

MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM USUÁRIOS DE DROGAS ILÍCITAS

Oral Manifestations in Illicit Drug Users

Alana Railbot de Oliveira¹; Thaís Miguens Labuto²

¹ Discente do curso de Odontologia do UNIFESO; ² Docente do curso de graduação de odontologia do UNIFESO, Especialista em Processo ou mudanças no Ensino Superior e serviços de Saúde, especialista em implantodontia, especialista em Gestão e Sistemas Locais de Saúde UNIFESO.

Resumo

O presente trabalho é sobre as manifestações bucais em usuários de drogas ilícitas. Diariamente tem sido possível observar um grande aumento de indivíduos com dependência química. O abuso de drogas é um dos principais problemas sociais e de saúde pública do mundo. Estudos vêm apresentando um aumento significativo do número de dependentes químicos bem como a presença de manifestações orais decorrentes do consumo de drogas e a falta de conhecimento por parte dos cirurgiões-dentistas quanto ao assunto. O objetivo deste artigo é efetuar um levantamento na literatura a respeito das condições da saúde bucal dos pacientes usuários de drogas ilícitas. A metodologia utilizada foi uma pesquisa bibliográfica, sobre o uso de drogas ilícitas que pode ocasionar diversos tipos de danos à saúde oral do dependente químico e conduta para o tratamento odontológico.

Palavras-chaves: Drogas ilícitas; Tipos de Drogas; Manifestações Bucais.

INTRODUÇÃO

A droga é definida como qualquer substância que possui a capacidade de modificar e desorganizar a função biológica dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento (ALMEIDA et al., 2002; BARROS e PILLON 2007; BARBOSA et al., 2015).

As drogas são divididas em 11 classes. São elas: álcool, anfetaminas ou similares, cafeína, maconha, cocaína, alucinógenos, inalantes, nicotinas, opióides, fenciclidina (Pcp) ou fármacos de ação similar e sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (OLIVEIRA e THEODORINO, 2015).

Há muito tempo, as drogas estão presentes na sociedade, sejam as de uso permitido, como álcool e tabaco (lícitas), ou as de uso proibido, como

Abstract

The present study is about oral manifestations in illicit drug users. Daily it has been possible to observe a large increase of individuals with chemical dependence. Drug abuse is one of the world's major social and public health problems. Studies have shown a significant increase in the number of chemical dependents as well as the presence of oral manifestations resulting from drug consumption and also presents the lack of knowledge on the part of dental surgeons on the subject. The objective of this article is to make a survey in the literature regarding the oral health conditions of patients using illicit drugs. The methodology used was a theoretical research, where a bibliographic survey was made on the use of illicit drugs that can cause various types of damages to the oral health of the chemical dependent. It can receive besides the dental treatment, the multidisciplinary follow-up according to the needs of each patient.

Keywords: Illicit drugs; Types of Drugs; Oral Manifestations.

cocaína e o crack (ilícitas). Esse assunto se tornou um grande problema mundial que se agrava a cada dia que passa (TOWNSEND, 2011).

O uso de drogas sempre esteve presente na história da humanidade e, ao longo do tempo, cada sociedade se encarregou de delimitar suas formas de uso, de acordo com o seu contexto cultural. Mesmo levando em consideração o perigo oferecido pelas substâncias, as regras de utilização, suas proibições e liberações foram determinadas histórica e culturalmente (CRUZ, 2011).

De acordo com Melo e Maciel (2016) é possível observar que as drogas muitas vezes não eram vistas como causadoras de problemas, e, portanto, sendo utilizadas em vários contextos como: religioso, místico, social, econômico,

medicinal, cultural, psicológico, climatológico, militar e o da busca do prazer.

A maconha, por exemplo, era empregada com fins terapêuticos na China, em 1730 a.C., e foi descrita pelo imperador ShenNung como analgésico. Seu emprego medicinal é uma tradição entre os povos africanos e asiáticos (TOTUGUI, 1988). A maconha é supostamente originária da Ásia central, pois cresce até hoje espontaneamente no Himalaia. Suas primeiras referências datam de 12.000 a.C. e o seu efeito euforizante já tinha sido descoberto na Índia em torno de 2.000 a 1.400 a.C. Essa droga era usada para estimular o apetite, curar doenças venéreas e induzir o sono (GONÇALVES, 2005).

De acordo com Totugui (1988), o ópio era conhecido como um símbolo mitológico dos antigos gregos e era revestido de um significado divino. Seus efeitos eram considerados como uma maneira de acalmar os enfermos, e era considerado também como um presente dos deuses. A história mundial do ópio passa pela China, sua origem é de uma planta conhecida como papoula, é um símbolo nacional dos chineses. Na Malásia, era uma tradição entre os pescadores utilizar o ópio para ajudar a suportar as condições de vida difíceis.

A cocaína é um derivado isolado da folha *Erythorxylon coca*. Essa folha é usada há centenas de anos nas tribos indígenas de países da América do Sul. Na Bolívia e no Peru, a cocaína é usada na forma de chá. Na ingestão do chá boa parte da cocaína é metabolizada até chegar ao cérebro sem manifestar algum efeito (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

E chegou à América do Norte no início do século XX para fins recreativos, e apresentando capacidade degenerativa, ocasionando assim sua proibição principalmente na Europa e Estados Unidos. Isso levou a uma baixa no seu consumo em 70%, contudo, na década de 70 houve um aumento significativo do abuso da droga, que se estendeu até os dias atuais, só que de modo ilegal (CORRÊA et al., 2014).

O histórico dos seus usuários, seus efeitos são: euforia e poder, prazer, redução do apetite, agitação psicomotora, diminuição do sono. A violência do tráfico, o baixo preço levou ao aumento rápido do consumo nos últimos anos e tornou o *crack* um problema de saúde pública (NAPPO et al., 2001; DUARTE; STEMPLIUK e BARROSO, 2009).

O crack apareceu no Brasil no final dos anos 80 (DUN et al., 1996) e seu consumo começou a aumentar rapidamente nos anos seguintes devido ao baixo preço e seus efeitos mais intensos (NAPPO et al., 2001), e espalhando por todo o país. Por ser uma forma mais barata da cocaína, todas as classes

sociais e hoje mais de um milhão de brasileiros são dependentes dessa substância (MS, 2009).

Drogas como maconha, cocaína, *crack*, entre outras, destroem o caráter, comprometem o sentido realístico, diminuem ou acabam com o senso de responsabilidade fragilizando a família e o próprio indivíduo, que soma para si uma série de alterações físicas, químicas e emocionais (BRANDE, 1997; SILVEIRA e XAVIER, 2000).

De acordo com McGrath e Chan (2005) o abuso de drogas varia de moderado, em contextos sociais específicos denominados abuso "recreativo", a abuso contínuo e crônico característico da dependência de drogas. Existem debates sobre se o abuso de drogas "recreativas" leva ao abuso crônico permanente e isso parece estar relacionado ao tipo e à quantidade de drogas abusadas, bem como às características individuais.

Diante ao uso contínuo de drogas a saúde bucal acaba debilitada, passando a apresentar alterações como: fluxo salivar reduzido, perda óssea, cáries mais frequentes, xerostomia, bruxismo, problemas periodontais, dores e hipoestesia (SILVEIRA e XAVIER, 2000).

O objetivo deste artigo é promover o conhecimento a respeito das condições de saúde bucal dos pacientes dependentes químicos, uma vez que o uso abusivo de substâncias químicas se tornou um grave problema social e de saúde pública.

REVISÃO DE LITERATURA

1. Drogas

Townsend (2011) assevera que os principais efeitos que as drogas podem causar sobre o corpo são efeitos sobre o sistema nervoso central, efeitos físicos, psicológicos, cardiovasculares, respiratórios, reprodutivos, sexual.

Videbeck (2012) acrescenta a esses efeitos as mortes causadas por acidentes de carro, homicídios, suicídios e lesões, que ocorrem devido ao uso de drogas.

De acordo com Chagas e Ventura (2010), o fenômeno das drogas pode ser encarado como um problema de saúde internacional, em uma perspectiva em que não se enxerga o usuário como um criminoso e sim, como um doente, que necessita receber tratamento adequado e não apenas ir para prisão.

O uso abusivo de drogas produz danos indesejáveis que repercutem na vida social, cultural, econômica, e na saúde, tanto geral quanto bucal, de seus dependentes (DAVOGLIO et al., 2009). Entretanto, as drogas envolvem várias questões, por exemplo, o tráfico, violência, aspectos

morais, sociais além dos problemas de saúde (ALMEIDA et al., 2008).

As drogas constituem parte do dia a dia de parcela substancial da população brasileira, afetando substancialmente as necessidades de tratamento odontológico. A contribuição trazida pela odontologia tem possibilitado a atuação de um maior número de profissionais especializado a tratar de pacientes dependentes químicos, uma vez que estes tem se tornado uma nova categoria de paciente especial (PEDREIRA et al., 1999). Muitas vezes, os profissionais da odontologia poderão ser os primeiros a diagnosticarem possíveis manifestações bucais relacionadas ao uso de drogas (COLODEL et al., 2009).

De acordo com Ribeiro et al., (2002) os dependentes químicos constituem uma classe de pacientes especiais pouco estudadas, com escassez de dados precisos sobre a realidade do consumo de drogas, apesar do crescente aumento deste fenômeno social. Isso contribui para que cirurgiões-dentistas e outros profissionais da saúde desconheçam como atuar sobre essa parcela da população.

A dependência química é um fenômeno que possui um caráter polissêmico, que se manifesta no tempo e no espaço e que possui vínculo estreito com os fatores sociais, como, por exemplo, a pobreza, a desigualdade social e os demais problemas da contemporaneidade (MELO e MACIEL, 2016).

De acordo com Costa et al. (2011) é possível observar o aumento de dependentes químicos e falta de aprofundamento nesse assunto por parte da Odontologia, portanto, devido a esse aumento, e muito importante por parte deste profissional obter conhecimento sobre os químicos e seus efeitos, sejam eles diretos ou promovidos por interações farmacológicas.

No Brasil, as drogas mais frequentemente relatadas por usuários que buscam ajuda no processo de recuperação de dependência são a maconha, cocaína, “crack” e heroína. O uso combinado do álcool com um ou mais tipos de drogas tem sido comum entre estes usuários. Nos grandes centros, drogas como LSD ou “ecstasy”, de características alucinógenas, encontram-se sendo consumidas em grande escala. Essas drogas são consumidas por grupos específicos, grupos de baixo poder aquisitivo, se direcionam para o consumo de drogas como maconha ou “crack” (TOMITA et al., 1999).

Estudos epidemiológicos têm detectado índices de uso de drogas cada vez maiores, tanto no Brasil (GALDURÓZ et al., 1997; 2003), como em outras regiões do mundo (UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAM, 1997).

2. Alguns tipos de Drogas Ilícitas

Drogas ilícitas são substâncias proibidas de serem produzidas, comercializadas e consumidas. São consideradas como drogas ilícitas: maconha, cocaína, crack, ecstasy, LSD, inalantes, heroína, barbitúricos, morfina, skank, chá de cogumelo, anfetaminas, clorofórmio, ópio e outras (PEDREIRA et al.; 1999).

Todas são substâncias psicoativas, os efeitos podem ir desde uma estimulação suave a alucinações (DÉA et al., 2004).

As principais alterações na cavidade bucal devido ao uso dessas substâncias são xerostomia, experiência de cárie elevada, redução do fluxo salivar e capacidade tampão, bruxismo, perdas dentais, doença periodontal, halitose, queilite angular e estomatite (RIBEIRO et al., 2002; TOMITA et al., 2004; D'AMORE et al.; GUPTA et al., 2012).

No caso da maconha, a redução do fluxo salivar ocorre em função da ação parassimpaticolítica da droga. Esse e outros fatores embasam a verificação da prevalência de cáries e doenças periodontal nos indivíduos dependentes (COLODEL et al., 2009).

Inúmeros estudos têm tentado elucidar os efeitos prejudiciais da maconha à saúde, tais como câncer de pulmão, traqueia e boca e outros associados ao cigarro, em que a única diferença entre os dois está no princípio ativo (CEBRID, 2002).

A absorção da cocaína através da mucosa bucal leva à formação de lesões por deficiência de suprimento sanguíneo em decorrência da vasoconstrição provocada na região, causando necrose tecidual (REIS et al., 2002).

O bruxismo está presente em alguns pacientes pela alteração do psiquismo e do desenvolvimento de espasticidade, trazendo efeitos deletérios para os músculos, dentes e ATM (articulação temporomandibular). As lesões rampantes, de cárie, apresentam-se atípicas nas faces vestibulares com uma base larga e superficial do que as cáries convencionais de classe V (PEDREIRA, et al., 1999).

Os efeitos bucais da cocaína são relatados pela administração da droga via nasal, fumada e tópica na mucosa oral especialmente na gengiva como ulcerações e necrose gengival (PARRY et al., 1996; KAPILA e KASHANI, 1997).

O crack é uma droga ilícita que tem chamado a atenção devido ao crescente consumo e as graves repercussões sociais e na saúde dos usuários. No ambiente bucal pode gerar calor, vasoconstrição e diminuição do fluxo salivar, além de efeitos deletérios na resposta imunológica. Estes

efeitos estão direta ou indiretamente associados com a etiopatogenia das doenças cárie e periodontal, e de lesões na mucosa bucal (NOTO et al., 2003).

O ecstasy, ou MDMA (3,4 metilendioxiometanfetamina) é uma droga comumente usada entre adultos jovens. Os efeitos orais mais comuns são: boca seca que pode levar a mau hálito aumento de vulnerabilidade a cáries e infecções bucais, bruxismo (ranger de dentes) e aumento do risco de erosões dentárias (DUN et al., 2008).

Nos grandes centros, drogas de características alucinógenas como LSD ou ecstasy, estão sendo consumidas em grande escala. Esses tipos de drogas são de uso de um grupo específico. O usuário de ecstasy deve informar ao dentista do uso, se for receber anestesia local, pois a pressão poderá estar alterada (DUN et al., 2008).

É grande o aumento de indivíduos dependentes químicos, como álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, entre outras drogas que destroem o caráter comprometendo o sentido realístico, somando uma série de alterações físicas, químicas e emocionais e isso faz com que a saúde bucal fique debilitada, e assim, apresentando também alterações bucais (BRANDE, 1997).

3. Drogas Ilícitas e as Manifestações Bucais

3.1 Maconha

A maconha é a droga ilícita mais usada mundialmente. Seu uso regular aumentou em 10%, entre os adolescentes nos últimos anos (RIBEIRO et al., 2002; AGUILAR-GAXIOLA et al., 2006).

A maconha é utilizada na sua forma natural, após à secagem e a trituração de suas folhas e flores (GONTIÈS; ARAÚJO, 2003). O ato de fumar

maconha é a forma mais prejudicial de consumo, pois a inalação a partir de materiais orgânicos. A maconha e o tabaco podem causar diversos problemas de saúde (MALAMEDE, 2005).

Os usuários de maconha geralmente têm a saúde bucal mais precária quando comparados a indivíduos não usuários, com um risco mais elevado à cárie e à doença periodontal (SILVERSTEIN; NOEL; HEILBRON, 1978; PEDREIRA et al., 1999).

Inúmeros estudos têm tentado elucidar os efeitos prejudiciais da maconha à saúde, tais como câncer de pulmão, traqueia, boca (CEBRID, 2002).

A redução do fluxo salivar no caso da maconha ocorre em função da ação parassimpaticolítica da droga (Figura 1) (DARLING; ARENDORFE; COLDREY, 1990). Esse e outros fatores etiológicos embasam a verificação da alta prevalência de cárie e doença periodontal em indivíduos dependentes. (Figura 2, Figura 3)

O princípio ativo da maconha é o THC (tetra-hidro-canabinol), o qual prejudica a produção de células de defesa, deixando o candidato com potencial de infecção, em virtude da imunossupressão. A candidíase é uma manifestação que pode ser observada nos usuários (Figura 4) (DARLING, ARENDORF e COLDREY, 1990), assim como a xerostomia intensa (MURPHY; WILMERS, 2002), levando-os a consumir maior quantidade de doces e guloseimas, o que aumenta o risco à cárie (FRIEDLANDER; MILLS, 1985). Seus efeitos também aparecem no sistema cardiovascular, conseqüentemente há diminuição da pressão arterial.

Assim, o uso de anestésico local contendo vasoconstritor do tipo amina simpatomimética deve ser evitado; o que pode ser usado como vasoconstritor é anestésico contendo felipressina (MEECHAN, 1999; MOTTA et al., 2004).

Figura 1 e 2: À esquerda alteração causada pela redução do fluxo salivar Xerostomia; à direita paciente apresentando alto índice de cárie.



Fonte: Internet

Figura 3 e 4: À esquerda paciente apresentando doença periodontal devido a redução do fluxo salivar; à direita paciente apresentando candidíase derivada da imunossupressão causada pela maconha.



Fonte: Internet

3.2 Cocaína

A cocaína é um estimulante do sistema nervoso central, extraída das folhas da planta *Erythroxyloncoca* (FERREIRA; MARTINI, 2001).

De acordo com Correa et al. (2014) a cocaína pode ser consumida sob a forma de cloridrato de cocaína de uso aspirado ou injetado, havendo também as apresentações alcalinas, voláteis a

baixas temperaturas, que podem ser fumadas em “cachimbos”.

Os efeitos bucais da cocaína são relatados pela administração da droga via nasal, fumada, tópica na mucosa oral especialmente na gengiva (PARRY et al.,1996; KAPILA; KASHANI, 1997).

A Tabela 1 abaixo apresenta as principais lesões bucais segundo a forma de administração da cocaína.

Tabela 1 – Principais lesões segundo a forma de administração da cocaína

Forma de administração	Principais Lesões
Fricção na gengiva	Recessões gengivais Erosão dental Perda óssea avançada Dor aguda na gengiva Xerostomia e/ou redução no fluxo salivar
Inalação	Erosão do septo nasal
Fumo	Queilite angular Ulceração Necrose na mucosa e gengiva Candidose pseudomembranosa

Fonte: Melo et al., 2017.

Mais da metade dos usuários que fazem a inalação da cocaína tem como sintomas hemorragias nasais recorrentes, crostas intranasal, rinite e sinusite crônica. A perfuração do septo nasal é observada em aproximadamente 5% dos usuários, devido à atividade vasoconstritora a qual pode levar à necrose do septo nasal e seus tecidos adjacentes. Isto faz com que os usuários apresentem uma redução do suporte nasal resultando em um nariz largo e achatado (BRAND et al., 2008). A cocaína pode estar associada à aparição de lesões bucais (REIS et al., 2002; LINS et al., 2009; CHAIBEN, 2011).

A cocaína aplicada diretamente na mucosa bucal pode causar inicialmente um alívio da dor devido ao poder anestésico da droga, se aplicada frequentemente no mesmo lugar pode causar ulcerações e conseqüentemente uma inflamação gengival grave associada a dor aguda, podendo em alguns casos levar a uma necrose tecidual formando uma película esbranquiçada sobre a lesão (FAZZI et al., 1999).

A cocaína possui um efeito vasoconstritor que causa ulceração e atrofia dos tecidos, e também pode ser um estimulante dos músculos faciais e mastigatórios (ROBINSON et al., 2005). É um anestésico local que bloqueia os canais de sódio e potássio dos neurônios, impedindo a passagem do sinal elétrico (CORRÊA et al., 2014). Devido a cocaína causar taquicardia e infarto do miocárdio, não se deve realizar tratamento odontológicos invasivos, para que se garanta a segurança na utilização dos vasoconstritores (MARQUES et al., 2015).

Os anestésicos, assim como qualquer outro fármaco, também podem sofrer interações medicamentosas quando administrados simultaneamente com outra substância. Isso pode ocorrer quando o paciente faz uso de uma droga ilícita, a cocaína, por exemplo, que possui efeito

aditivo quando é associada ao anestésico local, ou seja, pode provocar toxicidade ao paciente (LUFT; MENDES, 2007).

Segundo Andrade et al. (2013) interação medicamentosa ocorre, pois, a cocaína induz a liberação de norepinefrina, e conseqüentemente bloqueia a sua recaptação pelas terminações nervosas adrenérgicas, causando um aglomeramento de neurotransmissores (norepinefrina), e com isso provocando um aumento na pressão arterial, devido à vasoconstrição, taquicardia e um consumo exagerado de oxigênio pelo miocárdio. A cocaína associada ao anestésico também promove uma constrição no baço, o que gera a produção exacerbada de eritrócitos, essa alteração faz com que o sangue fique mais viscoso, podendo levar a formação de trombos nas veias ou artérias.

3.3 Crack

O crack é um subproduto da cocaína que é obtido por meio da pasta de coca misturado com bicarbonato de sódio que formam pequenas pedras (NAPPO et al., 2001), podendo ser fumada em latas, cachimbos e tubos (ANTONIAZZI et al., 2013).

Os primeiros efeitos são sentidos em 10 a 15 segundos depois de fumada agindo de forma semelhante à cocaína no sistema nervoso central (NAPPO et al., 2001). A fumaça do crack entra em contato direto com a mucosa bucal e podendo provocar lesões como úlceras na boca e oro/laringofaringe (Figura 5) (Mitchell-Lewis et al., 1994), erosões no esmalte dentário (Figura 6), bruxismo (Figura 7), dor miofacial na articulação temporomandibular, lesões necróticas da língua e epiglote, queimaduras da mucosa e da laringe são decorrentes do efeito irritativo e vasoconstritor e também devido ao aumento da temperatura da fumaça na queima do crack (Figura 8)

(BEZMALINOVIC; GONZALEZ e FARR, 1988; LEE; MOHAMMADI e DIXON, 1991; COOK, 2011).

De acordo com Balduwin et al. (2002) o crack é um tipo de droga ilícita que é rapidamente absorvido pela via de circulação pulmonar e causa imediata sensação de euforia e excitação, podendo também apresentar outros efeitos como: visão turva, tontura, vertigens, desorientação, paranoia, alucinações, agitação, comportamento agressivo, delírios, vômitos, tremores, insônia, dilatação das pupilas, hipertensão, hipertermia e taquicardia. Podendo produzir alterações na ativação neurofisiológica, no metabolismo e na circulação sanguínea (CHAIBEN, 2011; BOTELHO; ROCHA e MELO, 2013; FALCÃO et al., 2015). O estilo de vida dos usuários de crack e a dependência têm implicações bucais diretas. Muitos dos usuários negligenciam a higiene bucal, não a tornando prioridade e possuem um consumo de açúcar elevado. Resultando em um alto índice de cárie e

dentes perdidos, abscessos, dor de dente, alto índice de placa, xerostomia e doença periodontal. (DAVOGLIO e ABBEG, 2009; DASANAYAKE et al., 2010; PEREIRA, 2012). O crack causa modificações como candidíase oral e alterações nas células epiteliais (Figura 9). Estes problemas bucais ocorrem nos usuários de crack devido as alterações que o mesmo, causa no sistema imune, associado ao seu contato local e a redução do fluxo salivar (NAPPO et al., 2001; ANTONIAZZI et al., 2013; FALCÃO et al., 2015).

As implicações bucais diretas do uso de drogas são complicadas por outros fatores como vida social, a necessidade de obter dinheiro para drogas e o estilo de vida dos usuários. Os usuários de drogas possuem uma baixa prioridade para saúde bucal. Isto pode ocorrer devido ao efeito físico das drogas, hábitos de alimentação e ao estilo de vida por eles escolhido não dando devida atenção à saúde bucal (ROBINSON et al., 2005).

Figura 5 e 6: À esquerda úlcera causada pela fumaça do crack; à esquerda erosões no esmalte dentário.



Fonte: Internet

Figura 7 e 8: À esquerda bruxismo devido ao psiquismo da droga; à direita queimaduras causadas pela sua forma de uso.



Fonte: Internet

Figura 9: À esquerda candidíase oral decorrente das alterações nas células epiteliais causada pelo uso da droga.



Fonte: internet

3.4 Ecstasy

O ecstasy possui como principal constituinte em seus comprimidos o 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA) que é um

derivado da anfetamina. Seus efeitos variam de acordo com a dose, frequência e duração do uso (PÉRET e BONATO, 2008).

Entre as principais consequências na cavidade bucal decorrentes do consumo do ecstasy podemos encontrar a xerostomia (Figura 10), cáries dentárias (Figura 11) (associado ao consumo excessivo de doces na tentativa do usuário conter o bruxismo), bruxismo (Figura 12), sensibilidade dentinária, periodontites, parestesia do nervo, úlceras (Figura 13) e edemas. Usuários relatam também tremores faciais que causam mordeduras involuntárias dos lábios e da língua (MARQUES et al., 2015).

De acordo com Moro; Ferraz e Módolo (2006) o MDMA, também conhecido como Ecstasy, que está relacionado a inúmeras reações adversas. A apresentação clínica e os efeitos deletérios provocados por esse agente, assim como as potenciais interações com o ato anestésico, devem ser parte do conhecimento do anestesiológico, pois em muitas situações os usuários desses agentes serão submetidos a intervenções cirúrgicas de emergência ou mesmo eletivas.

Figura 10 e 11: À esquerda xerostomia decorrente do consumo do ecstasy; à direita cáries dentárias associado ao consumo excessivo de doces.



Fonte: Internet

Figura 12 e 13: À esquerda bruxismo relatados pelo uso da droga, à direita úlceras.



Fonte: Internet

3.5 Heroína

A heroína é o opióide preferido pelos dependentes, devido a intensa euforia ocasionada pela droga após seu consumo. A heroína é considerada uma euforizante da classe do hipno-analgésicos (GOZZANI, 1994; SIMON, 2004).

Segundo Simon (2004) e Duarte (2005) o ópio é extraído da papoula (*Papaversomniferum*), formado por várias substâncias químicas, com efeitos farmacológicos potentes. A morfina é uma das substâncias mais conhecidas e utilizadas. São opióides naturais: a codeína e a morfina; semi sintéticos: heroína; sintéticos: metadona, propoxifeno, fentanil e outros. São substâncias que produzem analgesia e induzem o sono. A dupla ação farmacológica: analgésico (tira a dor) e hipnótico (induz o sono), fez com que recebessem também a denominação de hipno-analgésicos ou narcóticos.

De acordo Duarte (2005); Dias e Pinto (2006) a heroína é uma droga considerada de fácil absorção por via oral, pulmonar e também pela mucosa nasal. A droga quando utilizada por vias intravenosa, intramuscular e subcutânea potencializam e aceleram seus efeitos.

A heroína pode ser consumida através da inalação dos vapores que se desprendem quando a droga é aquecida em pedaços de papel alumínio ou misturada ao tabaco de um cigarro convencional e fumada. Essas duas vias de administração são, contudo, pouco eficazes, mas a maneira preferida dos usuários é a injetável. No início dos anos 80, na

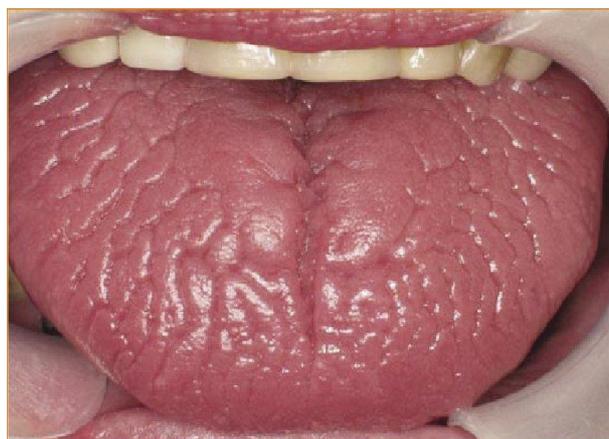
Holanda, foram descrita uma epidemia de lesões pigmentadas na língua, clínica e histologicamente compatíveis com eritema pigmentar fixo, onde todos os pacientes envolvidos tinham em comum o hábito de fumar heroína (Figura 14) (WESTERHOF et al., 1983).

Em relação aos usuários de drogas e o tipo de conduta que deve ser instituída pelo Cirurgião Dentista são os seguintes, respectivamente: xerostomia (Figura 15): uso de saliva artificial e/ou lubrificante a base de água (KY®); cárie, perdas dentais (Figura 16), doença periodontal (Figura 17) e gengivite. Diante disto, é muito importante que o cirurgião dentista oriente e motive seus pacientes a realizarem a higiene oral, e também realizar raspagem e alisamento radicular (CAMPOS et al., 2009).

Quanto aos problemas cardiovasculares não devem utilizar anestésicos locais com adrenalina, os mesmos devem ser substituídos por anestésicos contendo mepivacaína a 3% sem vasoconstritor ou prilocaína a 3% com felipressina.

De acordo dom Motta et al. (2004) em relação ao usuário de drogas como a heroína, o cirurgião-dentista deverá sempre estar atento para a ocorrência de sangramento trans e o pós-operatório, e a menor tolerância a dor. E também ter cautela ao prescrever medicamentos por via oral como paracetamol e diazepam, pois podem ter início de ação retardada, uma vez que o esvaziamento gástrico é alterado, nesses pacientes.

Figura 14 e 15: À esquerda eritema pigmentar fixo onde os pacientes envolvidos tinham em comum o hábito de fumar heroína; xerostomia causada pelo uso da droga.



Fonte: internet

Figura 16 e 17: À esquerda perdas dentais associada ao estilo de vida dos usuários, à direita doença periodontal.



Fonte: internet

3.6 Conduta durante o atendimento odontológico

Segundo Campos et al. (2009) deve reavaliar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou responsável, incluindo questões para investigar se o indivíduo faz uso de drogas, como: usa droga ou já usou? Que droga usa ou usava? Qual a frequência? Há quanto tempo usa? Compartilha o uso? Há quanto tempo parou de usar? Quando foi a última vez que usou? O que usou nas últimas 24h? O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde de seu paciente. Identificar que tipo de droga seu paciente é usuário. Maconha: fala mole e arrastada, lento para andar, tonto e com olhos vermelhos; Cocaína: fala acelerada, agitado, tenso, músculos travados, “fungando”. Criar vínculo com o paciente para poder tratá-lo adequadamente.

Os principais achados na boca de usuários de drogas e o tipo de conduta que deve ser instituída pelo CD são os seguintes, respectivamente:

Xerostomia: uso de saliva artificial e/ou lubrificante a base de água (KY®);

Cárie, perdas dentais, doença periodontal e gengivite: orientar e motivar seu paciente a realizar a higiene oral, realizar raspagem e alisamento radicular;

Problemas cardiovasculares: não utilizar anestésicos locais com adrenalina, substituindo-os por anestésicos contendo mepivacaína a 3% sem vasoconstritor ou prilocaína a 3% com felipressina radicular; Infecções oportunistas por cândida: usar

antifúngicos tópicos como nistatina ou cetoconazol ®).

Usuários de maconha

Orientar que evitem fazer uso da maconha pelo menos uma semana antes e logo após o tratamento odontológico, pois intervenções cruentas podem ser preocupantes, devido à diminuição transitória dos glóbulos brancos causada pelo uso da droga. Mantendo-os em níveis normais, ocorre melhor o processo de reparação tecidual adequadamente.

Usuários de cocaína

Adiar tratamentos eletivos caso o paciente esteja sob o efeito da droga. Recomenda-se um período mínimo de 24 horas, pois esta droga pode causar morte súbita. Durante tratamento de indivíduos sob influência de cocaína, quando houver dor, deve se utilizar anestésicos sem vasoconstritores ou prilocaína (Citanest®) com felipressina. Isto ocorre porque uma injeção intravascular acidental de anestésico local com vasoconstritor em um usuário de cocaína pode levar a uma crise hipertensiva.

Usuários de heroína

Atentar-se para a ocorrência de sangramento trans e o pós-operatório, e a menor tolerância a dor. Ter cautela ao prescrever medicamentos por via oral como paracetamol e diazepam, pois podem ter início de ação retardada,

uma vez que o esvaziamento gástrico é alterado, nesses pacientes.

Usuários de anfetaminas

Adiar tratamento eletivo caso o paciente apresente sinais de uso recente, principalmente e este é usuário de MDMA (metilenodioximetanfetamina), popularmente conhecida como “êxtase” ou droga do amor (CAMPOS et al., 2009).

DISCUSSÃO

Townsend (2011); Oliveira; Theodorino (2015) esclareceram que as drogas fazem parte da nossa sociedade desde a antiguidade, sejam elas as de uso permitido, como álcool e tabaco, ou as de uso proibido, como cocaína e o crack, maconha, heroína, ecstasy, dentre outras. As drogas tornaram um problema mundial que se agrava. E também esclarecem que são divididas em 11 classes. São elas: álcool, anfetaminas ou similares, cafeína, maconha, cocaína, alucinógenos, inalantes, nicotinas, opióides, fenciclidina (Pcp) ou fármacos de ação similar e sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

A maconha era empregada com fins terapêuticos na China, em 1730 a.C., e foi descrita pelo imperador ShenNung como analgésico. Seu emprego medicinal é uma tradição entre os povos africanos e asiáticos. Essa droga era usada para estimular o apetite, curar doenças venéreas e induzir o sono. O ato de fumar maconha é a forma mais prejudicial de consumo, pois a inalação a partir de materiais orgânicos, como a maconha e o tabaco pode causar diversos problemas de saúde (TOTUGUI, 1988; GONÇALVES, 2005; MALAMEDE, 2005).

Silverstein; Noel; Heilbron (1978); Pedreira et al. (1999); CEBRID (2002)

descreveram que os usuários de maconha geralmente têm a saúde bucal mais precária quando comparados a indivíduos não usuários, com um risco mais elevado à cárie e à doença periodontal. Inúmeros estudos têm tentado elucidar os efeitos prejudiciais da maconha à saúde, tais como câncer de pulmão, traqueia e boca e outros associados ao cigarro, em que a única diferença entre os dois está no princípio ativo.

O uso de anestésico local contendo vasoconstritor do tipo amina simpaticomimética deve ser evitado; o que pode ser usado como vasoconstritor é anestésico contendo felipressina (MEECHAN, 1999; MOTTA et al., 2004).

Os autores Almeida et al., (2002); Barros; Pillon (2007); Barbosa et al., 2015, definem drogas

como sendo uma substância que ao serem introduzidas, inaladas, injetadas ou ingeridas no organismo possui a capacidade de modificar e desorganizar a função biológica dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento, sendo encarada como um problema de saúde internacional.

Silverstein; Noel; Heilbron (1978); Friedlander; Mills (1985); Arendorf e Coldrey, (1990); Pedreira et al. (1999); Cebriid, (2002); Darling; Murphy, Wilmers (2002) afirmaram que inúmeros estudos têm mostrado os usuários de maconha geralmente têm a saúde bucal mais precária quando comparados a indivíduos não usuários, apresentando efeitos prejudiciais à saúde, tais como câncer de pulmão, traqueia e boca e outros fatores etiológicos embasam a verificação da alta prevalência de cárie, um risco mais elevado à doença periodontal, bem como presença de candidíase que é uma manifestação muito observada nos usuários de drogas, e também xerostomia intensa.

Ferreira; Martini (2001) que a cocaína é um estimulante do sistema nervoso central, extraída das folhas da planta *Erythroxyloncoca*. Essa folha é usada há centenas de anos nas tribos indígenas de países da América do Sul.

Os autores Parry et al.(1996); Kapila; Kashani (1997); Reis et al. (2002); Lins et al. (2009); Chaiben (2011) concordam que a cocaína pode estar associada à aparição de lesões bucais como mucosa oral especialmente na gengiva como ulcerações e necrose gengival. Sendo seus efeitos relatados de várias formas através de sua administração, podendo ser por via nasal, inalada, fumada, esfregada na gengiva.

Bezmalinovic; Gonzalez; Farr (1988); Lee; Mohammadi; Dixon (1991); Mitchelllewis et al. (1994); Cook (2011) relataram que, o usuário de crack apresenta vários tipos de lesões como úlceras na boca e oro/laringofaringe. Manifestações bucais tais como erosões no esmalte dentário, bruxismo, dor miofacial e na articulação temporomandibular também foram relatadas. Além de lesões necróticas da língua e epiglote e queimaduras da mucosa e da laringe são também fatores decorrentes do efeito irritativo e vasoconstritor devido ao aumento da temperatura da fumaça na queima do crack. E também por negligenciam a higiene bucal apresenta um alto índice de cárie e dentes perdidos, abscessos, dor de dente, alto índice de placa, xerostomia e doença periodontal, relatam os autores (DAVOGLIO; ABBEG, 2009; DASANAYAKE et al., 2010; PEREIRA, 2012). Assim, o uso abusivo de drogas ilícitas causa grandes perturbações a homeostase oral, o cirurgião-dentista deve conhecer tais problemas

buciais, pois assim poderão realizar uma melhor anamnese, exame clínico, e atendimento aos dependentes de drogas.

Nappo et al., (2001) e Antoniazzi et al. (2013) relataram que o crack é uma droga ilícita e um subproduto da cocaína que é obtido por meio da pasta de coca misturado com bicarbonato de sódio que formam pequenas pedras.

Nappo et al. (2001); Davoglio; Abbeg (2009); Dasanayake et al. (2010); Pereira (2012); Antoniazzi et al. (2013); Falcão et al. (2015) apontaram que o estilo de vida dos usuários de crack e a dependência têm implicações bucais diretas, pois negligenciam a higiene bucal, resultando em um alto índice de cárie e dentes perdidos, abscessos, dor de dente, alto índice de placa, xerostomia e doença periodontal, bem como candidíase oral e alterações nas células epiteliais. As implicações bucais diretas do uso de drogas são complicadas por outros fatores como vida social, a necessidade de obter dinheiro para drogas e o estilo de vida dos usuários (ROBINSON et al., 2005).

Meechan (1999); Motta et al. (2004); Moro; Ferraz; Módolo (2006); Luft; Mendes, (2007); Cabral et al. (2014); Corrêa et al. (2014); as soluções anestésicas locais que contêm um agente vasoconstritor do grupo das aminas simpaticomiméticas, quando usadas em doses excessivas ou injetadas acidentalmente no interior dos vasos sanguíneos, podem interagir com certas drogas que o paciente faz uso, e é importante esclarecer também que qualquer tipo de procedimento anestésico traz elevados riscos e os efeitos deletérios provocados por esse agente, assim como as potenciais interações com o ato anestésico, devem ser parte do conhecimento do anestesiológico, e estes devem estar preparados para o correto manejo desses pacientes.

Ainda, Ribeiro et al. (2002), Tomita et al. (2004), D'Amore et al. (2011) e Gupta et al. (2012) destacam a xerostomia, experiência de cárie elevado, diminuição do fluxo salivar e capacidade tampão, bruxismo, doença periodontal, queilite angular, estomatite e diminuição do limiar de dor como consequências do uso abusivo de drogas ilícitas para a saúde bucal.

Diogo e Andrade (2004); Motta et al. (2004); Haddad e Haddad (2007) relataram os principais achados na boca de usuários de drogas e o tipo de conduta que deve ser instituída pelo CD são os seguintes, respectivamente: xerostomia: uso de saliva artificial e/ou lubrificante a base de água (KY®); cárie, perdas dentais, doença periodontal e gengivite. Diante disto, é muito importante que o cirurgião-dentista oriente e motive seus pacientes a realizarem a higiene oral, e também realizar raspagem e alisamento radicular. Quanto aos

problemas cardiovasculares não devem utilizar anestésicos locais com adrenalina, os mesmos devem ser substituídos por anestésicos contendo mepivacaína a 3% sem vasoconstritor ou prilocaína a 3% com felipressina. E em Infecções oportunistas por cândida o paciente deverá usar antifúngicos tópicos como nistatina ou cetoconazol (CAMPOS et al., 2009).

CONCLUSÃO

As drogas ilícitas constituem parte do dia a dia de parcela substancial da população brasileira, afetando as necessidades de tratamento odontológico.

A contribuição trazida pela odontologia tem possibilitado a atuação de um maior número de profissionais especializado a tratar de pacientes dependentes químicos e com isso contribuir para a reabilitação desses pacientes, auxiliando na autoestima e ampliando a sua interação social. Diante disso o atendimento odontológico poderia ser a porta de entrada para um atendimento integral à população usuária de drogas.

É importante que todo cirurgião dentista detenha o conhecimento das alterações causadas pelo uso de drogas, bem como manifestações bucais e sistêmicas, detendo habilidades para a percepção destas, pois esta perícia diminui as intercorrências odontológicas decorrentes de interações medicamentosas com as drogas. Pode ser considerada uma nova classe odontológica de pacientes com necessidades especiais.

REFERÊNCIAS

1. AGUILAR-GAXIOLA, S. et al. Illicit drug use research in Latin America: Epidemiology, service use, and HIV. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 84, p. 85-93, 2006.
2. ALMEIDA, P. P. et al. Revisão: funcionamento executivo e uso de maconha. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 30, n. 1, 2008.
3. ANDRADE, E. D. et al. *Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica em Odontologia. Odontologia Especial – Parte Básica*. São Paulo: Artes Médicas, p. 127, 2013.
4. ANTONIAZZI, R.P.; BORTOLOTTI, F.C.; BACKES, D.S.; ZANATTA, F.B.; FELDENS, C.A. et al. Efeito do crack nas condições bucais: revisão de literatura. *Braz. J. Periodontol.*, v. 23, n. 1, 2013.

5. BALDWIN, G. C., et al. Evidence of chronic damage to the pulmonary microcirculation in habitual users of alkaloidal ("crack") cocaine. *Chest.*, v. 121, n. 4, p.1231-8, 2002.
6. BARBOSA, K. K. S.et al. Concepções de usuários de crack acerca da droga. *RevEnferm UFSM*, v. 5, n. 2, p. 286-294, Abr/Jun, 2015.
7. BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Atitude dos profissionais do programa saúde da família diante do uso e abuso de drogas. *Esc. Anna Nery Revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 652-655, dez. 2007.
8. BEZMALINOVIC, Z.; GONZALEZ, M.; FARR, C. Oropharyngeal injury possibly due to free-base cocaine. *NEngl J Med*, v. 319, n. 21, p. 1420-1, Nov 1988.
9. BOTELHO, A. P. M.; MELO, V. H.; ROCHA, R. C. Uso e dependência de cocaína/crackna gestação, parto e puerpério. *Femina*, v. 41, n. 1, P. 23-32, 2013.
10. BRANDE, N. Autoestima e os seus seis pilares. 3. ed. São Paulo: Saraiva; 1997
11. CAMPOS, C.C. et al. Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. 2009, 11 p. Universidade Federal de Goiás - Faculdade de Odontologia. Goiania-GO, 2009.
12. CEBRID.Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. Universidade Federal de São Paulo; 2002.
13. CHAIBEN, C. L. Avaliação da percepção do paladar em usuários crônicos de crack. Curitiba, PR. Originalmente apresentada como dissertação de Pós-graduação, Universidade Federal do Paraná, 2011.
14. COLODEL, E. V. et al. Alterações bucais presentes em dependentes químicos. *RSBO*, v.6, n. 1, p. 44-8, 2009.
15. COOK, J.A. Associations between use of crack cocaine and HIV-1 disease progression: Research findings and implications for mother-to-infant transmission. *Life Sciences*, v. 88, p. 931-939, 2011
16. CORRÊA, C. H. et al. Anestesia no paciente usuário de crack e cocaína. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, v. 24, n. 3, p. 14-19, Belo Horizonte- MG, 2014.
17. COSTA, S. K. P., et al. Fatores Socio demográficos e condições de Saúde Bucal em Droga-Dependentes. *PesqBras em Odontopediat e Clín Int.*, n. 11, p. 99-104, 2011.
18. CRUZ, M. S. Estratégias de redução de danos para pessoas com problemas com drogas na interface dos campos de atuação da justiça e da saúde. In ANDRADE, A. G. (Coord.). *Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas*. Brasília, DF, Ministério da Justiça, p. 271-306, 2011.
19. D'AMORE, M.M. et al. Oral health of substance-dependent individuals: impact of specific substances. *JSAT*, v. 41, n. 2, p. 179-185, 2011.
20. DARLING, M.R.; ARENDORF, T. M., COLDREY, N. A. Effect of cannabis use on oral candidal carriage. *Journal Oral Pathol Med.*, v. 19, n. 7, p. 319-21. 1990.
21. DASANAYAKE, A. P. et al. Tooth Decay in alcohol abusers compared to alcohol and drug abusers. *InternationalJournalofDentistry*, n. 1, p. 1-6, 2010.
22. DAVOGLIO, R.S.; ABBEG, C. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 655-667, Mar 2009.
23. DÉA, H.R.D. et al. Inserção do Psicólogo de Prevenção ao Abuso de Álcool e Outras Drogas. *Psicologia ciência e profissão*, v. 24, n. 1, p. 108-115, 2004.
24. DIAS, J.C.; PINTO, I. M. substâncias psicoativas: classificações, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo. In: SILVEIRA, D. X. & MOREIRA, F. G. (editores). *Panorama atual de drogas e dependências*. 1a Edição, São Paulo: Atheneu, p. 39-49, 2006.
25. DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *CadSaude Publica*, v. 24, n. 4, p. 545-57, 2008.
26. DUARTE, P.; STEPLIUK, V.; BARROSO, L. Relatório brasileiro sobre drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2009. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.pgodonto.ufpr.br/dissertacao_marcos.pdf> Acesso em outubro de 2018.
27. DUARTE, D. F. Uma Breve História Do Ópio E Dos Opióides. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, v. 55, n. 1, p. 135-146, 2005.
28. DUN, J. et al. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in So

- Paulo: 1990-1993. *Subst Use Misuse*, v. 31, n. 4, p. 519-27, 2008.
29. DUN, J. et al. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in Sao Paulo: 1990-1993. *Subst Use Misuse*, v. 31, n. 4, p. 519-27, Mar 1996.
30. FALCÃO, C. A. M. et al. Saúde bucal em dependentes químicos. *RICS*, v. 2, n. 3, 2015.
31. FAZZI, M. et al. Effetidelle drogue sul cavo orale. *Minerva Estomatol*, v. 48, p. 48592, 1999.
32. FERREIRA, P. E.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, histórias e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Porto Alegre-RS, v. 23, n. 2, p. 96-99, 2001.
33. FRIEDLANDER, A. H.; MILLS, M. J. The dental management of the drug-dependent patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v. 60, n. 5, p. 489-926, 1985.
34. GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. IV Levantamento de uso de drogas psicotrópicas em estudantes brasileiros - 1997. *CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo*, 1997.
35. GONÇALVES, P. S. Avaliação das Barreiras para Implementação do Projeto Detecção Precoce e Intervenção Breve para o Uso de Risco de Drogas na Atenção Primária à Saúde em Curitiba - PR. 74f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) - Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2005.
36. GONTIES, B.; ARAÚJO, L.F. Maconha: uma perspectiva histórica, farmacológica e antropológica. Publicação do Departamento de História e Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Centro de Ensino Superior do Seridó Campus de Caicó, v. 4, n. 7, p. 47-63, fev./mar. 2003.
37. GOZZANI, J. L. Opióides e antagonistas. *RevBrasAnesthesiol*, v. 44, p. 65-73, 1994.
38. GUPTA, T. et al. Oral health status of a group of illicit drug users in Delhi, India. *Communitydent.health*, v. 29, n. 1, p. 49-54, 2012.
39. HADDAD, D. S.; HADDAD, A. S. Interação das drogas psicotrópicas com a odontologia: álcool, maconha, cocaína e crack. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Santos; p. 405-419, 2007.
40. KAPILA, Y. L.; KASHANI, H. Cocaine-associated rapid gingival recession and dental erosion. A case report. *JPeriodontol*, v. 68, n. 5, p. 485-8, May 1997.
41. LEE, C. Y.; MOHAMMADI, H.; DIXON, R. A. Medical and dental implications of cocaine abuse. *J Oral MaxillofacSurg*, n. 49, p. 290-3, 1991.
42. LINS, S. A. et al. Condições de saúde de pacientes de gênero feminino com dependência química. *Salusvita*, v. 29, n. 2, p.29-46, 2009.
43. LUFT, A; MENDES FFM. Anestesia no Paciente Usuário de Cocaína. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 57, n. 3, p. 307-314, Porto Alegre-RS, 2007.
44. MARQUES, L. A. R. V. et al. Abuso de drogas e suas consequências na saúde oral: uma revisão de literatura. *Arquivo Brasileiro de Odontologia*, v.11 n.1, p. 25-31, 2015.
45. MCGRATH, C.; CHAN, B. Oral health sensations associated with illicit drug abuse. *British Dental Journal*, n. 198, v. 3, 2005.
46. MEECHAN, J. G. Drug abuse and dentistry. *Dent Update*, v. 26, n. 5, p. 182-7, 1999.
47. MALAMEDE, R. Cannabis and tobacco smoke are not equally carcinogenic. *HarmReduct J.*, v.2, n.21, p.1-4, 2005.
48. MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C. Representação social do usuário de drogas na perspectiva de dependentes químicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 36, n. 1, p. 76-87, 2016.
49. MITCHELL-LEWIS, D. A. et al. Identifying oral lesions associated with crack cocaine use. *J AmDentAssoc*, v. 125, n. 8, p. 1104-8, 1110, Aug 1994.
50. MORO, E. T.; FERRAZ, A. A. F.; MÓDOLO, N. S. P. Anestesia e o Usuário de Ecstasy. *RevBras de Anesthesiol*, v. 56, n. 2, p. 183-188, 2006.
51. MOTTA, R. H. L., et al. Tratamento odontológico de pacientes usuários de drogas. *J Bras de CliOdontolInteg.*, v. 8, n. 47, p. 430-438, 2004.
52. MS. Ministério da Saúde. (2009). Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras

- drogas: PEAD 2009-2011. Brasília, DF: Autor. 2009.
53. MURPHY, D. C.; WILMERS, S. Patients who are substance abusers. *NY State Dent J.*, v. 68, n. 5, p. 24-27, 2002.
54. NAPPO, S. A. et al. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in Sao Paulo, Brazil. *J Psychoactive Drugs*, v. 33, n. 3, p. 241-53, Jul-Sep 2001.
55. NOTO, A. R. et al. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. *Cad. Saúde Pública*, v. 19 n. 1, p. 69, 2003.
56. OLIVEIRA, A. P.; THEODORINO, G. Drogas: um problema mundial. *Vitrine Prod.Acad.*, Curitiba, v.3, n.2, p.82-87, jul/dez. 2015.
57. PARRY, J., et al. Mucosal lesions due to oral cocaine use. *Br Dent J*, v. 180, n. 12, p. 462-4, Jun, 1996.
58. PEDREIRA, R. H. S. et al. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. *RevOdontolUniv São Paulo*, v. 13, n. 4, p. 395-399, out/dez 1999.
59. 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.
- PÉRET, A. C. A.; BONATO, K. B. A participação do dentista na equipe multidisciplinar para o tratamento do paciente alcoolista. *Arq Brás odontol.*, v. 4, n. 2, p. 70-5, 2008.
60. REIS, S. R. A., et al. Efeito genotóxico do etanol em células da mucosa bucal. *Pesqui. Odontol. Bras.*, v. 16, n. 3, p. 221-5, 2002.
61. RIBEIRO, E. D. P., et al. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. *PesquiOdontolBras*, v. 16, n. 3, p. 239-245, 2002.
62. ROBINSON, P. G.; ACQUAH, S.; GIBSON, B. Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. *Br Dent J*, v. 198, n. 4, p. 219-24, discussion 214, Feb 26 2005.
63. SILVEIRA, DX; XAVIER, ED. Um guia para a família. Publicação Oficial da Secretaria Nacional Antidrogas. 2. ed. Brasília: Senad; 2000.
64. SILVERSTEIN, S.J; NOEL, D.; HEILBRON, D. Social drug use/abuse and dental disease. *JCalifDentAssoc*, v. 6, p. 32-37, 1978.
65. SIMON, E. J. Opiates: Neurobiology. In: LOWINSON, J.H.; RUIZ, P.; MILLMAN, R. B.; LANGROD, J.G. (eds) *Substance Abuse - A Comprehensive Textbook*. 4th. Edition, p. 164-180, 2004.
66. TOMITA, N.E.; LAURIS, J.R. Abordagem integrada da saúde bucal de drogadependentes em processo de recuperação. *Pesq. Odontol. Bras.*, v. 16, n. 3, p. 239-245, 2004.
67. TOMITA, N. E. et. al. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. *RevOdontolUniv São Paulo*, v.13, n.4, p.395-399, out./dez. 1999.
68. TOTUGUI, M. Visão histórica e antropológica do consumo de drogas. In BUCHER, R. (Org.), *As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial*. São Paulo, SP, EPU, p. 1-7, 1988.
69. TOWNSEND, M. C. Distúrbios relacionados a drogas. In: _____. *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos e cuidados*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2011, p. 323-362.
70. UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAM - 1997. *World Drug Report*. New York: Oxford University Press, 1997.
71. VIDEBECK, S. L. Abuso de substância entre os profissionais da saúde. In: _____. *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica*. 5. ed. Porto Alegre: Artemed, 2012, p. 362-381.
72. WESTERHOF, W. et al. Pigmented lesions of the tongue in heroin addicts – fixed drug eruption. *Br J Dermatol.*, v. 109, p. 605-610, 1983.