentária em usuários de substâncias psicoativas foi encontrada em poucos estudos internacionais⁶⁻¹³. Grande parte desses estudos mostram que a dor dentária tem causado relevante incomodo aos dependentes químicos, estando entre os principais problemas bucais apresentados por essa população.

Nos últimos anos, o governo brasileiro tem objetivado melhorar a Atenção Primária à Saúde ofertada pelo Sistema Único de Saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF). O Ministério da Saúde incentivou a substituição do modelo de prestação de serviços públicos odontológicos, curativos e direcionados a uma pequena parcela da população, de forma a ser ofertado a todos, por meio da inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF¹⁴. Devido às diretrizes organizacionais, a atenção aos problemas odontológicos apresentados pelos usuários de substâncias psicoativas seria facilitada nas Unidades de Saúde da Família, evitando a evolução para dor.

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) devem executar suas funções ao mesmo tempo que atuam fazendo uma ligação entre o paciente e a sociedade, estando também articulado a outros serviços, como Unidades Básicas de

Saúde, Estratégia Saúde da Família, equipes de saúde mental e hospitais¹⁵. No entanto, os profissionais de odontologia não fazem parte da equipe atuante nos CAPS AD¹⁶, dificultando a referência aos serviços para resolução de problemas bucais, conseqüentemente, a evolução resulta em dor.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo, identificar a prevalência da dor de origem dentária em usuários de substâncias psicoativas, avaliar a associação da dor dentária com as condições sociodemográficas, a qualidade de vida, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e com o consumo de substâncias psicoativas em usuários de drogas dos três Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas da região metropolitana de Vitória-ES.

Metodologia

O estudo realizado foi do tipo analítico, de corte transversal, realizado nos CAPS AD dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, ES, no período de junho de 2015 a fevereiro de 2016.

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, número 1.081.491/15, em 27 de maio de 2015.

Os sujeitos do estudo foram os indivíduos que estavam em acompanhamento devido ao uso de substâncias psicoativas. Foram incluídos no estudo os indivíduos com 18 anos ou mais, e excluídos os que apresentavam comorbidades psiquiátricas ou desvios comportamentais que impedissem a execução adequada da pesquisa.

Foi realizado o cálculo amostral no programa estatístico Bioestat, versão 3.1, considerando a população de 1.000 indivíduos, prevalência de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, chegou-se a um número mínimo para a amostra de 278 sujeitos divididos entre os três CAPS AD. A amostra foi aleatorizada por meio de um roteiro de visita, desenvolvido de forma que a oportunidade de entrevista fosse igual nos três centros.

A técnica de coleta utilizada foi de entrevista com registro em formulário, realizada por três pesquisadores. Foram utilizados cinco roteiros para coleta dos dados, um referente a informações sociodemográficas e um sobre informações de saúde bucal, necessidade e acesso a tratamento odontológico auto relatado, desenvolvidos pelos pesquisadores, além dos questionários OHIP-14, WHOQOL e ASSIST.

O questionário OHIP-14 foi utilizado para coletar os dados sobre impacto da saúde bucal na qualidade de vida. As respostas foram codificadas por meio de uma escala de Lickert, com cinco opções para cada problema apresentado nos últimos 6 meses: sempre, quase sempre, às vezes, poucas vezes e nunca. Foi feita uma avaliação dicotômica das respostas obtidas, onde “às vezes” “poucas vezes” e “nunca” indicam que não houve impacto e “sempre” e “quase sempre” indicam impacto.

A qualidade de vida geral foi medida por meio das duas primeiras questões do instrumento WHOQOL-bref, apesar do roteiro ser composto por 26 questões. Essas variáveis foram utilizadas de forma dicotômica. A primeira relacionada a qualidade de

vida geral, tendo como opções de resposta “muito ruim”, “ruim”, “nem ruim nem boa”, “boa” e “muito boa”, a segunda relacionada a satisfação com a saúde, com as opções “muito insatisfeito”, “insatisfeito”, “nem satisfeito nem insatisfeito”, “satisfeito”, “muito satisfeito”.

O questionário ASSIST foi utilizado para mensurar o uso das substâncias. O ASSIST classifica o uso baixo, moderado e alto risco para dependência. Trata-se de um questionário estruturado, com oito questões referentes ao uso de tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, inalantes, sedativos, alucinógenos e opióides, relacionadas ao uso na vida, a frequência dos últimos três meses, sobre o desejo ou urgência em usar a droga, dificuldade em controlar, diminuir ou interromper o uso, problemas relacionados ao uso, não cumprimento das obrigações e compromissos devido ao uso, preocupação com o uso por pessoas próximas e o uso de droga injetável. As opções possuem uma pontuação, se o resultado da soma ficar entre 0 e 10 para o álcool e de 0 a 3 para as demais substâncias indica baixo risco, de 11 a 26 para o álcool e 4 a 26 para as demais, indica risco moderado e acima de 26 indica alto risco de dependência.

A variável dependente desse estudo, dor de origem dentária nos últimos seis meses, foi extraída do questionário sobre saúde bucal, já as variáveis independentes foram extraídas de quatro instrumentos, variáveis sociodemográficas (gênero, faixa etária, cor, estado civil, escolaridade do usuário, renda familiar, fonte de renda, bolsa do governo, moradia), relacionadas ao estado de saúde e qualidade de vida (estado de saúde nos últimos 30 dias, satisfação com a saúde e auto avaliação da qualidade de vida; obtidos por meio das questões 1 e 2 do questionário WHOQOL), consumo de substâncias (maconha, cocaína, crack, crack/cocaína, álcool e tabaco; obtidas com o questionário ASSIST), impacto das condições bucais na qualidade de vida, extraída do OHIP-14.

Os dados foram organizados em tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens. A comparação do uso e frequência do uso de drogas e qualidade de vida com os fatores demográficos foi testada através do teste de Fisher. O Odds Ratio (OR) foi utilizado para verificar a força da associação. O nível de significância adotado foi de 5%. A análise foi realizada com o pacote estatístico IBM SPSS 20.

Resultados

Participaram do estudo, 280 sujeitos distribuídos proporcionalmente entre os CAPS AD de Vitória (n = 95), Vila Velha (n = 91) e Serra (n = 94). Apenas 2,6% (n = 7) da amostra não reside em nenhum dos municípios referenciados. 74,3% (n = 208) da amostra foi composta por indivíduos do gênero masculino, as idades variam de 19 a 84 anos, com maior concentração nas faixas etárias abaixo dos 51 anos. Quanto ao auto relato da cor, 60% (n = 168) da amostra se considera parda, 21,1% (n = 59) branca e 18,2% (n = 51) negra. 46,1% (n = 129) dos indivíduos eram solteiros, apenas 28,2% (n = 79) da amostra completou o ensino médio (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.

Característica	N	%
Gênero		
Feminino	72	25,7
Masculino	208	74,3
Faixa etária		
Até 32 anos	73	26,1
33 – 41 anos	70	25,0
42 – 51 anos	75	26,8
52 anos ou mais	62	22,1
Raça/Cor		
Branco	59	21,1
Negro	51	18,2
Amarelo	2	0,7
Pardo	168	60,0
Estado civil		
Solteiro	129	46,1
Casado	49	17,5
Comunhão estável	32	11,4
Separado	62	22,1
Viúvo	8	2,9
Escolaridade do usuário		
Até 3 anos de estudo	35	12,5
Ensino fundamental incompleto	98	35,0
Ensino fundamental completo e ensino médio incompleto	68	24,3
Ensino médio completo e acima	79	28,2
Município de residência		
Vitória	90	32,1
Vila Velha	88	31,4
Serra	95	33,9
Outros	7	2,6
Total	280	100,0

Na Tabela 2 é possível observar os dados de percepção do estado de saúde da população estudada. Quando questionados sobre o estado de saúde, apenas 6,8% (n = 19) dos participantes consideraram seu estado de saúde excelente nos últimos 30 dias e 32,9% (n = 92) consideraram ruim, o restante ficou dividido entre bom e satisfatório. Quanto a satisfação com a saúde, apenas 8,6% (n = 24) dos participantes estavam muito satisfeitos. Quanto a qualidade de vida, apenas 5,4% (n = 15) avaliam sua qualidade de vida como muito boa, 27,9% (n = 78) a consideraram ruim.

Tabela 2. Percepção sobre condição de saúde de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.

Característica	N	%
Como considera seu estado de saúde nos últimos 30 dias		
Excelente	19	6,8
Muito bom	8	2,9
Bom	80	28,5
Satisfatório	81	28,9
Ruim	92	32,9
Quão satisfeito está com a sua saúde		
Muito insatisfeito	35	12,5
Insatisfeito	79	28,2
Nem satisfeito, nem insatisfeito	79	28,2
Satisfeito	63	22,5
Muito satisfeito	24	8,6
Como avalia sua qualidade de vida		
Muito ruim	30	10,7
Ruim	78	27,9
Nem ruim, nem boa	88	31,4
Boa	69	24,6
Muito boa	15	5,4

Apesar da alta de prevalência de dor dentária na população estudada (59,3%), não foi encontrada associação estatisticamente significativa quando relacionada com as variáveis sociodemográficas (Tabela 3).

Tabela 3. Dor dentária, segundo dados sociodemográficos de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.

Variável	Com dor		Sem dor		Sig.	OR
	Nº	%	Nº	%		
Sexo						
Masculino	122	58,7	86	41,3	0,412	1,107
Feminino	44	61,1	28	38,9		0,640 – 1,916
Faixa etária						
Até 41 anos	81	56,6	62	43,4	0,213	1,252
42 anos ou mais	85	62,0	52	38,0		0,776 – 2,016
Cor						
Branco	34	57,6	25	42,4	0,441	1,091
Não branco	132	59,7	89	40,3		0,609 – 1,953
Estado civil						
Casado/União estável	59	61,7	31	38,3	0,347	1,154
Solteiro/separado/viúvo	116	58,3	83	41,7		0,680 – 1,959
Anos estudo usuário						
Até 8 anos	100	58,1	72	41,9	0,357	1,131
9 anos ou mais	66	61,1	42	38,9		0,692 – 1,848
Anos estudo chefe						
Até 8 anos	93	58,9	65	41,1	0,272	1,218
9 anos ou mais	61	63,5	35	36,5		0,723 – 2,053
Renda						
Até 1 salário mínimo	93	58,9	65	41,1	0,334	1,148
Mais de 1 salário mínimo	61	63,5	35	36,5		0,705 – 1,868
Fonte de renda *						
Sem fonte de renda	46	61,3	29	38,7	0,389	1,124
Com fonte de renda	120	58,5	85	41,5		0,654 – 1,931
Bolsa do governo						
Sim	21	65,6	11	34,4	0,282	1,356
Não	145	58,5	103	41,5		0,627 – 2,935
Moradia **						
Sem moradia	35	60,3	23	39,7	0,489	1,057
Com moradia	131	57,3	91	42,7		0,586 – 1,907

*Fonte de Renda: sem fonte de renda: trabalho esporádico/bico/esmola/atividade ilícita/prostituição/sem renda. Com fonte de renda: benefício/ajuda da família/ajuda de parceiro/trabalho regular/autônomo. **Moradia: sem moradia: vive na rua ou abrigo. Com moradia: casa própria ou alugada/casa de familiares.

A dor de origem dentária nos últimos seis meses associada com baixo e alto risco para dependência em tabaco, álcool, maconha, cocaína, crack, crack e cocaína associados, não apresentou significância estatística, assim como sua associação com qualidade de vida. Houve associação apenas com o OHIP relacionando a ocorrência de impacto das condições bucais na qualidade de vida com dor de origem dentária. Indivíduos com impacto apresentaram 2,2 vezes mais chances de relatar dor de dente nos últimos 6 meses, OR = 2,2 (Tabela 4).

Tabela 4. Dor dentária, segundo dados de consumo de drogas e qualidade de vida de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.

Variável	Com dor		Sem dor		Sig.	OR
	Nº	%	Nº	%		
Consumo de Tabaco						
Baixo risco	17	60,7	11	39,3	0,521	1,068
Risco/Dependente	136	59,1	94	40,9		0,479 – 2,384
Consumo de Álcool						
Baixo risco	41	58,6	29	41,4	0,493	1,044
Risco/Dependente	124	59,6	84	40,4		0,602 – 1,812
Consumo de Maconha						
Baixo risco	64	63,4	37	36,6	0,082	1,560
Risco/Dependente	51	52,6	46	47,4		0,884 – 2,753
Consumo de Cocaína						
Baixo risco	53	65,4	28	34,6	0,073	1,627
Risco/Dependente	57	53,8	49	46,2		0,896 – 2,954
Consumo de Crack						
Baixo risco	20	69,0	9	31,0	0,200	1,576
Risco/Dependente	86	58,5	61	41,5		0,672 – 3,697
Consumo de Crack e Cocaína						
Baixo risco	24	66,7	12	33,3	0,219	1,453
Risco/Dependente	95	57,9	69	42,1		0,680 – 3,103
Qualidade de Vida						
Muito ruim/Ruim/Regular	114	58,2	82	41,8	0,327	1,168
Boa/Muito boa	52	61,9	32	38,1		0,692 – 1,972
OHIP						
Sem impacto	34	39,5	52	60,5	0,000	2,257
Com impacto	132	68,0	62	32,0		1,923 – 5,525

Discussão

Esse estudo avaliou a dor de origem dentária nos usuários de substâncias psicoativas atendidos nos CAPS AD da região metropolitana de Vitória-ES, e sua relação com a qualidade de vida e uso de drogas. Na amostra de 280 participantes, houve uma prevalência de indivíduos do gênero masculino (74,3%), com idade abaixo dos 52 anos, de cor parda, solteiros, com ensino médio incompleto. Esses dados estão de acordo com estudos realizados em Goiás e em Campina Grande^{17,18}.

A renda familiar no grupo esteve abaixo de dois salários mínimos, e 26,8% dos participantes não recebem nenhum tipo de ajuda, benefício ou trabalham de forma regular. 62,8% vivem com ajuda da família ou algum benefício.

Grande parte da população estudada relatou ter apresentado dor dentária nos últimos 6 meses. Estes resultados corroboram com a literatura, um estudo realizado nos Estados Unidos, encontrou que os usuários de metanfetaminas tem 3,5 vezes mais chances de apresentarem dor de origem dentária quando comparados aos não usuários, e entre os usuários, indivíduos que fazem uso pesado (16-30 vezes nos últimos 30 dias) relataram mais dor de dente⁶.

Um estudo realizado nos Estados Unidos com usuários de álcool, encontrou a dor de dente como o principal motivo para os participantes irem ao cirurgião dentista⁸, outro estudo comparando fumantes e não fumantes, encontrou que os fumantes têm 1,5 vezes mais chances de relatar dor de dente¹². Um estudo mostrou a dor de dente como o principal problema apresentado no último ano por usuários de diversas substâncias, quando comparados a não usuários⁷.

A prevalência de dor dentária nos últimos seis meses na população estudada foi de 59,3%. Não foram encontrados estudos realizados no Brasil, avaliando dor de dente em usuários de drogas; estudos realizados no Espírito Santo, na região sudeste do Brasil e no Brasil, com a população geral, apontam prevalência de dor para os últimos seis meses, inferior a encontrada nesse estudo. Um estudo realizado em Venda Nova do Imigrante-ES encontrou prevalência de dor de 43%¹⁹, em outro, realizado em um município do norte do estado, a dor dentária apresentou prevalência de 46,7%²⁰. Percentual ainda menor apresenta a prevalência de dor dentária encontrada no último

levantamento nacional, onde, para a faixa etária de 35 a 44 anos, a região sudeste do país apresentou 27,5% e a média nacional foi de 30,8%²¹.

Os indivíduos que apresentaram impacto das condições bucais na qualidade de vida, tiveram 2,2 vezes mais chances de relatar dor de dente nos últimos seis meses. A população estudada se declarou insatisfeita com seu estado de saúde e qualidade de vida, no entanto, não foram encontradas associações entre a dor de origem dentária e a qualidade de vida geral, especificamente, embora muitos estudos afirmam que as condições bucais refletem diretamente na qualidade de vida^{1,2,3,5}.

Quando se avaliou a possível associação entre a variável de estudo e o uso de cada substância não foi encontrada associação estatisticamente significativa, esse resultado vai ao encontro de um estudo realizado nos Estados Unidos, com 650 usuários de diversas substâncias psicoativas, onde não foram encontradas associações significantes entre o uso da cada substância com a dor de dente, podendo ser resultado do uso associado de várias substâncias¹¹. Se torna difícil relacionar as alterações bucais encontradas nos dependentes químicos com um tipo específico de substância, isso se deve principalmente ao fato dos indivíduos fazerem uso de várias substâncias ao mesmo tempo⁵.

A baixa renda da população estudada, a preocupação com o estado de saúde, insatisfação com a saúde e qualidade de vida e a alta prevalência de dor dentária, indicam que os usuários de substâncias psicoativas estudados dependem do sistema público de saúde para atender às suas necessidades, especialmente as de saúde bucal. Para que seja dada completa atenção às necessidades dos usuários, os CAPS ad devem atuar de forma conjunta com as UBS e equipes da ESF, porém, estudos realizados em diferentes regiões do Brasil, com equipes da ESF, apontam que os profissionais se encontram despreparados e pouco qualificados para o atendimento a esse público^{22,23}.

Um estudo realizado com o objetivo de avaliar o atendimento aos usuários de drogas no contexto da rede de atenção em saúde mental, a partir de uma ESF, encontrou vários problemas apontados pelos trabalhadores, entre eles a dificuldade de proporcionar acesso a serviço especializado, e quando essa dificuldade era superada, faltavam recursos territoriais para dar continuidade ao tratamento. Os trabalhadores

acreditam que essa situação é reflexo da ausência de impacto das políticas de saúde mental voltadas para os usuários de substâncias na atenção primária em saúde, especialmente na ESF. Além disso, ficou evidente a desconexão do serviço com outros pontos de atenção à saúde mental no município, evidenciando a precariedade de ofertas de ações voltadas para esses indivíduos no território²⁴.

Outro estudo aponta que apesar da gravidade dos problemas de saúde bucal entre os toxicod dependentes e os efeitos positivos dos cuidados bucais no tratamento do vício, a prestação de serviços odontológicos para esses pacientes enfrenta desafios como: dificuldade de acesso, a falta de protocolos de avaliação para detectar patologias orais comuns a essa população, falta de interação entre profissionais e setores que prestam cuidados de saúde bucal e geral a esses indivíduos, a falta de políticas de acesso aos serviços odontológicos e a falta de conhecimento e interesse dos cirurgiões-dentistas nessa área. Os programas de saúde bucal devem ser integrados aos de saúde geral já existentes para esse público²⁵.

É importante pensar na inclusão de profissionais de odontologia qualificados para atuação nos CAPS ad, compondo uma equipe complementar a equipe de saúde mental que já atua nesses espaços, funcionando como um facilitador para a atenção integral aos problemas bucais dos usuários de substâncias psicoativas.

Considerando que a população estudada tem alta prevalência de utilização dos serviços odontológicos e de dor dentária, se faz necessária a ampliação e organização de programas de qualificação ofertados para os cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Básica da Região Metropolitana de Vitória, para que os problemas bucais dos indivíduos usuários de substâncias psicoativas possam ser resolvidos no próprio território a que pertencem, evitando a evolução para dor dentária.

Além da qualificação profissional, é preciso dar condições de trabalho adequadas a esses profissionais, investindo em recursos territoriais que proporcionem continuidade aos tratamentos ofertados pelos CAPS ad.

Se faz necessário o desenvolvimento de estudos que permitam a comparação desse público com uma população de indivíduos não usuários de substâncias, para que melhores associações sejam feitas entre o uso de drogas e a ocorrência de dor dentária.

Conclusão

Os usuários de substâncias psicoativas atendidos nos CAPS AD da região metropolitana de Vitória, apresentam alta prevalência de dor dentária o que indica condições bucais ruins. Indivíduos que apresentam dor de dente estão mais propensos a sofrer impactos das condições bucais na qualidade de vida.

Os profissionais envolvidos no atendimento a esse público precisam conhecer os transtornos bucais por eles enfrentados, para que seja feita a referência à atenção Básica ou Estratégia Saúde da Família, proporcionando um atendimento integral, já que as condições bucais interferem na qualidade de vida desses indivíduos, bem como na lógica da atenção em rede, preconizada pelo Sistema Único de Saúde.

Programas de qualificação profissional precisam ser desenvolvidos para tornarem os profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica, aptos e seguros no atendimento clínico de usuários de substâncias psicoativas.

Referências

1. Hamati F, Rocha JS, Baldani MH. Prevalência de cárie, dor e uso de serviços odontológicos por crianças em áreas com e sem Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2014; 16(3):48-57.
2. Souza JGS, Martins AMEBL. Dental pain and associated factors in Brazilian preschoolers. *Rev Paul Pediatr*. 2016; 34(3):336-42.
3. Peres MA, Iser BPM, Peres KG, Malta DC, Antunes JLF. Desigualdades contextuais e individuais da prevalência de dor dentária em adultos e idosos no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2012; 28(Sup):114-23.
4. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CW, Alves MS. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2006;11(1):211-8.
5. Alves DM, Nai GA, Parizi JLS. Avaliação da ação do uso de drogas na saúde bucal de dependentes químicos. *Colloquium Vitae*. 2013;5(1): 40-58.
6. Murphy DA, Harrell L, Fintzy R, Belin TR, Gutierrez A, Vitero SJ, et al. A Comparison of Methamphetamine Users to a Matched NHANES Cohort: Propensity Score Analyses for Oral Health Care and Dental Service Need. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2014; 1-4.
7. Sheridan J, Aggleton M, Carson T. Dental health and access to dental treatment: a comparison of drug users and non-drug users attending community pharmacies. *British dental journal*. 2001; 191(8):453-57.
8. Khocht A, Schleifer SJ, Janal MN, Keller S. Dental care and oral disease in alcohol-dependent persons. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009;37:214-8.
9. Moreno MVM, Highsmith JDR, Garcia RR, Ruiz MFS, Viñuela AC. Dental profile of a community of recovering drug addicts: Biomedical aspects. Retrospective cohort study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013; 18(4):671-9.
10. Laslett AM, Dietze P, Dwyer R. The oral health of street-recruited injecting drug users: prevalence and correlates of problems. *Addiction*. 2008;103:1821-5.
11. 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. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2011;41(2011):179-85.
12. Riley JM, Tomar SL, Gilbert GH. Smoking and Smokeless Tobacco: Increased Risk for Oral Pain. *The Journal of Pain*. 2004;5(4):218-25.
13. Smit DA, Naidoo S. Methamphetamine abuse: Oral symptoms and dental treatment needs. *SADJ*. 2016;9(4): 148-52.

14. Stocco G, Baldani MH. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil). *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(4): 2311-21.
15. Silveira EAA, Oliveira PP, Correio PM, Santos WJ, Rodrigues AB, Costa, DARS. O cuidado aos dependentes químicos: com a palavra profissionais de saúde de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas. *J Res Fundam. Care.* 2016; 8(2):4347-64.
16. Falcão CAM, Santos RO, Pereira RMS, Silva TSO, Ferreira RS, Silva FWC. et al. Saúde bucal em dependentes químicos. *Rev Interd Ciên Saúde.* 2015: 112-21.
17. Guimarães RA, Silva NL, França DDS, Del-Rios NHA, Carneiro MAS, Teles SA. Comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis em usuários de crack. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015; 23(4):628-34.
18. Costa SKP, Godoy GP, Gomes DQ, Pereira JV, Lins DAU. Fatores Sociodemográficos e Condições de Saúde Bucal em Droga-Dependentes. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2011;11(1):99-104.
19. Miotto MHMB, Silloti JCB, Barcellos LA. Dor dentária como motivo de absenteísmo em uma população de trabalhadores. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(5):1357-63.
20. Miotto MHMB, Barcellos LA, Lopes ZV. Dor de dente como preditor de absenteísmo em trabalhadores de uma indústria de sucos da Região Sudeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(11):3183-90.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal- resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. 2012;180p.
22. Laport TJ, Costa PHA, Mota DCB, Ronzani TM. Percepções e Práticas dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde na Abordagem sobre Drogas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2016; 32(1)143-50.
23. Tonhom SFR, Filho MAA, Belotti LD, Lima JP. Atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas no cenário da Atenção Básica. *Investigação qualitativa em saúde.* 2016; (2): 1098-106.
24. Schneider JF, Roos CM, Olschowsky A, Pinho LB, Camatta MW, Wetzell C. Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(3): 654-61.
25. Shekarchizadeh H. et al. Oral Health of Drug Abusers. *Iranian J. Publ. Health.* 2013; 42(9): 929-40.

5.2 PROPOSTA DE ARTIGO 2

Utilização de serviços odontológicos por usuários de Substâncias Psicoativas dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas da Região Metropolitana de Vitória-ES.

Resumo

A utilização dos serviços odontológicos no Brasil ocorre de forma desigual, apesar dos esforços para que o sistema de saúde seja universal e igualitário. Objetivou-se verificar a prevalência de utilização dos serviços odontológicos e suas associações em usuários de substâncias psicoativas dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas da região Metropolitana de Vitória, ES, Brasil. Realizou-se um estudo observacional, transversal, entre junho de 2015 e fevereiro de 2016, com 280 participantes. Cinco roteiros foram utilizados para coleta dos dados, um para os dados demográficos e percepção de saúde, outro para saúde bucal, o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), o *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) e o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL). Os dados foram organizados em tabelas de frequência com número e percentual para cada item e analisados com o pacote estatístico IBM SPSS 20. A comparação do uso e frequência do uso de drogas e qualidade de vida com os fatores demográficos foi testada através do teste de Fisher. O *Odds Ratio* (OR) foi utilizado para verificar a força da associação. A prevalência da utilização dos serviços odontológicos foi de 32,14% e os indivíduos com alto risco para dependência em crack foram 2,3 vezes mais propensos a não terem utilizado os serviços odontológicos nos últimos 6 meses. A amostra apresentou uma taxa de utilização dos serviços odontológicos surpreendentemente alta e indivíduos com maior risco para dependência em crack utilizam menos os serviços odontológicos.

Descritores: Assistência odontológica. Saúde bucal. Usuários de drogas.

Abstract

Dental services use in Brazil occurs unevenly, despite efforts to make the health system universal and egalitarian. This study purpose was to verify the use of dental services prevalence and their associations in psychoactive substances users of Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas in Vitoria Metropolitan Region, ES, Brazil. An observational transversal study was conducted between June 2015 and February 2016, with 280 participants. Five scripts were used for data collection, one for socio-demographic data and health perception, one for oral health, the Oral Health Impact Profile (OHIP), the Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), and the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Data were organized into frequency tables with number and percentage for each item and analyzed with IBM SPSS 20 statistical package. The comparison of drug use and its frequency, and life quality with demographic factors was tested using Fisher's test . The Odds Ratio (OR) was used to verify the association strength. The use of dental services prevalence was 32.14% and individuals at high risk for crack dependence were 2.3 times more likely not to use dental services in last 6 months. The sample showed a surprisingly high dental services utilization rate and individuals at higher risk for dependence on crack uses less dental services.

Descriptors: Dental care. Oral health. Drug users.

Introdução

Mesmo a saúde bucal tendo sua importância reconhecida, uma porção considerável da população brasileira nunca foi ao cirurgião-dentista. A utilização dos serviços odontológicos no Brasil ocorre de forma desigual, onde o acesso está restrito a uma parcela mais favorecida economicamente, apesar dos esforços para que o sistema de saúde seja universal e igualitário^{1,2}.

Uma redução dessa desigualdade pôde ser observada na comparação dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), realizado nos anos de 1998, 2003 e 2008, que apresentam uma redução de 20% na desigualdade de acesso e utilização dos serviços odontológicos entre os indivíduos com melhor e pior condição econômica no país, no período avaliado. Essa comparação mostra também, que mesmo com essa redução, a procura por serviços odontológicos continua em terceiro lugar entre os motivos de busca por tratamentos em saúde³.

O uso de serviços odontológicos reflete no estado de saúde da população, pois o cuidado e prevenção reduzem a ocorrência de agravos bucais por meio do controle e tratamento das doenças, o que ameniza condições de saúde desfavoráveis, entretanto, o acesso a serviços de saúde é influenciado pela condição social, renda e escolaridade. O grau de escolaridade influencia diretamente nas desigualdades em saúde enfrentadas pela população, podendo ser considerada a principal barreira no acesso aos serviços odontológicos. A condição de saúde bucal está diretamente ligada a utilização dos serviços odontológicos e à frequência de uso⁴.

A baixa renda familiar e a baixa escolaridade afetam com mais intensidade os usuários de substâncias psicoativas quando se trata de acesso aos serviços odontológicos, contribuindo não só para que o indivíduo não procure assistência médica e odontológica em casos de necessidade ou rotina preventiva, mas aumentando a falta de interesse em cuidados pessoais como higiene bucal e corporal, além de contribuir para que o indivíduo continue com o abuso de drogas⁵.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), tem sido foco do governo brasileiro nos últimos tempos, objetivando melhorar a atenção primária em saúde. O Ministério da Saúde incentivou a substituição do modelo de prestação de serviços públicos odontológicos,

de forma que todos tivessem acesso igual, independente de classe social, e que o serviço deixasse de ser curativo, isso se deu por meio da implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF⁶.

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) devem funcionar como lugar de recriação, de construção, que forneça cuidado, acolhimento e que funcione como uma ponte entre o paciente e a sociedade, respeitando as implicações subjetivas e socioculturais de cada um, para que o cuidado parta do próprio indivíduo, a ação do CAPS AD deve estar articulada com outros serviços, como unidades de saúde e hospitais⁷.

Entretanto, os CAPS AD, não possuem como membros de suas equipes, profissionais de Odontologia⁸, o que dificulta a referência aos serviços.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi determinar a prevalência da utilização de serviço odontológico nos últimos 6 meses, pelos usuários de substâncias psicoativas dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas da região metropolitana de Vitória-ES e avaliar a associação da utilização desse serviço com as variáveis sociodemográficas, qualidade de vida, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e o consumo de substâncias psicoativas.

Metodologia

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo no dia 27 de maio de 2015, segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob número 1.081.491/15.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, realizado nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), dos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, ES, no período de junho de 2015 a fevereiro de 2016.

Os convidados a participar desse estudo foram os indivíduos que estavam em acompanhamento devido ao uso de álcool e drogas. Foram incluídos os sujeitos com 18 anos ou mais, e excluídos os que apresentavam comorbidades psiquiátricas ou comprometimentos comportamentais que impedissem a execução da pesquisa.

A amostra mínima de 278 indivíduos foi calculada no programa estatístico Bioestat, versão 3.1, considerando a população de 1.000 indivíduos, prevalência de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. A amostra foi aleatorizada por meio de um roteiro de visita, desenvolvido de forma que a oportunidade de entrevista fosse igual nos três CAPS AD.

Os dados foram coletados por entrevista com registro em formulário, realizada por três pesquisadores. Foram utilizados cinco roteiros para coleta dos dados, um roteiro referente a informações sociodemográficas e um sobre informações de saúde bucal, necessidade e acesso a tratamento odontológico auto relatado, desenvolvidos pelos pesquisadores, assim como os roteiros OHIP-14, WHOQOL e ASSIST.

Para coleta de dados sobre impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi utilizado o questionário OHIP-14, as respostas foram codificadas (escala de Lickert) com cinco opções para cada problema apresentado nos últimos 6 meses: sempre, quase sempre, às vezes, poucas vezes e nunca. As avaliações das respostas se deram de forma dicotômica, onde as respostas “às vezes” “poucas vezes” e “nunca” indicam que não houve impacto e as respostas “sempre” e “quase sempre” indicam impacto.

Para os dados de qualidade de vida geral foi utilizado o questionário WHOQOL-bref, um roteiro composto por 26 questões, apenas as duas primeiras foram utilizadas nesse estudo. A primeira refere-se à qualidade de vida geral e tem como opções de

resposta “muito ruim”, “ruim”, “nem ruim nem boa”, “boa” e “muito boa”, a segunda refere-se à satisfação com a própria saúde, tendo como opção “muito insatisfeito”, “insatisfeito”, “nem satisfeito nem insatisfeito”, “satisfeito”, “muito satisfeito”, utilizadas de forma dicotômica.

Para verificar o consumo das substâncias foi utilizado o questionário ASSIST, um questionário estruturado, com oito questões referentes ao uso de tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, inalantes, sedativos, alucinógenos e opióides; relacionadas ao uso na vida, a frequência dos últimos três meses, sobre o desejo ou urgência em usar a droga, dificuldade em controlar, diminuir ou interromper o uso, problemas relacionados ao uso, não cumprimento das obrigações e compromissos devido ao uso, preocupação com o uso por pessoas próximas e o uso de droga injetável. Cada opção de resposta possui uma pontuação, se a soma apresentar entre 0 e 10 para o álcool e de 0 a 3 para as demais substâncias indica baixo risco, de 11 a 26 para o álcool e 4 a 26 para as demais, indica risco moderado e acima de 26 indica alto risco de dependência.

A variável dependente desse estudo foi utilização do serviço odontológico, extraída do questionário sobre saúde bucal.

As variáveis independentes foram extraídas de quatro instrumentos, variáveis sociodemográficas (gênero, faixa etária, cor, estado civil, escolaridade do usuário, escolaridade do chefe de família, renda familiar, fonte de renda, bolsa do governo, moradia). Dados sobre o estado de saúde e qualidade de vida (estado de saúde nos últimos 30 dias, satisfação com a saúde e auto avaliação da qualidade de vida; foram obtidos com as questões 1 e 2 do questionário WHOQOL). Dados sobre consumo de substâncias (maconha, cocaína, crack, crack/cocaína, álcool e tabaco; através do questionário ASSIST), dados sobre impacto da saúde bucal na qualidade de vida, obtidos com o questionário OHIP-14.

Foi realizada análise descritiva dos dados por meio de tabelas de frequência com número e percentual para cada item dos instrumentos de pesquisa. A comparação do uso e frequência do uso de drogas e qualidade de vida com os fatores demográficos foi testada através do teste de Fisher. A força de associação entre as variáveis foi testada por meio do Odds Ratio (OR). Nível de significância foi de 5%. Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico IBM SPSS 20.

Resultados

Participaram do estudo, 280 sujeitos distribuídos proporcionalmente entre os CAPS AD de Vitória (n = 95), Vila Velha (n = 91) e Serra (n = 94). Apenas 2,6% (n = 7) da amostra não reside em um dos municípios. 74,3% (n = 208) dos participantes são do gênero masculino, com idades entre 19 a 84 anos, com maior concentração abaixo dos 51 anos. 60% (n = 168) da amostra se auto declarou parda, 21,1% (n = 59) branca e 18,2% (n = 51) negra. 46,1% (n = 129) se declararam solteiros, apenas 28,2% (n = 79) completou o ensino médio e 12,5% (n = 35) tinham menos do que três anos de estudo.

Quanto a renda familiar, apenas 6,7% (n = 19) das famílias dos participantes tinham renda superior a três salários mínimos, 34,7% (n = 97) tem renda de até um salário mínimo. Apenas 10,4% (n = 29) da amostra trabalhava de forma regular ou como autônoma, 35,4% (n = 99) recebiam algum tipo de benefício e apenas 3,9% (n = 11), não possuíam renda alguma. 88,6% (n = 248) não recebiam bolsa família. Quanto às condições de moradia, 38,6% (n = 108) viviam em casas próprias, 7,1% (n = 20) viviam em abrigos e 13,6% (n = 38) se encontravam em situação de rua e apenas 7,2% (n = 16) relataram mais de 6 moradores no domicílio (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sobre moradia e renda de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES. (Continua)

Característica	N	%
Renda familiar		
Sem rendimento	40	14,3
Até 1 salário mínimo	97	34,7
Entre 1 – 2 salários mínimos	79	28,2
Entre 2 – 3 salários mínimos	33	11,8
Acima de 3 salários mínimos	19	6,7
Não sabe	12	4,3
Fonte de renda		
Benefícios	99	35,4
Recebe ajuda família/parceiro	77	27,4
Trabalho regular/autônomo	29	10,4
Trabalho esporádico/bico/esmola	47	16,8
Atividade ilícita/Prostituição	17	6,1
Sem renda	11	3,9

Tabela 1. Dados sobre moradia e renda de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES. (Conclusão)

Característica	N	%
Recebe bolsa família		
Sim	32	11,4
Não	248	88,6
Condição da moradia		
Casa própria	108	38,6
Casa de familiares/outros	57	20,3
Casa alugada	57	20,4
Vive na rua	38	13,6
Vive em abrigo	20	7,1
Pessoas morando no domicílio		
Vive sozinha	51	23,0
Até duas pessoas	55	24,8
3 a 5 pessoas	100	45,0
6 pessoas ou mais	16	7,2

Quando questionados sobre dependência química, 78,9% (n = 221) da amostra considera-se dependente químico e 61,8% (n = 173) da amostra já fez algum tratamento anterior para dependência, os tipos de tratamento foram vários, entre eles comunidade terapêutica 48,65% (n = 84), CAPS 17,3% (n = 30), e em clínicas privadas 10,4% (n = 18) (Tabela 2).

Tabela 2. Dados sobre dependência química e comorbidades de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.

Característica	N	%
Se considera dependente químico		
Sim	221	78,9
Não	59	21,1
Já fez tratamento anteriormente para dependência		
Sim	173	61,8
Não	107	38,2
Tipo de tratamento para dependência		
Ambulatório	2	1,2
CAPS	30	17,3
Clínica privada	18	10,4
Comunidade terapêutica	84	48,6
Internação pronto socorro	5	2,9
Hospital	22	12,7
Grupo multi ajuda	12	6,9
Possui alguma comorbidade		
Sim	70	25,0
Não	210	75,0

Quanto a utilização de serviços odontológicos, 96,8% (n = 271) dos indivíduos já foi ao dentista algum vez na vida e 32,1% (n = 90) consultaram o cirurgião-dentista nos últimos 6 meses, nesse mesmo tempo, 59,3% (n = 166) relataram ter sentido dor de dente. A dor dentária foi relatada por 61,3% dos participantes como principal motivo para a realização de consulta odontológica. Quanto à necessidade de tratamento, 96,4% (n = 270) declararam precisar de algum tipo de tratamento dentário, 57,9% (n = 162) relataram necessitar de prótese e apenas 24,3% (n = 69) usavam alguma prótese dentária. Grande parte da população estudada considerou sua higiene bucal boa, 39,3% (n = 110) (Tabela 3).

Tabela 3. Uso de serviços odontológicos por usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.

Característica	N	%
Ida ao dentista na vida		
Sim	271	96,8
Não	9	3,2
Motivo		
Rotina	84	31,0
Dor	166	61,3
Não sabe	21	7,7
Ida ao dentista nos últimos 6 meses		
Sim	90	32,1
Não	190	67,9
Necessidade de tratamento odontológico		
Precisa	270	96,4
Não precisa	9	3,2
Não sabe	1	0,4
Dor dentária nos últimos 6 meses		
Sim	166	59,3
Não	114	40,7
Necessidade de prótese		
Sim	162	57,9
Não	101	36,1
Não sabe	17	6,0
Uso de prótese		
Sim	69	24,6
Não	211	75,4
Higiene bucal		
Boa	110	39,3
Regular	103	36,8
Ruim	67	23,9
Total	280	100,0

Quando relacionada a variável uso do serviço odontológico nos últimos seis meses com as variáveis sociodemográficas da população estudada, não foram encontradas associações estatisticamente significantes (Tabela 4).

Tabela 4. Uso de serviços de odontologia segundo dados sociodemográficos de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.

Variável	Utilizou		Não utilizou		Sig.	OR
	Nº	%	Nº	%		
Gênero						
Masculino	143	68,8	65	31,2	0,343	1,170 0,664 – 2,063
Feminino	47	65,3	25	34,7		
Faixa etária						
Até 41 anos	98	68,5	45	31,5	0,453	1,065 0,645 – 1,759
42 anos ou mais	92	67,2	45	32,8		
Cor						
Branco	41	69,5	18	30,5	0,446	1,101 0,591 – 2,049
Não branco	149	67,4	72	32,6		
Estado civil						
Casado/União estável	58	71,6	23	28,4	0,238	1,280 0,727 – 2,253
Solteiro/Separado/ Viúvo	132	66,3	67	33,7		
Anos estudo usuário						
Até 8 anos	117	68,0	55	32,0	0,521	1,020 0,610 – 1,707
9 anos ou mais	73	67,6	35	32,4		
Anos estudo chefe						
Até 8 anos	105	68,5	53	33,5	0,280	1,225 0,707 – 2,123
9 anos ou mais	68	70,8	28	29,2		
Renda						
Até 1 salário mínimo	95	69,3	42	30,7	0,303	1,184 0,709 – 1,975
Mais de 1 salário mínimo	86	65,6	45	34,4		
Fonte de renda*						
Sem fonte de renda	46	61,3	29	38,7	0,103	1,488 0,856 – 2,584
Com fonte de renda	144	70,2	61	29,8		
Bolsa do governo						
Sim	22	68,8	10	31,3	0,542	1,048 0,474 – 2,316
Não	168	67,7	80	32,3		
Moradia**						
Sem moradia	20	34,5	38	65,5	0,389	1,143 0,610 – 2,105
Com moradia	70	31,5	152	68,5		

*Fonte de Renda: sem fonte de renda: trabalho esporádico/bico/esmola/atividade ilícita/prostituição/sem renda. Com fonte de renda: benefício/ajuda da família/ajuda de parceiro/trabalho regular/autônomo. **Moradia: sem moradia: vive na rua ou abrigo. Com moradia: casa própria ou alugada/casa de familiares.

Na avaliação da possível associação da utilização do serviço odontológico com qualidade de vida geral e impacto da saúde bucal na qualidade de vida não foi

encontrada associação estatisticamente significativa, assim como quando se avaliou a possível associação com o uso de substâncias específicas, como maconha, cocaína, e o consumo associado de cocaína e crack. Porém, o uso sugestivo de dependência em crack apresentou associação significativa, onde indivíduos com alto risco para dependência em crack apresentaram 2,3 vezes mais chances de não ter utilizado serviços odontológicos nos últimos 6 meses (Tabela 5).

Tabela 5. Utilização de serviços de Odontologia, segundo dados de consumo de drogas e qualidade de vida de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Vitória-ES.

Variável	Não procura		Procura		Sig.	OR
	Nº	%	Nº	%		
Consumo de Tabaco						
Baixo risco	18	64,3	10	35,7	0,320	1,323
Risco/Dependente	162	70,4	68	29,6		0,581 – 3,012
Consumo de Álcool						
Baixo risco	49	70,0	21	30,0	0,397	1,133
Risco/Dependente	140	67,3	68	32,7		0,630 – 2,040
Consumo de Maconha						
Baixo risco	68	67,3	33	32,7	0,395	1,138
Risco/Dependente	68	70,1	29	29,9		0,623 – 2,075
Consumo de Cocaína						
Baixo risco	55	67,9	26	32,1	0,293	1,255
Risco/Dependente	77	72,6	29	27,4		0,667 – 2,364
Consumo de Crack						
Baixo risco	15	51,7	14	48,3	0,033	2,331
Risco/Dependente	105	71,4	42	28,6		1,036 – 5,263
Consumo de Crack e Cocaína						
Baixo risco	24	66,7	12	33,3	0,356	1,245
Risco/Dependente	117	71,3	47	28,7		0,576 – 2,688
Qualidade de Vida						
Muito ruim/Ruim/Regular	137	69,9	59	30,1	0,164	1,358
Boa/Muito boa	53	63,1	31	36,9		0,793 – 2,326
OHIP						
Sem impacto	58	67,4	28	32,6	0,513	1,028
Com impacto	132	68,0	62	32,0		0,597 – 1,770

Discussão

No presente estudo, houve uma prevalência de indivíduos do gênero masculino, com idade abaixo dos 52 anos, de cor parda, solteiros, com ensino médio incompleto, esses dados estão de acordo com a literatura^{9,10}, prevalece também a baixa renda familiar (maioria abaixo de dois salários mínimos) e o grande número de indivíduos sem trabalho regular ou autônomo. Esses dados se assemelham aos de um estudo realizado em dois CAPS Ad de São Paulo, onde a amostra apresentou as mesmas características, significando que o uso de substâncias psicoativas atinge um grande número de indivíduos em fase ativa da vida laboral. Os dados de renda familiar e escolaridade contribuem não só para que o indivíduo permaneça no vício, mas para que não procure assistência médica e nem odontológica⁵.

Quando questionados sobre dependência química, 78,9% da amostra se considera dependente químico, 61,8% já fez algum tipo de tratamento anterior para dependência, sendo a maioria desses tratamentos em comunidades terapêuticas (48,6%). Esses dados podem ser explicados pelo fato de existirem muitas Comunidades Terapêuticas no Brasil, sem um sistema de fiscalização adequado para essas instituições, e embora tenham sua origem histórica, conceitual e metodológica baseada nos princípios da Luta Antimanicomial e na Reforma Psiquiátrica, muitas não oferecem tratamento digno e de qualidade¹¹.

Em relação ao uso do serviço odontológico, 96,8% dos entrevistados já foram ao cirurgião-dentista alguma vez na vida, porém, 67,9% não o consultaram nos últimos 6 meses; 61,3% da amostra relatou a dor dentária como o principal motivo para consultar um cirurgião-dentista. A prevalência de utilização dos serviços odontológicos nos últimos 6 meses foi de 32,14%. Um estudo realizado na China, mostra que 89,89% dos participantes não tinham consultado um dentista no último ano¹², em um estudo realizado nos Estados Unidos, 32% dos participantes foram ao dentista nos últimos 6 meses¹³, a população estudada está com utilização semelhante à que foi encontrada nos Estados Unidos.

Quando analisamos a taxa de utilização do serviço odontológico na população geral, encontramos em um estudo realizado em Florianópolis, SC, uma taxa de utilização de serviço odontológico no último ano, de 66,8%¹⁴. Dados da região sudeste do Brasil, mostram uma taxa de uso do serviço odontológico no último ano, de 46,5% no grupo

de 35 a 44 anos, a média nacional nesse mesmo grupo foi de 49,1% para os últimos 12 meses¹⁵.

Os diferentes pontos de corte encontrados para relatar a utilização de serviços odontológicos por dependentes químicos acabam por limitar as comparações com alguns estudos já realizados.

Levando em consideração que os dados coletados neste estudo foram referentes aos seis meses anteriores a data da entrevista e que os dados acima citados referenciam o último ano, a prevalência de utilização do serviço de 32,14% na população estudada, poderia se aproximar à da população geral se considerado o ano anterior. O fato de a população estudada apresentar boa taxa de utilização do serviço, porém com alta prevalência de dor dentária (59,3%) e grande necessidade de tratamento odontológico, sugere que os usuários de substâncias psicoativas dos CAPS ad da Região Metropolitana de Vitória tiveram acesso aos serviços odontológicos, porém as necessidades bucais não foram atendidas.

Em um estudo realizado com duas equipes da ESF no interior de São Paulo, com o objetivo de identificar como é realizado o atendimento do usuário de drogas na atenção básica, ficou constatado que a identificação dos pacientes como usuários de substâncias psicoativas por parte dos profissionais é carregada de preconceitos, sendo realizado um acolhimento ao indivíduo, porém, com grandes fragilidades em proporcionar um cuidado integral¹⁶.

Outro estudo realizado em Fortaleza, no Ceará, mostrou a dificuldade que os profissionais da ESF têm em estabelecer vínculos com usuários de crack e que o preconceito por parte dos profissionais, contribui para que estes permitam a centralização da assistência no serviço especializado, como o CAPS ad, acreditando que o modelo institucionalizante é a alternativa mais eficaz¹⁷.

O CAPS AD deve ofertar seus serviços sempre em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde e também a Estratégia Saúde da Família, de forma a atender todas as necessidades dos indivíduos que utilizam esses espaços. A falta de um profissional de odontologia dentro dos CAPS ad, passa para os demais profissionais que atuam na instituição, a responsabilidade de referenciar os usuários de substâncias ao setor de saúde bucal da ESF.

Pesquisas envolvendo usuários de substâncias psicoativas e cirurgiões-dentistas, devem ser realizadas com o objetivo de avaliar a resolutividade dos serviços odontológicos e o acolhimento ofertado a esse público.

Quando questionados sobre a necessidade de tratamentos dentários, 96,4% da amostra relatou precisar de algum tipo de tratamento odontológico e 57,9% relatou a necessidade de usar algum tipo de prótese dentária. Os dados corroboram com um estudo realizado nos Estados Unidos onde 44% dos indivíduos relataram ter acesso apenas a tratamentos odontológicos básicos, sem acesso a serviço especializado, e um dos principais motivos para visitar o dentista foi a dor de dente¹⁸. Outro estudo realizado nos Estados Unidos mostra que 81% dos usuários de substâncias avaliam sua condição dental como ruim, precisando melhorar¹⁹.

Apesar do grande número de indivíduos relatando dor nos últimos 6 meses e da percepção de necessidade de tratamento dentário por quase todos os participantes, apenas 23,9% consideraram sua higiene bucal ruim.

Não foram encontradas associações estatisticamente significantes quando relacionada a variável de estudo com os dados sociodemográficos. Um estudo realizado nos Estados Unidos encontrou associação entre ter concluído o ensino médio com menor relato de necessidade de atendimento odontológico de urgência¹³, não foram encontrados mais relatos de associação dessas variáveis na literatura pesquisada.

Relacionando a variável de estudo com qualidade de vida geral e impacto da saúde bucal na qualidade de vida não foi encontrada associação estatisticamente significativa, assim como quando se verificou a possível associação com o uso de substâncias específicas, como álcool, tabaco, maconha, cocaína, e o consumo associado de cocaína e crack.

Quando se verificou a possível associação do uso de substâncias específicas com a utilização dos serviços odontológicos, foi encontrada associação estatisticamente significativa para o uso com alto risco de dependência em crack, estando esses indivíduos, 2,3 vezes mais propensos a relatarem a não utilização dos serviços odontológicos nos últimos 6 meses. Dos estudos encontrados na literatura, apenas um realizado no Estados Unidos com 563 usuários de diversas substâncias, testou o uso do serviço com o consumo de substâncias, não encontrando associação

estatisticamente significativa entre o uso de drogas específicas e o tempo desde a última visita ao dentista²⁰.

A realização de estudos com um desenho que permita a comparação do público estudado com indivíduos que não fazem uso de álcool e drogas, assim como estudos com os cirurgiões-dentistas que atuam na atenção básica, se fazem necessários para entender melhor a relação entre a utilização dos serviços odontológicos e o uso de substâncias psicoativas.

Conclusão

Os indivíduos em tratamento decorrente do uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas da região metropolitana de Vitória, apresentam uma taxa de utilização de serviços odontológicos surpreendentemente alta. O estudo aponta que indivíduos com alto risco para dependência de crack utilizam menos os serviços de saúde bucal.

Este estudo sugere que o acesso ao serviço não se traduz em resolutividade e que pouca atenção é dada aos cuidados bucais dos usuários dos serviços dos CAPS AD da Grande Vitória; as Unidades Básicas de saúde e Estratégia Saúde da Família precisam acolher e criar vínculos permanentes para que todas as necessidades de saúde dos indivíduos usuários de substâncias psicoativas sejam atendidas, sob a lógica do SUS.

Uma atenção maior deve ser dada aos indivíduos que apresentam dependência de crack, já que o estudo aponta que os pacientes dos CAPS AD da Região Metropolitana de Vitória com dependência em crack utilizaram menos os serviços odontológicos.

Os profissionais da atenção básica, em especial os cirurgiões-dentistas, necessitam de qualificação para proporcionarem atendimento integral e continuado aos usuários de substâncias psicoativas, que procuram ou são referenciados ao serviço.

Referências

1. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:709-17.
2. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:999-1010.
3. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública* 2012; 46:250-58.
4. Luchi CA, Peres KG, Bastos JL, Peres MA. Auto avaliação da saúde bucal em adultos. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(4):740-51.
5. Alves DM, Nai GA, Parizi JLS. Avaliação da ação do uso de drogas na saúde bucal de dependentes químicos. *Colloquium Vitae*. 2013;5(1): 40-58.
6. Stocco G, Baldani MH. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(4): 2311-21.
7. Silveira EAA, Oliveira PP, Correio PM, Santos WJ, Rodrigues AB, Costa, DARS. O cuidado aos dependentes químicos: com a palavra profissionais de saúde de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas. *J Res Fundam Care*. 2016; 8(2):4347-64.
8. Falcão CAM, Santos RO, Pereira RMS, Silva TSO, Ferreira RS, Silva FWC. et al. Saúde bucal em dependentes químicos. *Rev Interd Ciênc Saúde*. 2015; 112-21.
9. Costa SKP, Godoy GP, Gomes DQ, Pereira JV, Lins DAU. Fatores Sociodemográficos e Condições de Saúde Bucal em Droga-Dependentes. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2011; 11(1):99-104.
10. Guimarães RA, Silva NL, França DDS, Del-Rios NHA, Carneiro MAS, Teles SA. Comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis em usuários de crack. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(4):628-34.
11. Perrone PAK. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(2):569-80.
12. Ma H, Shi X, Hu D, Li X. The poor oral health status of former heroin users treated with methadone in a Chinese city. *Med Sci Monit*. 2012; 18(4):51-5.

13. Robbins JL, Wenger L, Lorvick J, Shibosk C, Kral AH. Health and Oral Health care needs and health care-Seeking Behavior Among Homeless Injection drug Users in San Francisco. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2010; 87(6):920-30.
14. Miranda CDC, Peres MA. Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(11):19-32.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal- resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. 2012; 180p.
16. De Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Albuquerque RA. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicologia em Estudo*. 2014;19(2):223-33.
17. Tonhom SFR, Filho MAA, Belotti LD, Lima JP. Atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas no cenário da Atenção Básica. *Investigação qualitativa em saúde*. 2016;(2): 1098-1106.
18. Khocht A, Schleifer SJ, Janal MN, Keller S. Dental care and oral disease in alcohol-dependent persons. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009; 37: 214-18.
19. Rommel N, Rohleder NH, Wagenpfeil S, Haertel-Petri H, Kesting MR. Evaluation of methamphetamine-associated socioeconomic status and addictive behaviors, and their impact on oral health. *Addictive Behaviors*. 2015; 50(2015):182-7.
20. 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. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2011; 41(2011): 179-85.

Os usuários de substâncias psicoativas atendidos nos CAPS AD da região metropolitana de Vitória, apresentam alta prevalência de dor dentária e a taxa de utilização dos serviços odontológicos dentro dos padrões para a região estudada; esses dados sugerem que esses indivíduos apresentam condição bucal ruim, que está resultando em problemas que não estão sendo resolvidos, nesse caso, a dor de dente, e que esses problemas estão gerando impactos na qualidade de vida desses sujeitos.

Nas equipes de profissionais que atuam nos CAPS AD, não estão incluídos profissionais de odontologia, portanto, os profissionais envolvidos no atendimento a esse público precisam estar atentos às condições bucais para referencia-los à Atenção Básica ou Estratégia Saúde da Família, em especial os que apresentam alto risco para dependência de crack.

Os cirurgiões-dentistas que atuam na ESF devem proporcionar atenção adequada e continuidade do tratamento aos usuários de substâncias psicoativas atendidos nos CAPS ad da Grande Vitória, de forma a atender todas as necessidades em saúde bucal apresentadas por esses indivíduos.

Se faz necessário um investimento em qualificação profissional para que os cirurgiões-dentistas que atuam na ESF da Grande Vitória, sintam-se aptos e seguros a oferecer atendimento clínico aos usuários de substâncias psicoativas, ampliando seus conhecimentos e evitando preconceitos.

A atenção à saúde bucal pode colaborar para adesão ao tratamento para dependência assim como pode proporcionar aos dependentes químicos em tratamento, maior confiança e firmeza para enfrentarem os desafios diários de reinserção e adequação social.

REFERÊNCIAS

ALBINI, B. M. 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.

ALVES, D, M. NAI, G, A. PARIZI, J, L, S. Avaliação da ação do uso de drogas na saúde bucal de dependentes químicos. **Colloquium Vitae**, v. 5, n. 1, p. 40-58, 2013.

ALVES, R. KOSSOBUDZKY, L. A. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba. **Interação em Psicologia**, v.6, n.1, p. 65-79, 2002.

ANTONIAZZI, R. P. et al. Efeito do crack nas condições bucais: revisão de literatura. **Braz. J. Periodontol.** v. 23, n.1, p. 13-18, 2013.

BRASIL, Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. Resultados preliminares. 2013.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social / Supervisão Técnica e Científica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – **SENAD**. Responsáveis Técnicos Lísia Von Diemen, Sílvia Chwartzmann Halpern e Flávio Pechansky - UFRGS. – Brasília, SENAD, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jan. 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.htm> Acesso em: 22 de julho 2016.

_____. 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. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 28 de julho de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. **Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Ministério da Saúde**, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**-resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. 180p, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 224**. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento hospitalar (SHI). Hospital-Dia CAPSNAPS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção I, p. 1168-70, 29 Jan 1992.

_____. **Portaria nº 336/GM**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção I, p. 24, 19 Fev 2002.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, D. A. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc. Saude Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

CARLINI, E. A. et al. Drogas Psicotrópicas - O que são e como agem. **Revista IMESC**, n. 3, p. 9-35, 2001.

CASOTTI, E. et al. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de distúrbios com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1573-1582, 2015.

CAVALCANTE, M. B. P. T.; ALVES, M. D. S. A.; BARROSO, M. G. T. Adolescência, Álcool e Drogas: Uma Revisão na perspectiva da Promoção da Saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 12, n. 3, p. 555-559, 2008.

CIMA, T.; CORRÊA, K. Alterações bucais em dependentes químicos. **J. Oral Invest.** v. 3, n. 2, p. 8-12, 2014.

COLODEL, E. V. et al. Alterações bucais presentes em dependentes químicos. **Rev. Sul-Brasileira Odontol.** 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.

D'AMORE, M. M. et al. Oral health of substance-dependent individuals Impact of specific substances. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 41, p. 179-185, 2011.

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.

DE PAULA, M. L, et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 2, p. 223-233, 2014.

ESPÍRITO SANTO, Portal do cidadão. <http://www.es.gov.br/Cidadao/Paginas/dependentes_quimicos.aspx>. Acesso em: 20 de Julho de 2016.

FALCÃO, C. A. et al. Saúde bucal em dependentes químicos. **Rev. Interd. Ciên. Saúde**, 2015.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev. Saude Publica**, v. 39, n. 6, p. 930-6, 2005.

FERREIRA, A. A. A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 211-218, 2006.

FERREIRA, P. S.; LUIS, V. M. A. Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 209-216, 2004.

FLECK, M. P. A, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.2, p. 178-183, 2000.

FORMIGONI, M. L. O. S (Coord.). **Efeitos de substâncias psicoativas**: módulo 2. 9. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016. 146 p.

FREIRE, M.S. **Infância e Adolescência**: Em cena a rede de Atenção do Município de Serra-ES. 2013. 115f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.

GABORADO, M. C. L.; MOYSES, S. T.; MOYSES, S, J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto de saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 33, n. 6, p. 439-445, 2013.

GUIMARÃES, R. A. et al. Comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis em usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 628-634, 2015.

HAMATI, F; ROCHA, J. S; BALDANI, M. H. Prevalência de cárie, dor e uso de serviços odontológicos por crianças em áreas com e sem Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 16, n. 3, p. 48-57, 2014.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do Teste de Triagem do Envolvimento com Alcool, Cigarro e outras substancias (ASSIST). **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

HOUT, M, C, V.; HEARNE, E. Oral health behaviours amongst homeless people attending rehabilitation services in Ireland. **Tournai of the Irish Dental Association**, v. 60, n.3, p. 144-149, 2014.

KHOCHT, A. et al. Dental care and oral disease in alcohol-dependent persons. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 37, p. 214-218, 2009.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira (LENAD)**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, 2007.

LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento Nacional de álcool e drogas (LENAD) – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas – UNIFESP, 2014.

LAPORT, T. J, et al. Percepções e Práticas dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde na Abordagem sobre Drogas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 1, p. 143-150, 2016.

LASLETT, A. M.; DIETZE, P.; DWYER, R. The oral health of street-recruited injecting drug users: prevalence and correlates of problems. **Addiction**, v. 103, p. 1821-1825, 2008.

LUCHI, C. A, et al. Auto avaliação da saúde bucal em adultos. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 740-751, 2013.

MACEDO, I. A. B.; COSTA, S. S. Saúde bucal e sua influência na qualidade de vida do trabalhador: uma revisão de artigos publicados a partir do ano de 1990. **Rev. Bras. Med. Trab.** v. 13, n. 1, p. 2-12, 2015.

MA, H, et al. The poor oral health status of former heroin users treated with methadone in a Chinese city. **Med. Sci. Monit.** v. 18, n. 4, p. 51-55, 2012.

MARDEGAN, P. S, et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de enfermagem. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 56, n. 4, p. 260-266, 2007.

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.

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

MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A.; LOPES, Z. V. Dor de dente como preditor de absenteísmo em trabalhadores de uma indústria de sucos da Região Sudeste do Brasil. **Ciênc. Saude Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3183-3190, 2013.

MIOTTO, M. H. M. B.; SILLOT, J. C. B.; BARCELLOS, L. A. Dor dentária como motivo de absenteísmo em uma população de trabalhadores. **Ciênc. Saude Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1357-1363, 2012.

MIRANDA, C. D. C.; PERES, M. A. Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2319-2332, 2013.

MORENO, M. V. M, 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.

MURPHY, D. A. et al. A Comparison of Methamphetamine Users to a Matched NHANES Cohort: Propensity Score Analyses for Oral Health Care and Dental Service Need. **Journal of Behavioral Health Services & Research**, p.1-14, 2014.

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

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL). 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol3.html>>. Acesso em: 4 de outubro de 2016.

PASUCH, C.; OLIVEIRA, M. S. Levantamento sobre o uso de drogas por estudantes do ensino médio: Uma revisão sistemática. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos**, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 183-195, 2014.

PEREIRA, D. S, et al. Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 57, n. 3, p.188-195, 2008.

PEREIRA, M. A.T. **Uso de substâncias psicoativas e condições de saúde bucal de adolescentes em conflito com a lei**. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

PERES, M. A. et al. Desigualdades contextuais e individuais da prevalência de dor dentária em adultos e idosos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, p. 114-123, 2012b.

PERES, K. G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 250-8, 2012a.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 569-580, 2014.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, p. 999-1010, 2006.

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.

RILEY, J. M.; TOMAR, S. L.; GILBERT, G. H. Smoking and Smokeless Tobacco: Increased Risk for Oral Pain. **The Journal of Pain**, v. 5, n. 4, p. 218-225, 2004.

ROBBINS, J. L. et al. Health and Oral Health care needs and health care-Seeking Behavior Among Homeless Injection drug Users in San Francisco. **Journal of Urban**

Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, v. 87, n. 6, p. 920-930, 2010.

ROMMEL, N. et al. Evaluation of methamphetamine-associated socioeconomic status and addictive behaviors, and their impact on oral health. **Addictive Behaviors**, v. 50, n. 2015, p. 182–187, 2015.

SANCEVERINO, S. L.; ABREU, J. L. C. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no Município de Palhoça 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1047-1058, 2004.

SANCHEZ, Z. V. D. M. et al. O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 699-708, 2010.

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.

SHERIDAN, J.; AGGLETON, M.; CARSON, T. Dental health and access to dental treatment: a comparison of drug users and non-drug users attending community pharmacies. **British dental jornal**, v. 191, n. 8, p. 453-457, 2001.

SILVEIRA, E. A. A. et al. O cuidado aos dependentes químicos: com a palavra profissionais de saúde de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas. **J. Res. Fundam. Care. Online**, v. 8, n. 2, p. 4347-4364, 2016.

SINGH, R. et al. Evaluation of oral health status among drug addicts in rehabilitation center. **International Archives of Integrated Medicine (IAIM)**, v. 3, n. 3, p. 65-69, 2016.

SIQUEIRA, M. M. Dependência química cresce entre mulheres e prejudica saúde feminina. **Cad. ADUFES**, v. 83, n. 6, 2011.

SLADE, G. D. Derivation and validation of short-form oral health impact profile. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.** n. 25, p. 284-290, 1997.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the oral health impact profile. **Comm. Dent. Health**, v. 11, p. 3-11, 1994.

SMIT, D. A.; NAIDOO, S. Methamphetamine abuse: Oral symptoms and dental treatment needs. **SADJ**, v. 9, n. 4, p. 148-152, 2016.

SOUZA, J. G. S.; MARTINS, A. M. E. B. L. Dental pain and associated factors in Brazilian preschoolers. **Rev. Paul. Pediatr.** v. 34, n. 3, p. 336-342, 2016.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS AD: o ecomapa como recurso. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 373-383, 2009.

STOCCO, G.; BALDANI, M. H. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2311-2321, 2011.

TEIXEIRA, R. F, et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. **Ciênc. Saude Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 655-662, 2010.

TSUDA, C. A.; CHRISTOFF, A. O. Avaliação do padrão de uso de estimulantes em uma faculdade de Curitiba-PR. **Cad. Esc. Saúde**, v. 1, n. 13, p.116-132, 2015.

TONHOM, S. F. R, et al. Atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas no cenário da Atenção Básica. **Investigação qualitativa em saúde**, n. 2 p. 1098-1106, 2016.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report**. New York: United Nations Publication, 2015.

WANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. A relação familiar como fator de risco ou proteção para uso de drogas ilícitas. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. v. 13, n. 4, p. 60-68, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL-BREF**: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version. Geneva: WHO; 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)**: manual for use in primary care, 2010.

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 Motta.

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 das 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 de 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 identificado 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 vamos, 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 Motta no TELEFONE 3335-7238 ou endereço Curso de Odontologia na Av. Marechal Campos 1468, Maruípe, Vitória. Caso não consiga contatar o pesquisador (a) ou para relatar algum problema, posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCSUFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou correio, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa em Saúde Humana, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio de Administração do CCS, CEP 29.040-090, 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 Motta, declaro ter cumprido as exigências do (a) item (x) IV.3 e IV.4, da Resolução CNS 468/12, 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? _____	
2 - Qual seu sexo?	
3 - Como você se classifica em relação a sua cor?	
4 - Qual a sua situação conjugal?	
5 - Até que série você estudou?	
6 - Quantidade de pessoas que vivem na casa:	
7 - Situação Econômica da família (Renda Familiar mensal)	
8 - Grau de instrução do chefe da família	
9 - Profissão do Chefe da Família (Mencionar mesmo que desempregado)	
10 - Qual a sua ocupação/trabalho principal atualmente?	
11 - Nos últimos 30 dias, quais foram suas fontes de dinheiro? _____	
12 - Atualmente onde você mora? Outros: _____	
13 - Qual seu município de Procedência? Outros _____	
B) Informações sobre Uso de Drogas	
14 - Com que idade (anos) você iniciou o uso de (0 Nunca usou 1 Não se lembra):	
a- Derivados do tabaco _____	
b- Bebidas alcoólicas _____	
c- Maconha _____	
d- Cocaína inalada/ cheirada _____	
e- Cocaína fumada _____	
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy _____	
g- Inalantes _____	
h- Hipnóticos/sedativos _____	
i- Drogas alucinógenas _____	
j- Opióides _____	
k- Outras. Especificar: _____	
15 - Com que idade (anos) você interrompeu o uso de (0 Nunca usou 1 Não se lembra):	
a- Derivados do tabaco _____	
b- Bebidas alcoólicas _____	
c- Maconha _____	
d- Cocaína inalada/ cheirada _____	
e- Cocaína fumada _____	
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy _____	
g- Inalantes _____	
h- Hipnóticos/sedativos _____	
i- Drogas alucinógenas _____	
j- Opióides _____	
k- Outras. Especificar: _____	
16 - Você se considera dependente químico?	
17 - Já fez tratamento anteriormente para a dependência química?	
18 - Qual o tipo de tratamento?	
C) Informações sobre sua Saúde	
19 - Como você classifica seu estado de saúde geral nos últimos 30 dias?	

APÊNDICE C – Ficha de avaliação da saúde bucal

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO	Inquérito Epidemiológico – Ficha de exame	Data do exame: ____/____/____
Município () Vitória () Vila Velha () Serra	Sexo [] (1-masculino 2-feminino)	Ficha n° _____
Data de nascimento: ____/____/____		

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-boa 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: _____

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 – WHOQOL-BREF

Responda cada questão escolhendo a melhor alternativa

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você diria avaliaria sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas duas últimas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Bom	Bom	Muito Bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas?

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

**ANEXO C – TESTE PARA TRIAGEM DO ENVOLVIMENTO COM FUMO, ALCOOL
E OUTRAS DROGAS – ASSIST 3.0**

1 – Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	Não	Sim
a- Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	3
b- Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas destiladas como pinga, uísque, vodka, vermute...)	0	3
c- Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	3
d- Cocaína inalada/ cheirada (pó, branquinha, nuvem...)	0	3
e- Cocaína fumada (crack, pedra...)	0	3
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	3
g- Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	3
h- Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	3
i- Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	3
j- Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	3
k- Outras. Especificar: _____	0	3

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa (s) substância (s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 Vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a- Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	2	3	4	6
b- Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas destiladas como pinga, uísque, vodka, vermute...)	0	2	3	4	6
c- Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	2	3	4	6
d- Cocaína inalada/ cheirada (pó, branquinha, nuvem...)	0	2	3	4	6
e- Cocaína fumada (crack, pedra...)	0	2	3	4	6
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	2	3	4	6
g- Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	2	3	4	6
h- Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	2	3	4	6
i- Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	2	3	4	6
j- Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	2	3	4	6
k- Outras. Especificar: _____	0	2	3	4	6

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 Vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a- Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	3	4	5	6

b- Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas destiladas como pinga, uísque, vodka, vermute...)	0	3	4	5	6
c- Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	3	4	5	6
d- Cocaína inalada/ cheirada (pó, branquinha, nuvem...)	0	3	4	5	6
e- Cocaína fumada (crack, pedra...)	0	3	4	5	6
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	3	4	5	6
g- Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	3	4	5	6
h- Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	3	4	5	6
i- Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	3	4	5	6
j- Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	3	4	5	6
k- Outras. Especificar: _____	0	3	4	5	6

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 Vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a- Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	4	5	6	7
b- Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas destiladas como pinga, uísque, vodka, vermute...)	0	4	5	6	7
c- Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	4	5	6	7
d- Cocaína inalada/ cheirada (pó, branquinha, nuvem...)	0	4	5	6	7
e- Cocaína fumada (crack, pedra...)	0	4	5	6	7
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	4	5	6	7
g- Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	4	5	6	7
h- Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	4	5	6	7
i- Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	4	5	6	7
j- Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	4	5	6	7
k- Outras. Especificar: _____	0	4	5	6	7

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 Vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a- Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	5	6	7	8

b- Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas destiladas como pinga, uísque, vodka,vermute...)	0	5	6	7	8
c- Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	5	6	7	8
d- Cocaína inalada/ cheirada (pó, branquinha, nuvem...)	0	5	6	7	8
e- Cocaína fumada (crack, pedra...)	0	5	6	7	8
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	5	6	7	8
g- Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló,tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	5	6	7	8
h- Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	5	6	7	8
i- Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	5	6	7	8
j- Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	5	6	7	8
k- Outras. Especificar: _____	0	5	6	7	8

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) ?	Não, nunca.	Sim, nos últimos três meses.	Sim, mas não nos últimos três meses.
a- Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	3	6
b- Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas destiladas como pinga, uísque, vodka,vermute...)	0	3	6
c- Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	3	6
d- Cocaína inalada/ cheirada (pó, branquinha, nuvem...)	0	3	6
e- Cocaína fumada (crack, pedra...)	0	3	6
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	3	6
g- Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló,tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	3	6
h- Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	3	6
i- Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	3	6
j- Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	3	6
k- Outras. Especificar: _____	0	3	6

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) e não conseguiu ?	Não, nunca.	Sim, nos últimos três meses.	Sim, mas não nos últimos três meses.
a- Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	3	6
b- Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas destiladas como pinga, uísque, vodka,vermute...)	0	3	6

c- Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	3	6
d- Cocaína inalada/ cheirada (pó, branquinha, nuvem...)	0	3	6
e- Cocaína fumada (crack, pedra...)	0	3	6
f- Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	3	6
g- Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló,tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	3	6
h- Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	3	6
i- Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	3	6
j- Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	3	6
k- Outras. Especificar: _____	0	3	6

8 Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não-médico) ?	NÃO, Nunca.	SIM, nos últimos 3 meses.	SIM, mas não nos últimos 3 meses.
	0	1	2

ANEXO D – Aprovação no CEP/UFES

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44194415.5.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.081.491

Data da Relatoria: 27/05/2015

Apresentação do Projeto:

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

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITÓRIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep@ccs.ufes.br

**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 gradações 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 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**

Continuação do Parecer: 1.081.491

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 auto percepção de baixa qualidade de vida. Quanto à condição de saúde oral, espera-se encontrar alta prevalência de cárie, além da presença de lesões intrabuciais. 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 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.081.491

VITÓRIA, 27 de Maio de 2015

Assinado por:
Cynthia Furst Leroy Gomes Bueloni
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

ANEXO E – Carta de anuência de Vitória

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 Werner
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

Declaração emitida em 20/03/2015

ANEXO F – 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



Ào

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Prof.ª, Dra. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto (pesquisadora responsável)

ANEXO G – 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