

Trabalho de Conclusão de Curso

**Avaliação de lesões bucais em pacientes
usuários de substâncias químicas ilícitas**

Mariane Beatriz Sordi



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Mariane Beatriz Sordi

**AVALIAÇÃO DE LESÕES BUCAIS EM PACIENTES
USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS ILÍCITAS**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Etiene de Andrade Munhoz

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Alessandra Rodrigues de Camargo

Florianópolis
2014

Mariane Beatriz Sordi

AVALIAÇÃO DE LESÕES BUCAIS EM PACIENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS ILÍCITAS

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgiã-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 13 de Novembro de 2014

Banca Examinadora:

Prof.^a,Dr.^aEtiene de Andrade Munhoz
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^o,Dr.^oRogério de Oliveira Gondak
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a,Dr.^aInês Beatriz da Silva Rath
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho a todos os dependentes químicos em situação de vulnerabilidade, os quais necessitam de mais amparo e menos discriminação.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Laidete** e **Sergio**, cujo esforço permitiu que eu chegasse a esta etapa tão importante não só para mim, como para toda a minha família. Obrigada por todas as orientações e apoio nos momentos de dificuldade. Às minhas irmãs, **Isaura**, **Elisana** e **Roseane**, as quais são partes de mim, tão iguais e tão diferentes. O amor desta família permite que, mesmo distantes, possamos manter o carinho e apoio mútuo.

A esta universidade, que abriu muitos caminhos e ampliou o meu campo de visão sobre o mundo. Não posso negar o orgulho em dizer que sou discente da **Universidade Federal de Santa Catarina**, que, apesar de tantas faltas, é um excelente centro de ensino. A todo o corpo docente que fez ou ainda faz parte da minha trajetória no curso de graduação em Odontologia, em especial às minhas orientadoras, **Etiene** e **Alessandra**, que estiveram presentes em cada etapa da construção deste trabalho sem nunca hesitar auxílio e cuja dedicação é motivo de admiração. Obrigada pelo acolhimento e paciência durante todo este tempo que trabalhamos juntas neste projeto.

Ao meu namorado, **Jorge**, fiel companheiro, presente desde o início da minha jornada nesta universidade, sempre pronto a ajudar, a acolher, a escutar. Obrigada simplesmente por se fazer presente na minha vida.

A minha amiga e dupla de clínica, **Fabiana**. Nossas diferenças fizeram com que eu crescesse como a “quase dentista” que sou. Obrigada por estar presente, sempre me auxiliando, em todas estas horas clínicas que passamos juntas, e também nos momentos fora da universidade.

A minha colega e também parceira deste trabalho, **Rachel**, por todas as horas que passamos juntas coletando pacientes para a confecção desta pesquisa, o que acabou nos aproximando. E também a todos os meus colegas que fizeram com que a universidade se tornasse mais alegre, mais divertida, onde cada momento ficará marcado nas nossas vidas.

“O desejo sincero e profundo de uma coisa é sempre realizado; em minha própria vida tenho sempre verificado a certeza disto.”

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

O consumo de drogas ilícitas aumentou muito nos últimos anos. Dentre elas, a maconha e a cocaína/crack são as mais comumente utilizadas. Na cavidade bucal, essas substâncias produzem diversas alterações celulares e teciduais que indicam possibilidade de indução ao câncer de boca. Esse trabalho teve como objetivo avaliar a presença de lesões na mucosa oral, dados demográficos e saúde geral de pacientes usuários de drogas ilícitas. O estudo foi realizado com 35 dependentes químicos de ambos os sexos acima de 18 anos de idade e que se encontravam em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário (HU/UFSC) e no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC). Um número equivalente de pacientes não usuários foi usado como grupo controle. A análise estatística foi realizada pelo teste qui-quadrado com intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$). Foi encontrado que 91,4% do grupo experimental eram do sexo masculino, com média de idade de 36 anos. Para variáveis de saúde geral (comorbidades, internações, cirurgias, alergias e uso de medicamentos), não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Entretanto, as variáveis tabagismo, etilismo e presença de lesões apresentaram diferença estatística ($p < 0,05$). Dos 35 participantes da pesquisa, nenhuma lesão que tivesse hipótese de diagnóstico de câncer de boca ou de lesão potencialmente maligna foi observada, porém alterações diversas como aftas, ceratoses friccionais provocadas por bordos cortantes ou morsicátio, candidíase, cicatriz de extração dentária e despilação da língua foram relatadas no grupo experimental. Dentre o grupo controle, apenas duas lesões foram observadas, sem, entretanto, hipótese de diagnóstico de câncer de boca. Embora esta pesquisa não tenha comprovado a relação entre câncer de boca e a dependência de substâncias químicas ilícitas, os fatores de risco são conhecidos e comprovados e precisam ser levados em conta para a prevenção deste tipo câncer.

Palavras-chave: cannabis, cocaína, crack, diagnóstico bucal, comorbidade

ABSTRACT

The use of illicit drugs has increased greatly in recent years. Among them, marijuana and cocaine/crack are the most commonly used drugs. In the oral cavity, these substances produce several changes on cell and tissues that indicate the possibility of induction of oral cancer. The aim of this study was to evaluate the presence of lesions in oral mucosa, besides demographic and general health of patients using illicit drugs. The study was conducted with 35 individuals chemically dependents of both genders above 18 years old and who were undertreatment at Núcleo de Psiquitria do Hospital Universitário (HU/UFSC) and Instituto de Psiquitria de Santa Catarina (IPq/SC). An equivalent number of patients nonusers of drugs was used as a control group. Statistical analysis was performed using Chi-square test with a confidence interval of 95% ($p < 0.05$). It was found that 91.4% of the experimental group was male, with a mean range of 36 years of age. For general health variables (comorbidities, hospitalizations, surgeries, allergies and medications), there were no statistically significant difference between both groups. However, variables such as smoking, alcoholism and presence of oral lesions differ significantly ($p < 0.05$). Of the 35 participants, any lesion with hypothesis of diagnosis of oral cancer or potentially malignant lesion was observed, but several changes as aphthae, frictional keratoses caused by sharp edges or morsicatio, candidiasis, tooth extraction scar and lingual despapilation have been reported in the experimental group. Only two lesions without diagnosis of oral cancer were observed in the control group. Although this study had not proven the relationship between oral cancer and the dependence of illicit drugs, the risk factors are known and must be considered to prevent this kind of cancer.

Keywords: cannabis, cocaine, crack, oral diagnosis, comorbidity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Apresentação dos dados demográficos.....	40
Tabela 2. Apresentação dos dados socioeconômicos.....	41
Tabela 3. Renda familiar média.....	42
Tabela 4. Comparativo de gênero entre os grupos experimental e controle.....	42
Tabela 5. Apresentação dos dados sobre saúde geral.....	45
Tabela 6. Apresentação dos dados sobre as alterações sistêmicas.....	46
Tabela 7. Medicamentos por classe terapêutica.....	46
Tabela 8. Análise estatística dos pacientes com comorbidades (Teste qui-quadrado).....	47
Tabela 9. Análise estatística dos pacientes com histórico de internações (exceto dependência química) (Teste qui-quadrado).....	48
Tabela 10. Análise estatística dos pacientes com histórico de cirurgias (Teste qui-quadrado).....	48
Tabela 11. Análise estatística dos pacientes com histórico de alergias (Teste qui-quadrado).....	48
Tabela 12. Análise estatística sobre os pacientes que utilizam medicação (Teste qui-quadrado).....	49
Tabela 13. Apresentação dos dados sobre o uso de substâncias químicas lícitas.....	51
Tabela 14. Análise estatística sobre os fumantes (Teste qui-quadrado).....	52
Tabela 15. Análise estatística sobre os etilistas (Teste qui-quadrado).....	52
Tabela 16. Apresentação dos dados sobre o uso de substâncias químicas ilícitas.....	54
Tabela 17. Apresentação dos dados sobre o uso concomitante de substâncias químicas	55
Tabela 18. Apresentação dos dados sobre as lesões bucais.....	56
Tabela 19. Análise estatística sobre os pacientes com lesão (Teste qui-quadrado).....	57

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Comparativo de gênero entre os grupos experimental e controle.....	42
Gráfico 2. Comparativo de idade entre os grupos experimental e controle.....	43
Gráfico 3. Comparativo de etnia entre os grupos experimental e controle.....	43
Gráfico 4. Comparativo do estado civil entre os grupos experimental e controle.....	43
Gráfico 5. Comparativo da escolaridade entre os grupos experimental e controle.....	44
Gráfico 6. Comparativo da renda entre os grupos experimental e controle.....	44
Gráfico 7. Comparativo da saúde geral entre os grupos experimental e controle.....	47
Gráfico 8. Comparativo do uso de medicamentos entre os grupos experimental e controle.....	49
Gráfico 9. Comparativo de tabagistas entre os grupos experimental e controle.....	51
Gráfico 10. Comparativo de etilistas entre os grupos experimental e controle.....	52
Gráfico 11. Comparativo do uso concomitante de tabaco e álcool entre os grupos experimental e controle.....	53
Gráfico 12. Comparativo do uso concomitante de drogas lícitas e ilícitas.....	55
Gráfico 13. Comparativo de lesões encontradas nos grupos experimental e controle.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INCA – Instituto Nacional de Câncer
HPV – Vírus do Papiloma Humano
THC – Δ^9 -Tetrahydrocannabinol
DNA – Ácido Desoxirribonucleico
AN – Área Nuclear
AC – Área Citoplasmática
AN/AC – Relação Área Nuclear/Área Citoplasmática
OMS – Organização Mundial da Saúde
AA – Acetaldeído
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HBV – Vírus da Hepatite B
HCV – Vírus da Hepatite C
HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida Humana
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
HU/UFSC – Hospital Universitário/Universidade Federal de Santa Catarina
IPq/SC – Instituto de Psiquiatria/Santa Catarina
LSD – Dietilamida do Ácido Lisérgico (Lysergsäurediethylamid)
MDMA – 3,4-metilenodioximetanfetamina ou *ecstasy*
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	25
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	27
3 OBJETIVOS.....	33
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	35
5 RESULTADOS.....	39
6 DISCUSSÃO.....	59
7 CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS.....	75
ANEXO A – Parecer final do Comitê de Ética.....	83
APÊNDICE A – Ficha clínica.....	87
APÊNDICE B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do grupo experimental.....	89
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do grupo controle.....	91

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2011), o câncer de boca é o câncer que atinge os lábios e o interior da cavidade bucal (mucosa oral, palato duro, língua e assoalho de boca), cujo diagnóstico é de responsabilidade do cirurgião-dentista. Acomete principalmente homens acima dos 40 anos de idade.

Os fatores de risco mais conhecidos para o câncer de boca são o tabaco, álcool, vírus do papiloma humano (HPV) e a radiação solar. Entretanto, Toner e O'Regan (2009) perceberam um número crescente de pacientes mais jovens afetados por câncer de cabeça e pescoço com um tempo menor de exposição aos fatores de risco, sugerindo que outros fatores precisam ser investigados, dentre eles, o uso de maconha. Tal fato já havia sido reportado no estudo de Firth (1997), o qual também apontou o uso de maconha como fator causal no desenvolvimento de lesões potencialmente malignas, apesar da escassa existência de estudos a este respeito.

Os dependentes químicos apresentam um declínio significativo da imunidade e diversas outras alterações celulares que podem contribuir com o desenvolvimento do câncer. Na Odontologia, essa associação ainda é pouco explorada e, muitas vezes, de difícil diagnóstico, visto que esses pacientes demonstram certa resistência ao tratamento e utilizam outras substâncias que podem ser indutoras ou auxiliares para o aparecimento do câncer bucal, como o álcool e o cigarro (COLODEL et al., 2009).

Segundo o estudo de Firth (1997), o modo de uso da maconha pode desempenhar um papel importante no aparecimento do carcinoma epidermoide em jovens adultos, o que aumenta a credibilidade da relação causa/efeito entre essa droga e o aparecimento de lesões pré-malignas. É possível inferir que a maconha (*Cannabis sativa*) seja um fator de risco, uma vez que os carcinógenos encontrados no tabaco são também encontrados na maconha, entretanto esta possui canabinoides, substância capaz de causar analgesia e euforia nos usuários (LOPES et al., 2012). Apesar de evidências recentes apontarem que os canabinoides, principalmente o Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC), possam causar uma redução do metabolismo celular e indução de apoptose (propriedades antineoplásicas), o ato de fumar maconha libera acetaldeído, assim como ocorre com o tabaco, causando danos ao DNA das células expostas, devido à formação de N2-etil-20-desoxiguanosina (SINGH et al., 2009). Além do acetaldeído, outras substâncias

carcinogênicas encontradas na *C. sativa* são hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, como o alcatrão (BERTHILLER et al., 2009; SASSI et al., 2010; LOPES et al., 2012) e nitrosaminas (HOFFMANN et al., 1975). Colodel et al. (2009) descreveram que o princípio ativo da *Cannabis*, o THC, é prejudicial para as células de defesa do organismo, favorecendo infecções e provocando imunossupressão, comprovado fator de risco para o aparecimento de câncer.

Outro fator de risco que poderia estar associado ao desenvolvimento do câncer de boca é a cocaína (*Erythroxylon coca*), como foi demonstrado no estudo de Woyceichoski et al. (2008), o qual revelou que o uso desta droga é capaz de induzir mudanças significativas nas células epiteliais da mucosa oral. Foi observado que a área nuclear (AN) e a relação área nuclear/área citoplasmática (AN/AC) das células do epitélio pavimentoso estratificado da mucosa oral eram reduzidas em usuários de crack ou cocaína, sendo que esta redução poderia estar associada ao grau mais elevado de ceratinização encontrado nesses indivíduos (LIMA et al., 2007; WOYCEICHOSKI et al., 2008). Foi também demonstrado que poderia haver indução de alterações inflamatórias no epitélio oral de usuários de crack/cocaína (LIMA et al., 2007). A cocaína, quando seu pó é esfregado na superfície gengival a fim de provocar uma rápida absorção pelos usuários, pode acarretar irritação da mucosa. A absorção da *E. coca* pela mucosa leva à formação de lesões devido à falta de suprimento sanguíneo em decorrência da vasoconstrição da região afetada, provocando necrose tecidual (WOYCEICHOSKI et al., 2008; COLODEL et al., 2009).

Além da importante relação entre o uso de substâncias químicas ilícitas e o aparecimento de lesões potencialmente malignas, é importante que os cirurgiões-dentistas estejam aptos para avaliação de outras alterações orais que eventualmente possam ser relacionadas ao uso de drogas, tais como a erosão do esmalte provocada pelo uso local de cocaína/crack, a presença de inflamação generalizada da mucosa oral causada pela maconha, a xerostomia, a doença periodontal e a cárie dentária como consequência da higiene oral deficiente presente geralmente nesses pacientes (FIRTH, 1997; WOYCEICHOSKI et al., 2008; COLODEL et al., 2009).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Dados epidemiológicos para o câncer de boca

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, para 2030, 27 milhões de novos casos de câncer incidirão sobre a população, 17 milhões de pessoas morrerão devido ao câncer e 75 milhões de indivíduos viverão com a doença.

A OMS também aponta as diferentes incidências dos tipos de câncer conforme a renda dos países, sendo que em países com elevado recurso financeiro predominam os cânceres de pulmão, mama, próstata e cólon, e em países de baixa renda os cânceres de estômago, fígado, cavidade oral e colo de útero são predominantes.

Em estudo realizado para avaliar a incidência de casos de câncer no Brasil em 2012, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2011), estimou que 9.990 novos casos de câncer de boca são esperados para o sexo masculino e, para o sexo feminino, esperam-se 4.180 casos novos. Descartando os tumores de pele não melanoma, o câncer de boca em homens é o sexto mais frequente na região sul do Brasil e o décimo quinto mais comum em mulheres para a mesma região. Em Santa Catarina estima-se que o número de casos novos de câncer de boca seja de 380 para o ano de 2012 e, especificamente em Florianópolis, 30 é o número esperado de casos novos para este tipo de câncer (INCA, 2011).

2.2 Fatores de risco para o câncer de boca e suas características

Segundo o INCA (2011), os principais fatores de risco para o câncer de boca são o tabaco, o álcool e as infecções pelo HPV. Estudos indicam que a associação de tabagismo com etilismo estabelece um sinergismo entre esses dois fatores de risco, aumentando em 30 vezes o risco para o desenvolvimento deste tipo de neoplasia. O tabagismo é responsável por aproximadamente 42% das mortes por câncer de boca, enquanto o etilismo pesado corresponde a cerca de 16% dos óbitos.

Atualmente, a maconha, cientificamente conhecida como *Cannabis sativa*, está sendo apontada como fator etiológico para o câncer de boca. Esta planta tem origem na Ásia Central e foi introduzida na Índia para uso em cerimônias religiosas e para fins terapêuticos. A maconha contém um grupo de substâncias químicas denominadas canabinoides, sendo que o Δ 9-tetrahydrocannabinol (THC) é o

canabinoide com maior potencial psicotrópico e também o mais estudado (ASHTON, 2001).

Pesquisas laboratoriais têm mostrado que o THC exibe propriedades antitumorais, como a apoptose e redução do metabolismo celular, bem como propriedades que podem facilitar o desenvolvimento tumoral e a limitação da função do sistema imunológico (HASHIBE, FORD, ZHANG, 2002; LOPES et al., 2012). A imunossupressão é um fator de risco para o aparecimento de neoplasias porque, nesse fenômeno, ocorre diminuição de um ou mais tipos de células responsáveis pela defesa do organismo. Esses defensores são capazes de detectar, durante a divisão celular, possíveis erros que tornam as células mutantes ou prejudiciais ao organismo, por isso são grandes aliados para evitar o aparecimento e a progressão do câncer (FARDIN et al., 2004).

Além do mais, o alcatrão presente na maconha contém carcinógenos similares aos do tabaco, sendo que cada cigarro de maconha pode ser mais prejudicial que um cigarro de tabaco, pois no ato de fumar maconha há uma maior inalação de alcatrão e maior retenção da fumaça (HASHIBE, FORD, ZHANG, 2002; LOPES et al., 2012).

Há também a liberação de acetaldeído (AA), uma substância comprovadamente carcinogênica devido ao dano ao DNA celular que esta causa. O AA é encontrado tanto no tabaco como na maconha, sendo estes considerados carcinogênicos. O álcool não possui esta substância, mas a libera durante seu metabolismo na forma de subproduto, também considerado agente co-carcinogênico. Além disso, o uso do álcool torna a mucosa oral mais permeável e, portanto, mais suscetível à ação do AA sobre as células (LOPES et al., 2012).

Normalmente indivíduos dependentes químicos são considerados poliusuários, pois também fazem uso de diversas drogas, tais como o álcool e tabaco. A boca representa o local de entrada para esses agentes e, por isso, torna-se bastante susceptível aos efeitos maléficos dessas substâncias. Os canabinoides são extremamente lipofílicos, por isso conseguem atingir o meio intracelular com grande facilidade e, em associação com o álcool, têm sua passagem mais facilitada, visto que o mesmo altera a permeabilidade celular agindo como um solvente (LOPES et al., 2012).

Segundo Lopes et al. (2012), a diminuição da secreção salivar induzida pelos canabinoides também teria um efeito importante para o desenvolvimento do câncer de boca. Uma das principais funções da saliva representa sua atividade solvente, diluindo as substâncias que entram em contato com a mucosa bucal e, assim, facilitando o paladar.

Porém, esta propriedade também ocorre com substâncias cancerígenas levando ao aumento da concentração desses agentes pró-neoplásicos na cavidade oral em quadros de hipossalivação.

Versteeg et al. (2008) encontraram que alterações como xerostomia, aumento da prevalência e da densidade de *Candida albicans*, papiloma, hiperplasia gengival crônica e uvulite estão associadas ao uso da maconha. Leucoedema é uma alteração do desenvolvimento comum da mucosa oral que parece ser uma simples variação da normalidade. Clinicamente se apresenta como uma película opaca, com descoloração da mucosa, podendo ter uma aparência enrugada e que desaparece parcialmente quando a mucosa é esticada, o que ajuda a diferenciar esta lesão de outras condições semelhantes, tais como a leucoplasia. O aumento do número e densidade de *C. albicans* pode ser devido à presença dos hidrocarbonetos liberados pelo fumo da maconha, que atuam como uma fonte de energia para certas espécies de *Candida*. Fatores como a resposta imune comprometida devido ao uso crônico de *Cannabis*, higiene deficiente e fatores nutricionais também devem ser considerados.

Apesar de várias evidências apontarem a maconha como um agente potencialmente cancerígeno, essa relação ainda não é comprovada (FIRTH, 1997; HASHIBE et al., 2006; BERTHILLER et al., 2009; TONER, O'REGAN, 2009; LOPES et al. 2012). O estudo de Hashibe et al. (2006) corrobora com esta afirmativa, visto que as relações dose-resposta positiva observadas em associação ao uso da maconha não estabeleceram relação com o câncer bucal, mesmo desconsiderados os critérios de confusão, como o tabagismo.

Cerca de 147 milhões de pessoas, 2,5% da população mundial, consumia *C. sativa* e 0,2% desta população consumia cocaína, segundo consta na publicação de Ashton (2001).

A cocaína é um alcaloide feito a partir de folhas da planta *Erythroxylon coca*. A forma em pó da cocaína é preparada por dissolução do alcaloide em ácido clorídrico para formar o cloridrato de cocaína, um sal solúvel em água (WOYCEICHOSKI et al., 2008). Quando fumada, a cocaína produz um efeito eufórico quase instantâneo, devido a sua alta absorção através da circulação pulmonar. Essa droga impede a recepção de noradrenalina e dopamina no sistema nervoso simpático, apresentando efeito estimulante psicomotor e sensação de bem-estar semelhante ao efeito de anfetaminas (LIMA et al., 2007).

A cocaína foi utilizada pela primeira vez na década de 80 como um anestésico local em cirurgias nos olhos, nariz e garganta. Ela

proporcionava, além da anestesia, a vasoconstrição, o que permitia diminuir os sangramentos durante os procedimentos em que era utilizada. Contudo, essas aplicações terapêuticas caíram em desuso devido ao desenvolvimento de drogas mais seguras com os mesmos efeitos farmacológicos. Aproximadamente dez anos depois, surgiu uma nova variação dessa substância, conhecida como crack, que se tornou popular em meados da década de 1980, devido aos seus rápidos efeitos e ao menor custo quando comparado à cocaína. O crack representa a cocaína dissolvida em água e acrescida de bicarbonato de sódio. Tal mistura é aquecida, ocorrendo a separação das partes sólidas e líquidas. Após a secagem, a parte líquida evapora e a parte sólida é cortada em pedras prontas para o uso (LIMA et al., 2007).

Pesquisas apontam que a cocaína ou o crack podem induzir alterações nas células epiteliais mucosas da cavidade oral. Tais alterações parecem ocorrer devido à ceratinização das células do epitélio pavimentoso estratificado da mucosa oral, onde a relação núcleo/citoplasma fica alterada, já que a diminuição do diâmetro do núcleo ocorre pareada ao aumento do diâmetro citoplasmático, o que pode indicar transformações malignas (WOYCEICHOSKI et al., 2008). Alterações inflamatórias também foram relatadas na mucosa de usuários de cocaína/crack, como a presença de leucócitos, ou glóbulos brancos do sangue (LIMA et al., 2007).

A hiperqueratinização também é um achado comum em pacientes tabagistas. Essa alteração do epitélio pode resultar de um irritante local (físico, químico e /ou térmico), mas também pode estar presente em várias outras condições fisiológicas, inflamatórias, imunológicas, condições pré-malignas e malignas. Assim, os efeitos do calor e/ou dos componentes químicos presentes no crack provavelmente são os fatores que induzem essa resposta do epitélio (WOYCEICHOSKI et al., 2008).

No estudo de Lima et al. (2012) foi observado que a mucosa de pacientes usuários de crack apresentava alterações celulares, como uma quantidade elevada de células inflamatórias, principalmente polimorfonucleares. Os resultados demonstraram que essa alteração ocorre tanto no epitélio oral como na mucosa brônquica. Os pacientes também relataram uma sensação de ardência na boca durante o uso da substância. De acordo com Woyceichoski et al. (2008), os dependentes químicos de crack/cocaína apresentam alta prevalência de lesões bucais e nos lábios, como queimaduras, bolhas e feridas, o que poderia facilitar a transmissão de doenças.

Além desses efeitos no epitélio, o crack também apresenta efeitos de grande alcance sobre a produção de citocinas. A cocaína diminui a capacidade dos macrófagos de eliminar bactérias e células tumorais, provavelmente por provocar a supressão da sua capacidade de gerar moléculas como o óxido nítrico necessário para essas funções. O resultado desses efeitos pode ser uma suscetibilidade aumentada para ocorrência de doenças infecciosas, como e AIDS, por exemplo (WOYCEICHOSKI et al., 2008).

Outra alteração relatada diz respeito à presença da infecção por *Candidaalbicans*. Segundo Mateos-Moreno et al. (2013), a presença de candidíase é representativa da pobre higienização não somente bucal, mas como um todo. Esta infecção pode variar de um leve envolvimento de mucosa oral, observado na maioria dos casos, até casos da doença disseminada presente em pacientes imunossuprimidos (NEVILLE, 2009). As lesões bucais associadas ao uso de cocaína/crack podem incluir ulcerações, encontradas principalmente na região anterior da boca, onde a droga é comumente utilizada (PILLOW, CUTHBERTSON, 2012). A irritação da mucosa e a presença de escaras sujeitas à infecção na língua também foi citada em pacientes usuários de cocaína ou crack. Para conseguir rápida absorção, certos usuários esfregam o pó na mucosa gengival, causando as alterações na superfície mucosa, que leva a formação de lesões por deficiência sanguínea na região, decorrente da vasoconstrição, podendo levar à necrose tecidual (COLODEL et al., 2009).

2.3 Comorbidades

O estudo de Connoret al. (2013) apontou que a saúde mental de dependentes químicos apresenta-se comprometida quando comparada com a população não dependente. Pacientes que utilizam diversos tipos de drogas (poliusuários) demonstraram níveis mais elevados de depressão e ansiedade que usuários de álcool, tabaco e maconha somente. Sendo assim, os altos níveis de dependência de maconha e poliusuários foram fortemente associados com deficiência de humor e ansiedade, bem como sintomas psicóticos e maníacos mais elevados.

Os usuários de crack, além das alterações produzidas pela cocaína, como vasoconstrição, aumento da temperatura corporal, da frequência cardíaca e da pressão arterial, podem apresentar problemas respiratórios agudos, como tosse, falta de ar, comprometimento e sangramento pulmonar. Esses indivíduos também podem apresentar comportamento agressivo e paranoico (LIMA et al., 2007).

Geralmente os pacientes usuários de crack, também são tabagistas e fazem uso da maconha. Quando o crack é utilizado em conjunto com o tabaco, parece aumentar os danos brônquicos, porém esse efeito aditivo não é encontrado em usuários de maconha e crack. A frequência de alterações no histopatológico foi quase idêntica entre usuários de maconha, cocaína ou crack e tabagistas, sugerindo que todos esses grupos apresentam danos nas vias aéreas semelhantes. Usuários de crack e tabaco ou maconha e tabaco apresentavam danos ainda maiores no epitélio quando as amostras foram analisadas no histopatológico (WOYCEICHOSKI et al., 2008).

Usuários de drogas injetáveis, como geralmente ocorre com a cocaína, são de alto risco para a transmissão de vírus transmitidos pelo sangue, como os vírus das hepatites B e C (HBV e HCV, respectivamente) e o vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV) (DEGENHARDT, HALL, 2012). A transmissão dessas doenças virais se dá principalmente através da partilha de seringas entre usuários de drogas injetáveis. Apesar da importância do HIV, o qual leva a um quadro de imunossupressão, o HCV é mais facilmente transmitido pelo contato com sangue, de forma que esta doença é mais difundida entre os usuários de drogas injetáveis (de VOS et al., 2012). As infecções por HBV e HCV são as principais causas de hepatite crônica, cirrose e carcinoma hepatocelular (MIN et al., 2013).

Além disso, existe a relação entre uso de drogas ilícitas e tuberculose. Estudos de análise de genotipagem mostraram intensa transmissão de tuberculose por várias fontes dentro dos grupos de usuários de drogas e moradores de rua, demonstrando a importância de um programa dirigido a essa população (DUARTE et al., 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Verificar a presença de lesões bucais em pacientes usuários de substâncias químicas ilícitas em tratamento no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) ou no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC).

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar dados demográficos e de saúde geral de indivíduos dependentes químicos.

- Avaliar a existência de câncer bucal e lesões potencialmente malignas presentes na cavidade oral e lábios de indivíduos dependentes químicos.

- Avaliar quaisquer outras lesões presentes na cavidade oral e lábios de indivíduos dependentes químicos.

- Buscar associação entre lesões bucais e o uso de drogas ilícitas, objetivando a prevenção dos fatores de risco.

- Buscar associação entre lesões bucais e o uso de medicamentos.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Aspectos éticos

O comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) aprovou a realização deste estudo em 09/12/2013 por meio do protocolo de número 22723713.7.0000.0121, parecer 483.771 (Anexo A). Após os dados serem digitados no banco de dados, os participantes foram referidos apenas por um código de referência.

Os pacientes foram informados verbalmente e por escrito dos objetivos da pesquisa, dos riscos e benefícios de participarem do estudo e dos resultados esperados. Foram incluídos no estudo apenas os pacientes que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A e B).

4.2 Desenho do estudo e casuística

O estudo observacional caso-controle foi realizado no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC), localizado na Colônia Santana, município de São José e nas Clínicas Odontológicas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de tempo compreendido entre março e setembro de 2014. Os pacientes envolvidos no estudo foram divididos em dois grupos principais:

Grupo experimental: Foram avaliados 35 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, dependentes químicos. Foram considerados usuários de maconha, cocaína (intravenosa ou inalatória) e crack. Pacientes poliusuários e em uso concomitante de substâncias lícitas, tais como tabaco e álcool, também foram considerados.

Todos os pacientes incluídos neste grupo foram investigados quanto à presença de lesões mucosas bucais, condição socioeconômica, dados demográficos, comorbidades e uso de medicamentos.

Os pacientes receberam avaliação odontológica específica por dois examinadores graduandos em Odontologia, calibrados por dois especialistas na área de Estomatologia (professoras tutoras responsáveis pelo projeto), utilizando equipamentos de proteção individual. Os pacientes foram avaliados sentados em uma cadeira, com auxílio de espátula de madeira e lanterna de mão. Após avaliação bucal inicial, os pacientes responderam um questionário simples (Apêndice C) que

incluiu avaliação de dados como idade, sexo, etnia, renda familiar média, número de habitantes por moradia, número de pessoas participantes na renda, uso de substâncias químicas lícitas e ilícitas, tempo e frequência de uso, presença de hábitos deletérios, comorbidades, uso de medicamentos.

Após avaliação bucal, os dados coletados foram transferidos para a ficha clínica elaborada especificamente para este estudo (Apêndice C).

Grupo controle: Constituído por 35 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, nãousuários de substâncias químicas ilícitas e que estavam em atendimento odontológico nas disciplinas clínicas do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Estes indivíduos foram investigados quanto à condição socioeconômica, dados demográficos, comorbidades, uso de medicamentos e quanto à presença de lesões mucosas bucais.

Após consulta odontológica de rotina com alunos de graduação, os pacientes receberam avaliação odontológica específica pelos mesmos examinadores do grupo experimental. Os pacientes foram avaliados sentados em uma cadeira odontológica, com auxílio de espátula de madeira e foco luminoso e os dados coletados foram transferidos para uma ficha clínica elaborada especificamente para este estudo (Apêndice C). Seguida da avaliação bucal, os pacientes responderam o questionário (Apêndice C) que incluiu avaliação de dados como idade, sexo, etnia, presença de hábitos deletérios, comorbidades, uso de medicamentos, renda familiar média, número de habitantes por moradia, e número de pessoas participantes na renda.

4.3 Critérios exclusão

Pacientes menores de 18 anos foram excluídos desta pesquisa.

4.4 Exame Físico

O exame físico extra e intra bucal foi realizado por dois examinadores utilizando equipamentos de proteção individual em pacientes sentados em uma cadeira com auxílio de espátulas de madeira, gaze estéril e lanterna.

Os dados foram devidamente registrados em ficha própria (Apêndice C), com o auxílio de um anotador. Este exame foi realizado imediatamente após a consulta médica de rotina no Núcleo de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) ou apenas chamando os pacientes já identificados

através do prontuário como usuários de drogas ilícitas para uma sala reservada no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC).

As informações coletadas durante o exame clínico incluíram: presença de lesões de câncer bucal ou de lesões potencialmente malignas e avaliação de qualquer alteração/lesão na mucosa dos pacientes em questão.

Os pacientes que apresentaram lesões orais que pudessem ser indicativas de câncer de boca ou que necessitassem de algum tratamento foram encaminhados às Clínicas Odontológicas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina ou ao Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário (HU/UFSC).

4.5 Diagnóstico da malignidade das lesões

O diagnóstico para as lesões encontradas foi fundamentado em bases clínicas e, se necessário, em exames complementares de imagem, laboratoriais e histopatológicos. Esses exames são frequentemente realizados nos pacientes que apresentam lesões na mucosa oral e que são encaminhados para Clínicas Odontológicas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina ou para o Ambulatório de Estomatologia da mesma universidade, onde são diagnosticados e, se necessário, tratados das lesões no Centro de Ciências de Saúde ou no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Todos pacientes participantes nos quais foram identificadas alguma alteração tiveram suporte integral com relação às lesões em mucosa bucal.

4.6 Análise crítica de riscos e benefícios

Os procedimentos necessários para a pesquisa, que incluem resgate de dados clínicos de prontuário, entrevista e exame clínico, são inócuos e não invasivos, e não ofereceram nenhum risco aos pacientes, além de manter o sigilo sobre sua identidade.

Como benefício direto, foi realizado no paciente um exame de sua condição bucal somada a orientações de higiene. Além disso, houve suporte necessário para os pacientes em que se suspeitou de alguma lesão.

4.7 Hipóteses

Hipótese nula: Não há diferença nas alterações bucais entre os grupos experimental (dependentes químicos) e controle (nãousuários).

Hipótese alternativa: O grupo experimental (dependentes químicos) possui mais alterações bucais que o grupo controle (nãousuários).

5.8 Análise estatística

Foi confeccionada uma tabela com os dados relativos ao paciente e tabelas de contingência com as alterações observadas para que as mesmas pudessem ser comparadas por meio de análise estatística, que foi realizada com o programa SPSS v.16.0 para Windows (SPSS, Chicago, IL, USA).

O método de KolmogorovandSmirnov foi utilizado para confirmar a distribuição Gausiana da amostra. O intervalo de confiança foi ajustado para 95%, ou seja, um nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

Os dados clínicos foram analisados de forma descritiva com variáveis relativas e absolutas. Foram analisadas por meio do teste qui-quadrado a diferença entre grupos com relação a gênero, hábitos de tabagismos e etilismo, presença de comorbidades, histórico de internações, cirurgias e alergias, uso de medicação e presença de lesões.

5 RESULTADOS

Seguindo a metodologia proposta foram avaliados 35 pacientes dentro do Núcleo de Psiquiatria do HU/UFSC e do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC), os quais compuseram a amostra deste estudo. Além destes, outros 35 pacientes foram avaliados dentro das clínicas odontológicas do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFSC), os quais fizeram parte do grupo controle (sujeitos nãousuários de substâncias químicas ilícitas) da presente pesquisa.

5.1 Dados demográficos e socioeconômicos

Grupo experimental: Na amostra do grupo experimental, foram encontrados 32 pacientes do sexo masculino e 3 do sexo feminino, compondo aproximadamente 91,4% de homens para 8,6% de mulheres participantes da pesquisa.

Com relação à idade, verificou-se que a média de todos os sujeitos da pesquisa era de 36 anos de idade, sendo que o mais velho possuía 56 anos e o mais novo estava com 19 anos de idade no momento da entrevista.

Em se tratando de etnia, dos 35 sujeitos participantes, apenas 6 (17,15%) eram melanodermas, os 29 (82,85%) demais eram leucodermas. Todos os pacientes possuíam nacionalidade brasileira.

Grupo controle: Dentre o grupo controle, 14 (40%) pacientes eram do sexo masculino e 21 (60%) eram do sexo feminino.

Com relação à idade, a média do grupo controle da pesquisa era de 45,11 anos de idade, sendo que o mais velho possuía 83 anos e o mais novo estava com 21 anos de idade no momento da coleta dos dados.

Sobre a etnia, apenas 1 (2,85%) paciente era xantoderma, 5 (14,3%) eram melanodermas e os demais (82,85%) eram leucodermas. Apenas 1 sujeito possuía nacionalidade argentina, o restante possuía nacionalidade brasileira.

Tabela 1. Apresentação dos dados demográficos.

Característica	Grupo Experimental			Grupo Controle		
	Mulheres (n=3)	Homens (n=32)	TOTAL (n=35)	Mulheres (n=3)	Homens (n=32)	TOTAL (n=35)
Idade						
Média	37,65	34,34	35,95	43,95	42,35	45,11
Variação	28-48	19-56	19-56	21-83	23-70	21-83
Etnia						
Leucoderma	3	26	29	18	11	29
Melanoderma	0	6	6	2	3	5
Xantoderma	0	0	1	1	0	1

Grupo experimental: Ao serem questionados sobre seu estado civil, 24 (68,6%) entrevistados diziam-se solteiros, 8 (22,85%) eram casados, 2 (5,7%) diziam estar em união estável e 1 (2,85%) estava divorciado. Dentre participantes da pesquisa, 2 (5,7%) diziam ser moradores de rua, 4 (11,4%) viviam sozinhos e os demais (82,85%) moravam com 1 ou mais familiares, sendo que o máximo encontrado foi de 6 integrantes morando juntos.

Sobre a escolaridade, 1 (2,85%) participante afirmou que nunca havia frequentado a escola, 15 (42,85%) possuíam ensino fundamental incompleto, 6 (17,15%) haviam cursado todo o ensino fundamental, 5 (14,25%) não haviam terminado o ensino médio, 3 (8,55%) finalizaram o ensino médio, 3 (8,55%) tinham o ensino superior incompleto, 1 (2,85%) havia terminado o ensino superior e 1 (2,85%) possuía curso técnico.

Grupo controle: Com relação ao estado civil, 14 (40%) entrevistados estavam solteiros, 18 (51,45%) eram casados e 3 (8,55%) eram viúvos. Dentre o grupo controle, 7 (20%) viviam sozinhos, 26 (74,3%) moravam com um ou mais familiares e os demais (5,7%) moravam em outras situações, sendo que 1 vivia em casa de repouso, com 32 pessoas residindo na mesma. A Tabela 5.5 apresenta os mesmos valores, separando-os entre homens e mulheres.

Sobre a escolaridade, 8 indivíduos possuíam ensino fundamental incompleto, 8 haviam cursado todo o ensino fundamental, 1 não havia terminado o ensino médio, 10 finalizaram o ensino médio, 5 tinham o ensino superior incompleto e 3 haviam terminado o ensino superior.

Tabela 2. Apresentação dos dados socioeconômicos.

Característica	Grupo Experimental			Grupo Controle		
	Mulheres (n=3)	Homens (n=32)	TOTAL (n=35)	Mulheres (n=3)	Homens (n=32)	TOTAL (n=35)
Estado Civil						
Solteiros	3	21	24	8	6	14
Casados	0	9	8	10	8	18
Divorciados	0	1	1	0	0	0
Viuvos	0	0	0	3	0	3
União estável	0	1	2	0	0	0
Moradia						
Cônjuge e/ou filhos	3	12	15	12	8	20
Pais	0	13	13	4	2	6
Sozinho	0	4	4	4	3	7
Morador de rua	0	2	2	0	0	0
Outros	0	1	1	1	1	2
Habitantes por moradia						
Média	3,66	3,63	3,3	2,95	4,71	3,85
Varição	2-6	1-5	1-6	1-6	1-36	1-36
Morador de rua	0	2	2	0	0	0
Casa de repouso	0	0	0	0	1	1
Grau de escolaridade						
Nunca estudaram	0	1	1	0	0	0
Ensino fundamental incompleto	2	13	15	6	2	8
Ensino fundamental completo	0	6	6	4	4	8
Ensino médio incompleto	0	5	5	0	1	1
Ensino médio completo	0	3	3	6	4	10
Curso técnico	0	1	1	0	0	0
Ensino superior incompleto	0	3	3	4	1	5
Ensino superior completo	1	0	1	1	2	3

Grupo experimental:A renda média dos participantes da pesquisa foi de R\$ 2.872,00 mensais (cerca de 4 salários mínimos), sendo que a maior renda encontrada foi de R\$ 30.000,00, a menor foi de R\$ 700,00, 1 dos pacientes não soube informar a renda mensal de sua família e 3 diziam não possuírem renda.

Grupo controle:A renda média do grupo controle foi de R\$ 4.105,00 mensais (cerca de 5,5 salários mínimos), onde a maior renda encontrada foi de R\$ 18.000,00, a menor foi de R\$ 650,00 e 1 dos entrevistados não soube informar a renda mensal de sua família.

Tabela 3. Apresentação dos dados sobre a renda média familiar.

Característica	Experimental (n = 35)	Controle (n = 35)
Renda média familiar	R\$2.872,00	R\$4.105,00
Habitantes por moradia (média)	3,3	3,85
Contribuintes de renda (média)	1,77	1,73

5.1.1 Comparativo entre os grupos

Gráfico 1. Comparativo de gênero entre os grupos experimental e controle.

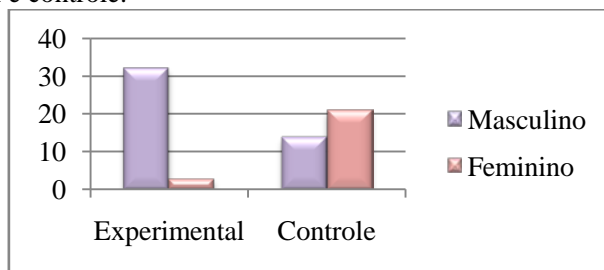


Tabela 4. Comparativo de gênero entre os grupos experimental e controle.

	Homens	Mulheres	Total
Experimental	32 ^{Aa}	3 ^{aB}	35
Controle	14 ^{Ab}	21 ^{Bb}	35
Total	46	24	70

Houve diferença estatística com relação ao gênero, sendo um número maior de homens no grupo experimental e um número maior de mulheres no grupo controle ($p = 0.0001$).

Gráfico 2. Comparativo de idade entre os grupos experimental e controle.

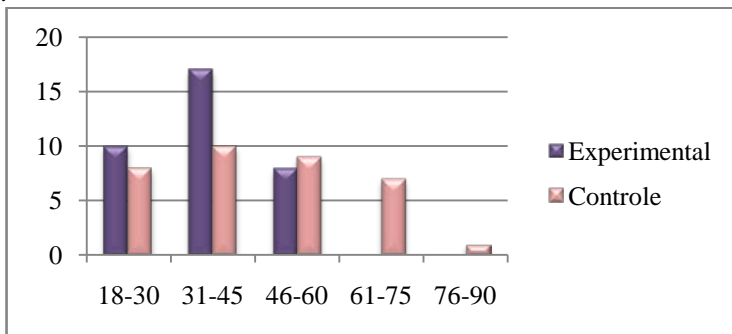


Gráfico 3. Comparativo de etnia entre os grupos experimental e controle.

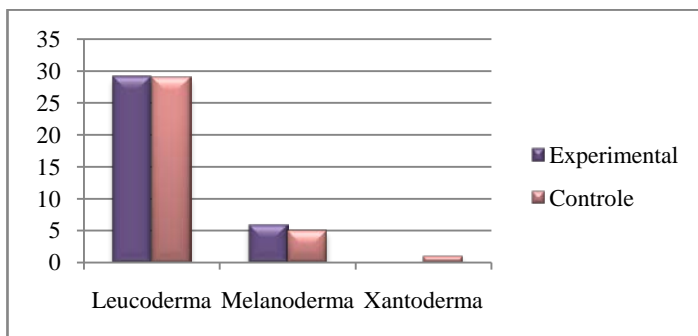


Gráfico 4. Comparativo do estado civil entre os grupos experimental e controle.

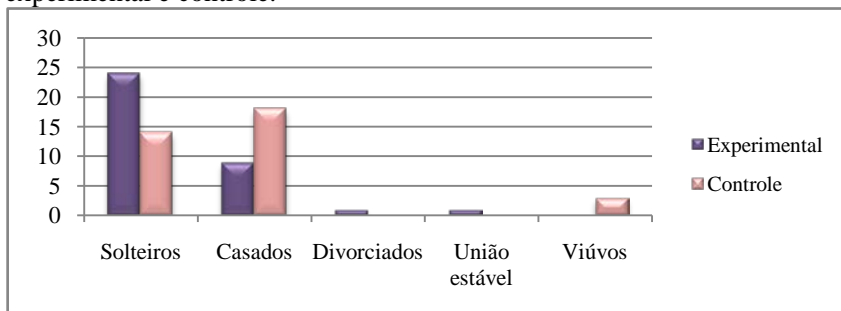


Gráfico 5. Comparativo da escolaridade entre os grupos experimental e controle.

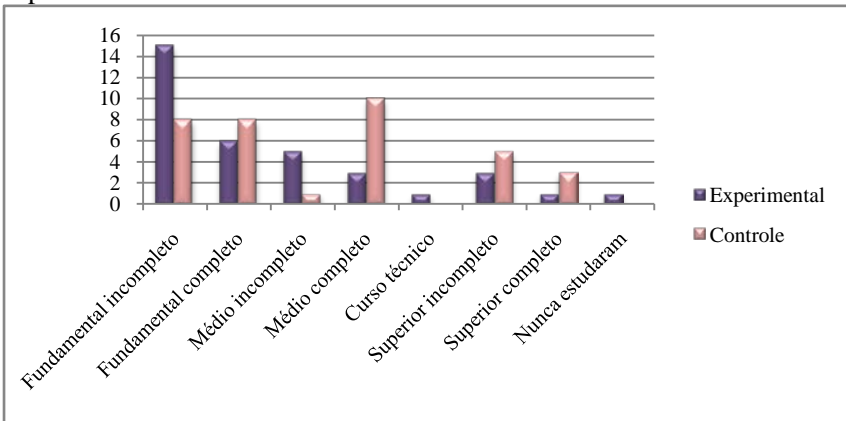
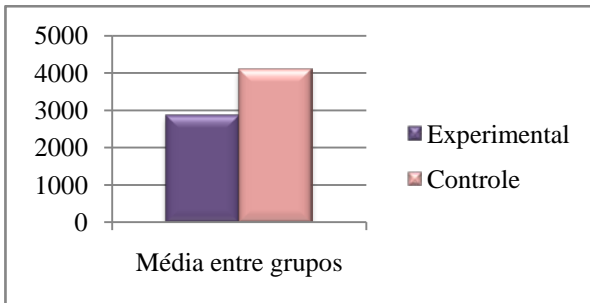


Gráfico 6. Comparativo da renda entre os grupos experimental e controle.



5.2 Dados sobre saúde geral

Grupo experimental: Com relação à saúde geral dos pacientes entrevistados, 27 (77,15%) sujeitos não possuíam nenhum problema de saúde além dos problemas psiquiátricos, motivo que os levou a procurar os serviços em questão; os demais, 8 (22,85%) participantes, apresentavam algum problema de saúde (a Tabela 5.6 especifica o tipo e número de comorbidades encontradas). Na amostragem, 21 (60%) pacientes já haviam sido internados por outros motivos que não fossem a dependência química e 14 (40%) nunca haviam sido internados.

Ainda, 24 (68,6%) sujeitos nunca passaram por um procedimento cirúrgico, enquanto que 11 (31,4%) pessoas disseram já ter realizado algum tipo de cirurgia. 29 (82,85%) participantes relataram não terem de nenhum tipo de alergia e 6 (17,15%) pessoas se disseram alérgicas a algum produto.

Grupo controle: Sobre a saúde geral dos entrevistados, 25 (71,4%) sujeitos não possuíam nenhum problema de saúde, os demais, 10 (28,6%) participantes, apresentavam algum problema de saúde (a Tabela 5.6 especifica o tipo e número de comorbidades encontradas). No controle, 17 (48,6%) sujeitos já haviam sido internados e 18 (51,4%) nunca haviam sido internados. Ainda, 14 (40%) entrevistados nunca passaram por um procedimento cirúrgico, enquanto que 21 (60%) disseram já ter realizado algum tipo de cirurgia. Enquanto 33 (94,3%) participantes não relataram nenhum tipo de alergia, 2 (5,7%) pessoas eram alérgicas a algum produto.

Tabela 5. Apresentação dos dados sobre saúde geral.

	Grupo Experimental	Grupo Controle
Problemas de saúde / comorbidades	Total (n = 35)	Total (n = 35)
Sim	8	10
Não	27	25
Internação (por motivos que não a dependência química)		
Sim	21	17
Não	14	18
Procedimentos cirúrgicos		
Sim	11	14
Não	24	21
Alergias		
Sim	6	2
Não	29	33

Tabela 6. Apresentação dos dados sobre as alterações sistêmicas.

	Grupo Experimental	Grupo Controle
Alteração sistêmica		
Diabetes melito	1	1
Hipertensão arterial sistêmica	2	5
Asma	1	0
Bronquite	0	0
Infecção pelo HIV	1	1
Infecção pelo vírus C	1	0
Coagulopatias	1	0
Gastrite	1	1
Enfisema pulmonar	1	0
Trombose	1	0
Toxoplasmose	1	0
Problemas ortopédicos	1	0
Outros	0	2
Total	12	10

Grupo Experimental: Com relação ao uso de medicamentos, a maioria dos pacientes incluídos na amostra (24 sujeitos – 68,6%) fazia uso de uma ou mais substâncias medicamentosas na data da consulta odontológica.

Grupo Controle: Para o uso de medicamentos, 16 (45,7%) dos entrevistados fazia uso de uma ou mais substâncias medicamentosas no período em que a pesquisa foi realizada.

Tabela 7. Medicamentos separados por classe terapêutica.

	Grupo Experimental	Grupo Controle
Medicamentos		
Anticoncepcionais	0	5
Analgésicos	1	0
Antiinflamatórios	1	0
Vitaminas	20	0
Hormonal	0	3
Glicose	0	1
Antiulcerosos	3	2
Antialcoólicos	1	0
Antihipertensivos	3	6
Anticoagulantes	0	2
Antiarrítmicos	0	1
Antiemético/Antihistamínico	4	0
Ansiolíticos	15	2

Antidepressivos	8	2
Psicoestimulante	1	0
Antipsicóticos/Neurolépticos	22	0
Anticonvulsivantes/Antiepiléticos	14	0
AZT (coquetel)	0	1
Total	93	25

5.2.1 Comparativo entre os grupos

Gráfico 7. Comparativo da saúde geral entre os grupos experimental e controle.

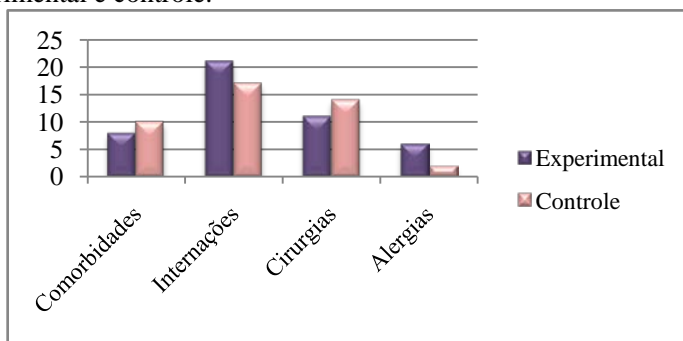


Tabela 8. Análise estatística dos pacientes com comorbidades (Teste qui-quadrado).

Comorbidades	Sim	Não	Total
Experimental	8	27	35
Controle	10	25	35
Total	18	52	70

Não houve diferença estatística entre os grupos experimental e controle com relação a presença de comorbidades ($p = 0,7845$).

Tabela 9. Análise estatística dos pacientes com histórico de internações (exceto dependência química) (Teste qui-quadrado).

Internações	Sim	Não	Total
Experimental	21	14	35
Controle	17	18	35
Total	38	32	70

Não houve diferença estatística entre os grupos experimental e controle com relação a histórico de internações ($p = 0,4717$).

Tabela 10. Análise estatística dos pacientes com histórico de cirurgias (Teste qui-quadrado).

Cirurgias	Sim	Não	Total
Experimental	11	24	35
Controle	14	21	35
Total	25	45	70

Não houve diferença estatística entre os grupos experimental e controle com relação a histórico de cirurgias ($p = 0,6179$).

Tabela 11. Análise estatística dos pacientes com histórico de alergias (Teste qui-quadrado).

Alergias	Sim	Não	Total
Experimental	6	29	35
Controle	2	33	35
Total	8	62	70

Não houve diferença estatística entre os grupos experimental e controle com relação a histórico de alergias ($p = 0,2597$).

Gráfico 8. Comparativo do uso de medicamentos entre os grupos experimental e controle.

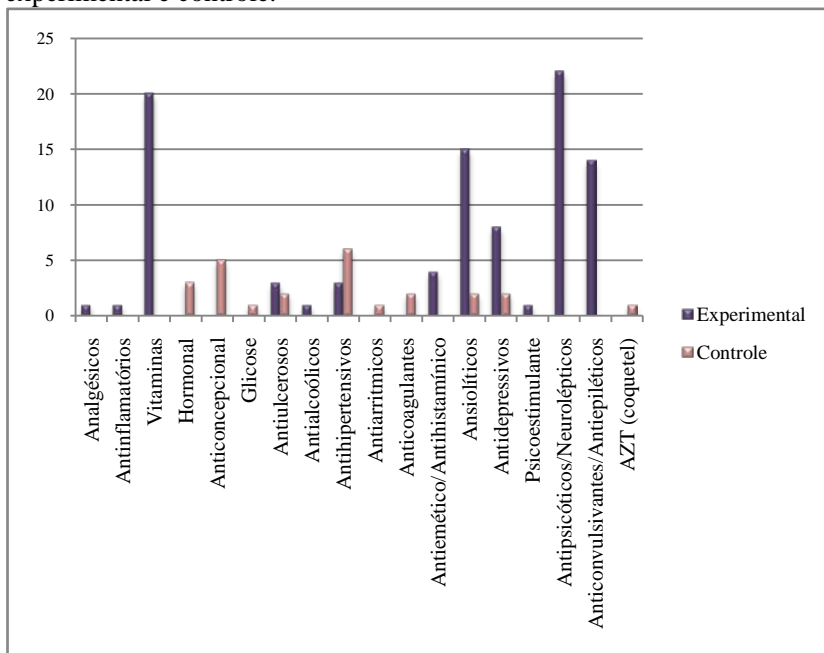


Tabela 12. Análise estatística sobre os pacientes que utilizam medicação (Teste qui-quadrado).

Medicação	Sim	Não	Total
Experimental	24	11	35
Controle	16	19	35
Total	40	30	70

Não houve diferença estatística entre os grupos experimental e controle com relação ao uso de medicação ($p = 0,0909$).

5.3 Dados sobre o uso de substâncias químicas lícitas

Grupo experimental: Em se tratando do uso de substâncias químicas lícitas, na amostra encontrada havia 28 (80%) fumantes, 2 (5,7%) ex-fumantes e 5 (14,3%) sujeitos que não fumavam. Sobre o tempo de uso do tabaco, a média dentre usuários e ex-usuários foi de 18

anos. Todos os participantes fumavam cigarro e 2, além do cigarro, costumavam fumar palheiro também. A média da quantidade consumida pelos sujeitos era de 22,15 cigarros por dia. O tempo médio que os ex-fumantes diziam haver parado de fumar era de 7 anos (apenas 2 eram ex-fumantes).

A amostragem revelou haver 15 (42,85%) etilistas, 12 (34,3%) ex-etilistas e 8 (22,85%) pacientes que não faziam o uso abusivo de álcool. Sobre o tempo de uso do álcool, a média encontrada dentre os usuários e ex-usuários foi de 18,7 anos, o tipo de bebida que os pacientes relatavam ingerir variava entre fermentados (cerveja) e destilados (cachaça, vodka), e a média da quantidade diária ingerida pelos sujeitos era de 2 litros, sendo que 5 sujeitos não sabiam dizer a quantidade de álcool que ingeriam. O tempo médio que os ex-etilistas diziam estar em abstinência era de 28,5 meses (2,375 anos).

Grupo controle: No grupo controle, havia 8 (22,85%) fumantes, 9 (25,7%) ex-fumantes e 18 (51,4%) sujeitos que não fumavam. Sobre o tempo de uso do tabaco, a média dentre usuários e ex-usuários foi de 15,4 anos, sendo que todos os participantes fumavam cigarro. A média da quantidade consumida pelos sujeitos era de 15,3 cigarros por dia. O tempo médio que os ex-fumantes diziam haver parado de fumar era de 7,8 anos.

Sobre o uso de álcool, houve 2 (5,7%) etilistas, 1 (2,85%) ex-etilistas e 32 (91,45%) não-etilistas. Sobre o tempo de uso do álcool, a média encontrada dentre os usuários e ex-usuários foi de 7,5 anos, o tipo de bebida que os pacientes relatavam ingerir variava entre fermentados (cerveja) e destilados (cachaça, vodka) e a média da quantidade diária ingerida pelos sujeitos era de menos de 0,5 litro. O tempo médio que o ex-etilista dizia estar em abstinência era de 5 anos.

Tabela 13. Apresentação dos dados sobre o uso de substâncias químicas lícitas.

Característica	Grupo Experimental			Grupo Controle		
	Mulheres (n = 3)	Homens (n = 32)	Total (n =35)	Mulheres (n=21)	Homens (n = 14)	Total (n = 35)
Tabagismo						
Fumantes	2	26	28	4	4	8
Ex-fumantes	1	1	2	3	6	9
Não-fumantes	0	5	5	14	4	18
Etilismo						
Etilistas	1	14	15	1	1	2
Ex-etilistas	1	11	12	0	1	1
Não-etilistas	1	7	8	20	12	32
Tabagistas e etilistas (incluindo ex-usuários)						
	2	21	23	0	2	2

5.3.3 Comparativo entre os grupos

Gráfico 9. Comparativo de tabagistas entre os grupos experimental e controle.

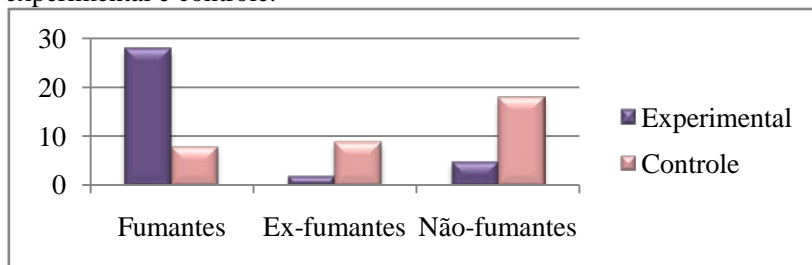


Tabela 14. Análise estatística sobre os fumantes (Teste qui-quadrado). Letras maiúsculas representam diferença significativa entre grupos experimental e controle e letras minúsculas representam diferença entre as variáveis.

Pacientes	Fumantes	Não fumantes	Ex-fumantes	Total
Experimental	28 ^{Aac}	5 ^{ab}	2 ^{Cc}	35
Controle	8 ^{Ab}	18 ^{Bb}	9 ^C	35
Total	36	23	11	70

Houve diferença estatística entre os grupos experimental e controle com relação ao hábito de fumar ($p = 0,0001$). O grupo de fumantes no grupo experimental foi maior que o grupo de não fumantes ($p = 0,0001$) e ex-fumantes ($p = 0,0012$) do grupo controle. Não houve diferenças entre os grupos de não-fumantes e ex-fumantes ($p = 0,8311$).

Gráfico 10. Comparativo de etilistas entre os grupos experimental e controle.

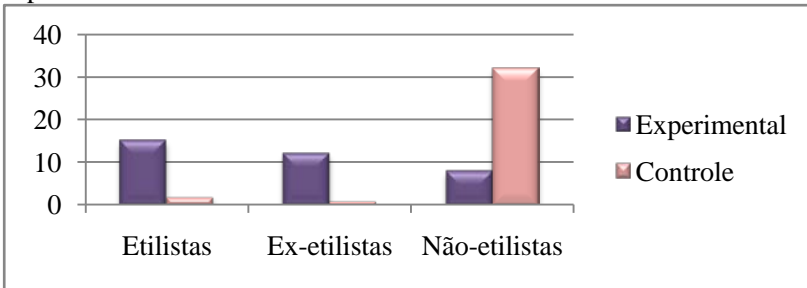


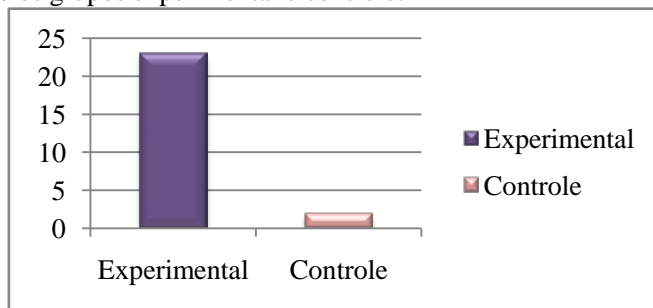
Tabela 15. Análise estatística sobre os etilistas (Teste qui-quadrado). Letras maiúsculas representam diferença significativa entre grupos experimental e controle e letras minúsculas representam diferença entre as variáveis.

Pacientes	Etilistas	Não etilistas	Ex-etilistas	Total
Experimental	15 ^{Aa}	8 ^{ab}	12 ^C	35
Controle	2 ^{Ab}	32 ^{Bb}	1 ^C	35
Total	17	40	13	70

Houve diferença estatística entre os grupos experimental e controle com relação ao etilismo ($p = 0,0001$). O grupo de etilistas no grupo experimental foi maior que o grupo de não etilistas ($p = 0,0001$) e o grupo de ex-etilistas no

grupo experimental foi maior que o de não estilistas ($p = 0,0001$) do grupo controle. Não houve diferenças entre os grupos de estilistas e ex-estilistas ($p = 0,806$).

Gráfico 11. Comparativo do uso concomitante de tabaco e álcool entre os grupos experimental e controle.



5.4 Dados sobre o uso de substâncias químicas ilícitas

Passando para o uso de substâncias químicas ilícitas, todos os sujeitos entrevistados faziam o uso de alguma droga ou já haviam feito em algum período de suas vidas. Assim sendo, verificou-se que 24 participantes usam/usavam maconha, 27 cocaína, 18 crack e 5 usam/usavam alguma outra droga ilícita, sendo que 22 faziam uso de mais de uma substância ilícita concomitantemente e 34 faziam o uso conjunto de drogas lícitas e ilícitas.

Os 24 usuários de maconha compuseram 68,6% da amostra, sendo que 12 ainda estavam fazendo uso da substância e 12 estavam abstinentes. O tempo médio de uso na vida foi de 13,3 anos, a quantidade média foi de 4,4 baseados (cigarros) por dia e o tempo médio de abstinência foi de 100 meses (8,3 anos).

Da amostragem conseguida, os 27 usuários de cocaína totalizam 77,15%, onde 10 ainda consumiam a droga no momento da entrevista e 17 já haviam cessado o uso. O tempo médio de uso durante a vida encontrado foi de 13,1 anos, a quantidade média de consumo diário foi de 3,6g e a média de tempo livre da droga foi de 2 anos.

Encontrou-se que 51,4% da amostra fazia o uso de crack; dos 18 usuários, 7 estavam abstinentes e 11 ainda não haviam parado de usar a droga. O tempo médio de uso na vida foi de 7,2 anos, a quantidade

consumida teve uma média de 11g por dia e a média de tempo em abstinência foi de 33 meses (2,75 anos).

Cerca de 14,3% da amostra (5 usuários) fazia uso de algum outro tipo de substância ilícita que não a maconha, a cocaína ou o crack. As substâncias relatadas foram LSD (dietilamida do ácido lisérgico), lança-perfume (mistura de éter e clorofórmio) e *ecstasy*(3,4-metilenodioximetanfetamina ou MDMA). O tempo médio de uso na vida, a quantidade utilizada e o tempo médio de abstinência, segundo relato, eram muito variáveis, sendo que o uso se dava em geral nos finais de semana, durante festas.

Tabela 16. Apresentação dos dados sobre o uso de substâncias químicas ilícitas.

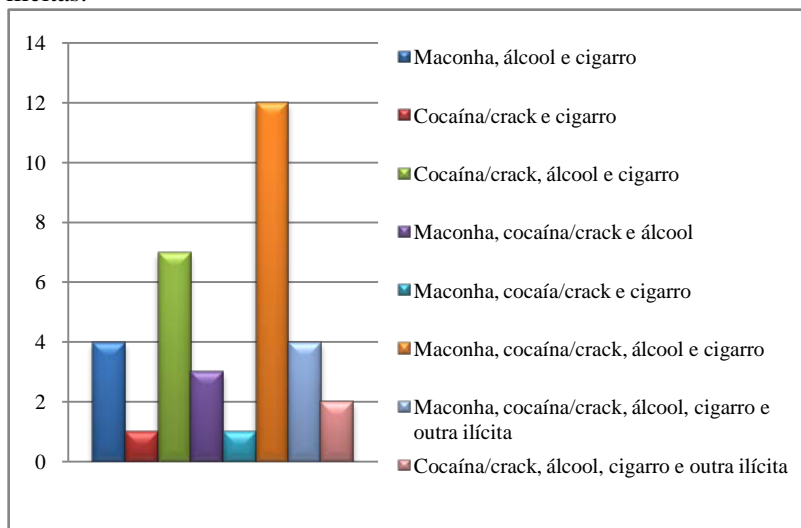
Característica	Mulheres (n = 3)	Homens (n = 32)	Total (n = 35)
Maconha			
Usuários	2	10	12
Ex-usuários	0	12	12
Nunca utilizaram	1	10	11
Cocaína			
Usuários	2	8	10
Ex-usuário	0	17	17
Nunca utilizaram	1	7	8
Crack			
Usuários	1	10	11
Ex-usuário	1	6	7
Nunca utilizaram	1	16	17
Outras			
Usuários	0	3	3
Ex-usuário	0	2	2
Nunca utilizaram	3	27	30

Tabela 17. Apresentação dos dados sobre o uso concomitante de substâncias químicas.

Característica	Mulheres	Homens	Total
Uso concomitante			
Lícitas e ilícitas	3	31	34
Ilícitas	2	20	22

De todos os participantes, nenhum fazia o uso de apenas maconha ou crack, mas 1 sujeito fazia uso de apenas cocaína. Dos poliusuários, 4 sujeitos utilizavam maconha, álcool e cigarro; 1 utilizava cocaína/crack e cigarro e 7 utilizavam cocaína/crack, álcool e cigarro. 3 sujeitos utilizavam maconha, cocaína/crack e álcool; 1 utilizava maconha, cocaína/crack e cigarro e 12 utilizavam maconha, cocaína/crack, álcool e cigarro. Ainda, 4 sujeitos utilizavam maconha, cocaína/crack, álcool, cigarro e alguma outra droga ilícita e 2 utilizavam cocaína/crack, álcool, cigarro e alguma outra droga ilícita.

Gráfico 12. Comparativo do uso concomitante de drogas lícitas e ilícitas.



5.5 Dados sobre as lesões encontradas

Grupo experimental: Dos 35 participantes da pesquisa, nenhuma lesão que tivesse hipótese de diagnóstico de câncer de boca ou de lesão potencialmente maligna foi observada. Entretanto, observaram-se alterações diversas como aftas, ceratoses friccionais provocadas por bordos cortantes ou morsicátio, candidíase, cicatriz de extração dentária e despilação da língua. Aqueles pacientes cujas lesões identificadas geraram dúvidas quanto ao diagnóstico foram chamados ao Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) para uma avaliação mais apurada.

Grupo controle: Dentre o grupo controle, apenas duas lesões foram observadas, sem, entretanto, hipótese de diagnóstico de câncer de boca.

Tabela 18. Apresentação dos dados sobre lesões bucais.

Lesão	Grupo Experimental	Grupo Controle
Ceratose friccional	6	2
Afta	1	0
Candidíase	1	0
Despilação lingual	1	0
Cicatriz	1	0
Total	10	2

5.5.3 Comparativo entre os grupos

Gráfico 13. Comparativo de pacientes com lesão nos grupos experimental e controle.

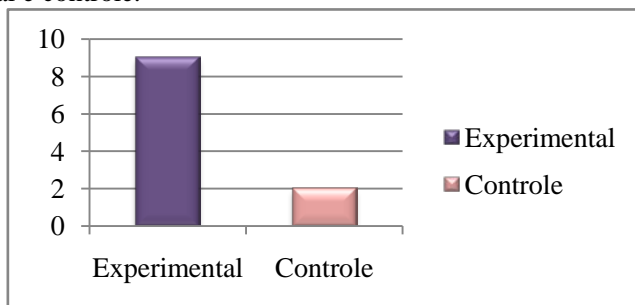


Tabela 19. Análise estatística sobre os pacientes com lesão (Teste qui-quadrado). Letras maiúsculas representam diferença significativa entre grupos experimental e controle e letras minúsculas representam diferença entre as variáveis.

Pacientes com lesão	Sim	Não	Total
Experimental	9 ^{Aa}	26 ^{aB}	35
Controle	2 ^{Ab}	33 ^{Bb}	35
Total	11	59	70

Houve diferença estatística entre os grupos experimental e controle com relação a presença de lesão. O número de pacientes com lesão foi maior no grupo experimental ($p = 0,0488$).

6 DISCUSSÃO

Os principais fatores de risco para o câncer de boca, de acordo com o INCA, são o tabaco, o álcool e as infecções pelo HPV. Atualmente, outros fatores de risco estão sendo estudados de forma que se possa estabelecer uma relação direta com o câncer e para que se possa agir preventivamente sobre estes fatores. Dentre esses outros fatores, o uso de drogas ilícitas, tais como maconha e cocaína/crack, está sendo apontado como um possível fator etiológico para o câncer de boca (ASHTON, 2001; LIMA et al., 2007; WOYCEICHOSKI et al., 2008).

Levantamentos realizados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com diversos outros centros de pesquisa em 2001 e 2005, apontam um aumento do número de usuários de álcool, tabaco e de drogas ilícitas como maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, crack e outros estimulantes e alucinógenos. Tais levantamentos foram realizados nos domicílios de 107 maiores cidades brasileiras, com indivíduos na faixa etária entre 12 e 65 anos de idade (CARLINI et al., 2001; NOTO et al., 2005).

A importância de estudar este grupo de pacientes reside no fato de que poucas pesquisas científicas abordam indivíduos usuários de substâncias químicas ilícitas, relacionando-os com o aparecimento de lesões bucais que possam ou não ter hipótese de diagnóstico de câncer de boca. A pesquisa de Colodelet al. (2009), por exemplo, possuiu metodologia semelhante ao presente estudo, porém, sem grupo controle, e revelou altos índices de cárie dentária, doença periodontal e alterações em tecidos moles, tais como queimaduras, herpes simples, úlceras, queilite angular no grupo de pacientes usuários. Mateos-Moreno et al. (2013) avaliaram hábitos de higiene, patologias sistêmicas, tipo de droga utilizada e tempo de uso, patologias bucais, índices de saúde bucal, risco à cárie dentária com base em testes de saliva, candidíase oral e microbiologia periodontal em 64 usuários de substâncias químicas ilícitas com um grupo controle com 34 sujeitos. Com exceção da microbiota periodontal, todas as variáveis analisadas apresentaram diferenças estatisticamente significantes, mostrando uma qualidade de saúde bucal muito inferior para os usuários de drogas ilícitas, entretanto a pobre condição bucodental destes sujeitos foi mais relacionada ao estilo de vida adotado pelos mesmos do que ao abuso das drogas por si só.

Metodologias semelhantes, entretanto, foram bastante usadas para estudar usuários de drogas lícitas, tais como tabaco e álcool

(MADANI et al., 2014; SOUSA et al., 2014; BEKTAS-KAYHAN et al., 2014), mas são mais raras para drogas ilícitas, como cocaína, crack e maconha (GUPTA et al., 2012). A metodologia proposta foi desenvolvida baseada nos estudos de Mateos-Moreno et al. (2013). Após aprovação em comitê de ética, tal metodologia foi seguida e a mesma não encontrou problemas para a coleta da amostragem acima descrita. A maior dificuldade encontrada foi com relação ao uso concomitante de drogas lícitas e ilícitas na maioria dos pacientes examinados, onde, em poucos pacientes pode-se excluir o uso de tabaco e/ou álcool.

Com relação aos dados demográficos encontrados, comparativamente, o grupo experimental esteve quase que na sua totalidade (91,4%), composto por homens, enquanto que o grupo controle foi principalmente constituído por mulheres (60%), havendo diferença estatisticamente significativa com relação ao gênero ($p = 0.0001$). Parte desta diferença se deve ao fato de que somente homens estavam internados e foram entrevistados durante a coleta dos dados no Instituto de Psiquiatria (IPq/SC). Além disso, sabe-se que o sexo masculino possui uma prevalência maior quanto ao uso de substâncias químicas lícitas e ilícitas (CARLINI et al., 2001; NOTO et al., 2005). Para o grupo controle, a maioria feminina pode ser consequência de a população brasileira ser primordialmente do sexo feminino (IBGE, 2010) e, ainda, pelo fato de as mulheres procurarem com mais frequência auxílio médico/odontológico (PINKHASOV et al., 2010) (já que o grupo controle foi colhido no serviço de odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina), o que reflete na maior longevidade deste gênero (IBGE, 2010). Ainda que esse viés de análise com relação ao gênero possa ter influenciado nossos resultados, optamos em adotar um grupo controle de pacientes não usuários de drogas ilícitas constituído a partir de pacientes que buscam tratamento odontológico na Faculdade de Odontologia da UFSC pela facilidade de acesso a esses indivíduos. Contudo, devemos considerar que se esse grupo fosse constituído a partir de outra fonte, talvez os resultados obtidos seriam diferentes.

Sobre a idade, os grupos em questão parecem apresentar-se diferentes, sendo a média de 36 anos de idade para os usuários de substâncias químicas ilícitas e de 45 anos de idade para os nãousuários. Considerando que a idade mínima para fazer parte da amostra era 18 anos de idade, pode-se notar como o uso, abuso e dependência de drogas se dá muito cedo na vida dos usuários, sendo que todos já se

encontravam em tratamento psiquiátrico ou estavam internados. Em se tratando de Brasil, a média de idade para o consumo de drogas é de 16,5 anos de idade (MADRUGA et al.,2012). Para ambos os grupos, entretanto, houve uma maior prevalência de indivíduos entre 31 e 45 anos de idade.

Com relação à etnia, não há diferença, já que os dois grupos estudados apresentaram a mesma quantidade de indivíduos leucodermas. É interessante notar que a maioria leucoderma em ambos os grupos contraria os dados nacionais, que revelam que os usuários de drogas ilícitas são em sua maioria melanodermas (CARLINI et al., 2001; NOTO et al., 2005). Entretanto, sabe-se da colonização européia predominantemente leucoderma da região sul do Brasil, o que pode justificar a amostra predominantemente leucoderma deste estudo (IBGE, 2010).

Sobre o estado civil, o grupo experimental possuía um número mais elevado de indivíduos solteiros, enquanto que no grupo controle havia mais sujeitos casados. Em se tratando de habitantes por moradia, o grupo experimental apresentou um número mais elevado que o grupo controle. Tais variáveis podem ser decorrentes da menor idade dos usuários, os quais ainda não estão na faixa etária média para casarem-se e/ou terem filhos e compor família. O uso de álcool e outras drogas ilícitas por adolescentes está associado a práticas sexuais inseguras, ou seja, sem a devida proteção, o que pode acarretar na constituição de família precoce e sem a estruturação tradicionalmente conhecida (pai, mãe e filhos morando juntos) (SANCHEZ et al., 2013). Além disso, é comum haver brigas e desentendimentos entre os usuários de substâncias psicoativas e seus familiares, levando ao divórcio e a perda de contato com os filhos (HEIM, ANDRADE, 2008).

Sobre a escolaridade, o grupo controle parece ser mais instruído que o grupo experimental, já que grande parte dos usuários de drogas ilícitas possuía ensino fundamental incompleto, enquanto que no grupo controle predominou indivíduos com ensino médio completo. Para a renda, também parece haver diferença, uma vez que o grupo controle recebe cerca de 5,5 salários mínimos, enquanto que o grupo experimental recebe por volta de 4 salários mínimos no Brasil. Levando em conta escolaridade e renda, o *VI Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada das 27 Capitais Brasileiras* revelou que o uso de drogas ilícitas em estudantes foi de 9,9% na rede pública e de 13,6% na rede particular de ensino (CARLINI et al.,2010), fato que

contraria os resultados obtidos neste estudo e vai de encontro com a teoria popular, a qual aceita que a maior parte dos usuários de substâncias ilícitas/dependente químicos é de baixa renda e escolaridade reduzida. O *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras* mostrou porcentagens ainda maiores para o uso de substâncias ilícitas, como maconha, solventes e cocaína, e de substâncias lícitas, como o álcool principalmente (ANDRADE et al., 2010). Além disso, a idade entre 18 e 35 anos corresponde a faixa etária para formação profissional e entrada no mercado de trabalho, porém, o uso de substâncias químicas acaba por afastá-los dos estudos e do trabalho, fazendo com que estes representem um grupo de risco para baixas renda e escolaridade (SILVA et al., 2010).

Com relação aos dados de saúde geral, não houve diferença estatística entre os grupos estudados sobre a presença de comorbidades ($p = 0,7845$). Entretanto, observou-se maior variedade de doenças entre o grupo experimental, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a comorbidade mais prevalente nos dois grupos estudados. A prevalência de HAS no Brasil é de 20% (PASSOS, ASSIS, BARRETO, 2006), o que explica o aparecimento desta comorbidade na amostra coletada. No estudo de caso-controle de Mateos-Moreno et al. (2013), a patologia sistêmica mais prevalente no grupo experimental ($n = 64$) foi a hepatite C (HCV) (76,6%), seguida pela hepatite B (HBV) (62,5%), pela tuberculose (54,7%), pela infecção pelo HIV (39,1%), por problemas respiratórios (37,5%), por traumatismos (35,9%) e por distúrbios gástricos (31,3%). Tal estudo leva a crer que a presença de comorbidades no presente trabalho é relativamente baixa. Ainda no estudo de Mateos-Moreno et al. (2013), foi encontrado no grupo experimental um percentual de 21,9% indivíduos com doenças sexualmente transmissíveis. Uma vez que a presente pesquisa apenas questionou a presença ou ausência de comorbidades, sem maiores investigações com relação a doenças infecto-contagiosas, é possível que o resultado para este tipo de doença tenha sido mascarado. Entretanto, foram acessados prontuários médicos dos pacientes do grupo experimental e havia registro apenas de um caso de hepatite C. Fora isso não havia registro de outras comorbidades infecto-contagiosas e nem do uso de medicamentos para seus tratamentos.

Os históricos de internações (exceto pela dependência química), cirurgias e alergias não apresentaram diferenças significativas através da análise estatística realizada, cujos valores das variáveis foram de $p =$

0,4717, $p = 0,6179$ e $p = 0,2597$, respectivamente. O número encontrado foi considerado baixo quando se leva em consideração a quantidade de traumas, incluindo fraturas, e de doenças infecto-contagiosas que afetam usuários de substâncias químicas (MATEOS-MORENO et al., 2013). Não existem estudos comparando a relação entre alergias e uso de substâncias químicas ilícitas.

Não houve diferença estatística entre os grupos experimental e controle com relação ao uso de medicação ($p = 0,0909$). Entretanto, este número leva em conta o número de pacientes da amostra que fazem uso de algum medicamento; quando se considera o número de medicamentos utilizados, observa-se que há maior quantidade e variedade dos mesmos no grupo experimental. Foi encontrado o uso bastante elevado de antipsicóticos/neurolépticos, anticonvulsivantes/antiepiléticos, antidepressivos e ansiolíticos, além de complexos vitamínicos (principalmente do complexo da vitamina B) no grupo de estudo. No grupo controle, observou-se uma grande quantidade de medicamentos anti-hipertensivos, além de anticoncepcionais, os quais aparecem relevantes devido à maioria feminina neste grupo. No estudo experimental de Mateos-Moreno et al. (2013), 57,8% do grupo de estudo faziam uso de drogas psiquiátricas, 26,6% faziam uso de medicação antiretroviral, 20,3% eram medicados para desordens como epilepsia e alcoolismo crônico, 17,2% utilizavam antiulcerosos e 6,3% tomavam suplementos vitamínicos.

A saúde mental de dependentes químicos apresenta-se comprometida quando comparada com a população de pacientes não-usuários. Pacientes poliusuários revelaram níveis mais elevados de depressão e ansiedade que usuários de álcool, tabaco e maconha somente. Sendo assim, os altos níveis de dependência de maconha e poliusuários foram fortemente associados com deficiência de humor e ansiedade, bem como sintomas psicóticos e maníacos mais elevados (CONNOR et al., 2013). Segundo Silva *et al.* (2010), um grande avanço para o tratamento dos dependentes químicos é a caracterização da dependência como um transtorno mental. Os profissionais da saúde precisam ser qualificados e buscar desenvolver ações de prevenção, as quais devem ter o foco das políticas de saúde relacionadas a essa temática, já que o consumo de drogas é um problema de saúde pública e afeta a sociedade de maneira geral. Portanto, é fundamental que as ações de prevenção ao uso de substâncias psicoativas sejam articuladas entre atenção básica, instituições de educação básica e que envolvam a família e a sociedade.

No estudo de Mateos-Moreno et al. (2013), 29,7% da amostra experimental apresentavam desordens psiquiátricas/psicológicas. Isso explica a quantidade mais elevada de antipsicóticos/neurolepticos, anticonvulsivantes/antiepiléticos, antidepressivos e ansiolíticos nos pacientes em tratamento contra a dependência química. O uso de suplementos vitamínicos do complexo B é feito principalmente em usuários pesados de álcool que estão desnutridos (anemia megaloblástica), e também devido à degeneração nervosa causada pelo uso abusivo do álcool, uma vez que vitaminas do complexo B favorecem a remielinização das bainhas afetadas (VANDENBULCKE, JANSSENS, 1999).

Sabe-se que os medicamentos ansiolíticos, tais como os benzodiazepínicos, são tratados como substâncias químicas ilícitas, pelo fato de causarem dependência química. Seu uso sem receita médica assume a quarta posição entre as drogas ilícitas mais consumidas no Brasil, atingindo 5,6% da população no levantamento realizado em 2005 (CARLINI et al., 2001; NOTO et al., 2005). A alta prevalência de medicamentos do tipo antipsicóticos/neurolepticos, anticonvulsivantes/antiepiléticos, antidepressivos e ansiolíticos no grupo experimental ocorre devido ao fato de serem utilizados como tratamento para os efeitos da abstinência. Como muitos dos pacientes estavam internados e, desta forma, recentemente abstinentes, ou em tratamento/acompanhamento psiquiátrico por dependência química, as taxas de uso destes medicamentos se tornou bastante elevada.

Com relação ao uso de substâncias lícitas, em se tratando de tabaco, o grupo experimental apresentou um maior número de fumantes/ex-fumantes (30 sujeitos – 85,7%) que o grupo controle (17 sujeitos – 48,6%), embora este último também tenha um número expressivo, já que quase metade do controle também era fumante ou ex-fumante. Houve diferença estatística entre os grupos experimental e controle com relação ao hábito de fumar ($p = 0,0001$). O grupo de fumantes no grupo experimental foi maior que o grupo de não fumantes ($p = 0,0001$) e ex-fumantes ($p = 0,0012$) do grupo controle. Não houve diferenças entre os grupos de não-fumantes e ex-fumantes ($p = 0,8311$). A prevalência para o uso de tabaco segundo o levantamento domiciliar, o qual foi realizado em 2005 no Brasil com indivíduos entre 12 e 65 anos de idade, é de 10,1% (NOTO et al., 2005), mais uma vez evidenciando as altas taxas encontradas em ambos os grupos. A quantidade e o tempo de uso também foram maiores para o grupo experimental, o que provavelmente se deve ao fato de os usuários de

outras drogas ilícitas fazerem o uso mais intenso de tabaco quando estão abstinentes.

Passando para a ingestão de bebidas alcoólicas, esta foi bem mais relevante no grupo experimental, tanto em número de usuários (28 sujeitos - 82,9%), como em quantidade e em tempo de uso. Houve diferença estatística entre os grupos experimental e controle com relação ao etilismo ($p = 0,0001$). O grupo de etilistas no grupo experimental foi maior que o grupo de não etilistas ($p = 0,0001$) e o grupo de ex-etilistas no grupo experimental foi maior que o de não etilistas ($p = 0,0001$) do grupo controle. Não houve diferenças entre os grupos de etilistas e ex-etilistas ($p = 0,806$). Neste caso, pode-se atribuir o grande número de etilistas/ex-etilistas devido à grande capacidade de levar a dependência que esta droga, mesmo que lícita, possui, levando os usuários a consumirem outros tipos de drogas ou mesmo a buscar tratamento pelo uso do álcool em si (LARANJEIRA et al., 2007). O grupo controle apresentou cerca de 8% de etilistas/ex-etilistas. A prevalência para o uso álcool segundo o levantamento domiciliar de 2005, realizado na população brasileira entre 12 e 65 anos de idade, é de 12,3% (NOTO et al., 2005), evidenciando a taxa elevada encontrada no grupo experimental.

Com relação ao uso de substâncias químicas ilícitas, embora a maconha seja a droga mais consumida no Brasil, com uma prevalência de 8,8% segundo o levantamento domiciliar realizado em 2005 (NOTO et al., 2005), a amostra desse estudo apresentou um número mais elevado de usuários de cocaína (27 sujeitos) do que de maconha (24 entrevistados) e de crack (18 indivíduos). Isso pode ser justificado pelo fato de que a cocaína causa maior dependência que a maconha (LIMA et al., 2007). Além disso, apesar do crack ser um derivado da cocaína, é mais barato comercialmente e induz dependência mais facilmente que a própria cocaína (LIMA et al., 2007), seu uso ainda é relativamente recente no Brasil (LIMA et al., 2007, CARLINI et al., 2001; NOTO et al., 2005), o que pode explicar o número mais reduzido de usuários. Segundo o *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil* (2005), além dos dados de prevalências sobre a maconha (8,8%), também foram coletadas informações sobre outras 15 drogas ilícitas, sendo que a cocaína ficou em quinto lugar, com 2,9%, e o crack em décimo segundo lugar, com 0,7%. Vale destacar que os solventes, como cola de sapateiro e lança-perfume, ocuparam o segundo lugar, com 6,1%, e que o uso destas drogas aumentou quando comparado com o *I Levantamento*, realizado em 2001 (NOTO et al.,

2005). Cinco sujeitos entrevistados (14,3%) fazem ou já fizeram uso de outras drogas ilícitas que não a maconha, a cocaína e o crack, sendo LSD, *ecstasy* e lança-perfume, respectivamente, as drogas mais relatadas. Quando comparado com os levantamentos de 2001 e de 2005, este achado é considerado elevado (CARLINI et al., 2001; NOTO et al., 2005). É importante ressaltar que as porcentagens descritas segundo os *I e II Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil* (2001 e 2005) correspondem ao uso na vida (ou seja, qualquer uso, inclusive um único uso experimental, alguma vez na vida). Estes levantamentos foram realizados nas 107 maiores cidades do Brasil, com pessoas com idade entre 12 e 65 anos de ambos os sexos (CARLINI et al., 2001; NOTO et al., 2005). Essa pode ser a razão pela qual os dados encontrados neste estudo não corroborarem com os levantamentos realizados no Brasil, já que se tratava de um grupo de dependentes químicos.

No estudo de Silva et al. (2010), a amostra encontrada, a qual foi colhida em um município do Paraná e era constituída por 30 sujeitos de ambos os sexos entre 18 e 64 anos de idade, o tipo de droga mais consumida era o álcool (87%), seguido pela maconha (83%), pelo crack (73%), pela cocaína (70%), pelo tabaco (60%) e pelo *ecstasy* (30%); além disso 67% fazia uso de outras drogas (LSD, chá de cogumelo, rebite, heroína, tinger e medicamentos). Comparando com o presente estudo, percebe-se algumas diferenças, onde a droga mais consumida foi o tabaco (85,7%), seguido pelo álcool (82,9%), pela cocaína (77,15%), pela maconha (68,6%), pelo crack (51,4%) e por outros tipos de drogas ilícitas (*ecstasy*, LSD e lança-perfume) (14,3%). Embora os achados de Silva et al. (2010) tenham sido mais elevados para quase todas as substâncias listadas, com exceção do tabaco e da cocaína, percebe-se certa semelhança no padrão e tipo de droga utilizada.

Já segundo estudo de Mateos-Moreno et al. (2013), heroína (96,8%) foi a droga mais consumida, seguida por metadona (92,18%), cocaína (90,6%), maconha (65,6%), benzodiazepínicos (32,8%). Tabaco representou 98,4% no grupo experimental e álcool, 53,1%. Esta pesquisa foi realizada na Espanha e demonstra as variáveis do padrão de consumo e tipo de droga utilizada entre os países. Comparativamente, este estudo revela índices maiores de usuários de cocaína (92,18% *versus* 77,15%), e índices semelhantes de usuários de maconha (65,56% *versus* 68,6%) em relação a presente pesquisa. Drogas como heroína e metadona não foram relatadas pelo grupo experimental deste trabalho, assim como crack não foi descrito por Mateos-Moreno et al. (2013).

Os poliusuários representaram praticamente toda a amostra (34 participantes), tanto para o uso concomitante de drogas ilícitas (22 sujeitos) como o uso combinado de drogas lícitas – fumo e álcool – e ilícitas (34 sujeitos). Pode-se observar que parte dos usuários internados (desta forma, em recente abstinência) passou a consumir ou aumentou o consumo de tabaco, uma vez que esta é a única droga permitida na instituição em questão.

Com relação ao tempo de uso de cada substância, o grupo experimental consumia álcool (18,7 anos) e tabaco (18 anos) há mais tempo que o grupo controle (7,5 e 15,4 anos, respectivamente). Para substâncias ilícitas, o tempo médio foi maior quando comparado com drogas lícitas, sendo de 13,3 anos para a maconha, 13,1 anos para a cocaína, e de 7,2 anos para o crack. Fardinet al. (2004) pesquisaram 1440 casos de carcinoma epidermóide e concluíram que os casos de câncer de boca são predominantes para o sexo masculino (5:1), entre tabagistas e etilistas com tempo de médio de consumo de 35,9 anos. Comparando os resultados aqui encontrados com esta pesquisa, percebe-se que o tempo de uso médio de álcool e tabaco é relativamente baixo (18 anos), podendo explicar a ausência de lesões na amostra aqui estudada. Sobre o tempo médio de uso de drogas ilícitas não existem estudos que indiquem o período de uso capaz de levar ao aparecimento de um câncer, mas como o tempo de uso foi ainda menor (13 anos para a maconha e a cocaína e 7 anos para o crack) comparado às drogas lícitas, é provável que a ausência de lesões deste estudo seja devido ao período curto de tempo de uso das drogas em questão. Já para a quantidade consumida, o grupo experimental revelou taxas mais elevadas para o consumo tanto de álcool (2L/dia) quanto para o tabaco (22 cigarros/dia) do que o grupo controle (0,5L/dia e 15 cigarros/dia). A quantidade consumida precisa também levar em conta as variações dentre um mesmo tipo de droga, por exemplo, destilados e fermentados para o álcool, e cigarro, cachimbo, palheiro para o fumo. Devido às variações entre os estudos, é difícil comparar a relação entre quantidade de uso e aparecimento de lesões.

O álcool é a droga mais consumida no Brasil, dentre lícitas e ilícitas, fato decorrente de aspectos históricos e culturais, onde facilmente se observam jovens menores de 18 anos consumindo álcool em festas, bares ou até mesmo dentro de casa com prévia aprovação dos pais (ROEHRS, LENARDT, MAFTUM, 2008). Além disso, o álcool e o cigarro, por serem drogas lícitas, são obtidos facilmente e utilizados em qualquer lugar e, por causarem menor dependência que algumas

drogas ilícitas, é comum encontrar alcoolistas e/ou tabagistas que são usuários há 20 ou 30 anos. Já drogas mais pesadas, como cocaína e crack, são de obtenção mais difícil, mas causam dependência de forma mais rápida, levando à procura por tratamento mais cedo que usuários de álcool e tabaco (HEIM, ANDRADE, 2008). Ainda assim, devido ao acesso ao uso, o álcool é a droga que leva ao maior número de internações no Brasil (NOTO et al., 2005).

Sobre as lesões encontradas, pode-se notar um número estatisticamente significativo ($p = 0,0488$) maior de pacientes com presença de lesão no grupo experimental. No entanto, essas lesões não possuíam hipótese de diagnóstico de câncer de boca ou de lesão potencialmente maligna, sendo encontradas lesões como aftas, ceratoses friccionais associadas a fatores traumáticos como por bordos de dentes cortantes ou morsicátio, candidíase, cicatriz de extração dentária e despilação de língua. Dessa forma, grupo controle apresentou uma prevalência menor destes tipos de lesão, mesmo com as condições de exame mais favoráveis para o diagnóstico, uma vez que houve iluminação apropriada, cadeiras reclináveis e instrumentais auxiliares. Mateos-Moreno et al. (2013) diagnosticaram no grupo experimental ($n = 64$) 78,12% de candidíase, 10,9% de lesões de queilite angular, 9,4% de úlceras, 4,8% de leucoplasia e mucosite, 3,2% de herpes e 1,6% de gengivite e papiloma, diferentemente do presente estudo, que encontrou em um grupo de 35 sujeitos principalmente lesões como ceratoses (60%), afta, candidíase, cicatriz e despilação lingual (10% cada).

O número menor de lesões tais como ceratoses friccionais provocadas por bordos cortantes ou morsicátio, candidíase, cicatriz de extração dentária e despilação de língua no grupo controle pode ser devido a uma melhor qualidade da condição bucal desses indivíduos, os quais, em sua maior parte, não enfrenta problemas de ordem maior que afetem as funções diárias (SHEKARCHIZADEH et al. 2013). Além do mais, a alta prevalência de traumatismo em indivíduos usuários de substâncias químicas ilícitas – 35,9%, segundo estudo de Mateos-Moreno et al. (2013), pode estar relacionada ao número mais elevado de lesões mucosas e labiais do grupo experimental.

Xerostomia, leucoedema, aumento da prevalência e da densidade de *Candida albicans*, papiloma, hiperplasia gengival crônica e vulvite são algumas das alterações associadas ao uso da maconha (VERSTEEG et al., 2008). Os canabinoides encontrados na *C. sativa* são extremamente lipofílicos, atingindo o meio intracelular facilmente e, em

associação com o álcool, têm sua passagem ainda mais facilitada, já que o álcool aumenta a permeabilidade celular. A maconha libera acetaldeído (AA), o qual é também encontrado no tabaco e é carcinogênico devido ao dano ao DNA celular que é capaz de causar. O álcool não possui esta substância, mas a libera durante seu metabolismo na forma de subproduto. Este sinergismo que ocorre em poliusuários aumenta o risco ao câncer de boca e/ou aparecimento de lesões (LOPES et al., 2012). Já a cocaína ou o crack podem induzir alterações nas células epiteliais mucosas da cavidade oral devido à ceratinização das células do epitélio pavimentoso estratificado da mucosa oral, onde a relação núcleo/citoplasma fica alterada (WOYCEICHOSKI et al., 2008). Alterações inflamatórias também foram relatadas na mucosa de usuários de cocaína/crack, com a presença de leucócitos (LIMA et al., 2007).

A hiperqueratinização foi a alteração mucosa mais prevalente deste estudo. Esta é uma alteração do epitélio que pode resultar de um irritante local (físico, químico e /ou térmico), mas também pode estar presente em várias outras condições fisiológicas, inflamatórias, imunológicas, condições pré-malignas e malignas. Os efeitos do calor e/ou dos componentes químicos presentes no tabaco e no crack provavelmente induzem esse tipo de resposta no epitélio (WOYCEICHOSKI et al., 2008).

Segundo Chaiben (2011), o uso crônico de crack é capaz de alterar a percepção do paladar devido à despapilação lingual, levando a uma prevalência elevada de hipogeusia nestes indivíduos, com remissão do sintoma após 15 dias sem o uso da droga. O caso de despapilação relatado no presente estudo não envolvia usuário de crack, mas sim de álcool e maconha. Dessa forma, pode-se sugerir que a despapilação lingual encontrada seja devido ao estado nutricional do indivíduo (LÓPEZ-JORNET et al., 2010).

Uma vez que a maioria dos indivíduos do grupo experimental é poliusuária, não foi possível estratificá-los para avaliar o efeito de cada droga separadamente sobre a presença de lesões. Sendo assim, não se pode concluir se drogas distintas são mais ou menos agressivas. Ainda, o presente trabalho teve um número reduzido para a amostra experimental, decorrente da oferta de pacientes dos serviços de psiquiatria no qual foi realizada a coleta. Este fato diminui a confiabilidade dos dados obtidos quando repassados para populações maiores.

Um viés bastante claro é a maior prevalência do uso de drogas no grupo experimental quando comparado com levantamentos nacionais, já que todos os indivíduos deste grupo usavam ou ainda usam algum tipo de droga ilícita. Entretanto, altas taxas para o uso de álcool e tabaco também foram encontradas na amostra experimental, apesar de não ter sido excluído o uso concomitante com drogas lícitas, revelando ser um dado bastante alto. Ainda, o uso concomitante de drogas lícitas e ilícitas causa viés, já que não permite identificar se o aparecimento de lesões se dá pelo uso de álcool e tabaco ou pelo uso de maconha, cocaína e crack, embora todos pareçam ser danosos aos tecidos bucais duros e moles (LIMA et al., 2007; VERSTEEG et al., 2008; WOYCEICHOSKI et al., 2008; LOPES et al., 2012).

Novos estudos poderiam avaliar grupos isolados, como “somente maconha” ou “somente cocaína/crack”, sem o aparecimento de fatores confundidores como álcool, tabaco ou uso concomitante. Entretanto, o mesmo deverá ser realizado em uma população bastante ampla, já que o uso isolado é pouco frequente. Uma opção é estudar estas drogas separadamente com o uso de animais, embora isto requeira aprovação mais rígida do comitê de ética e período longo de pesquisa para que se possam avaliar variáveis como tempo, frequência e quantidade de uso.

De acordo com todas as informações analisadas no estudo, é possível perceber a complexidade presente na pesquisa e no tratamento desses pacientes. O abuso de substâncias psicoativas é o transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais, sendo muito importante a abordagem psiquiátrica no tratamento e acompanhamento de pacientes usuários de drogas ilícitas. Dessa forma, ao analisar um indivíduo que faz uso de substâncias químicas lícitas e ilícitas, é necessário considerar os vários fatores biopsicossociais e as comorbidades existentes para analisar as interferências e prováveis variáveis que podem estar relacionadas ao uso das drogas (ZALESKI et al., 2006). Sendo assim, é possível concluir que este é um grupo de estudo bastante difícil e novo para a pesquisa, embora seja de extrema importância avaliá-los, como forma de mapear suas necessidades de forma a agir preventivamente sobre os fatores de risco que levam este grupo a ter uma menor qualidade de vida.

Além da importante relação entre o uso de substâncias químicas ilícitas e o aparecimento de lesões potencialmente malignas, é importante que os cirurgiões-dentistas estejam aptos para avaliação de outras alterações orais que podem estar relacionadas ao uso de drogas, tais como a erosão do esmalte provocada pelo uso local de

cocaína/crack, a presença de inflamação generalizada da mucosa oral causada pela maconha, a xerostomia, a doença periodontal e a cárie dentária como consequência da higiene oral deficiente presente geralmente nesses pacientes (FIRTH, 1997; WOYCEICHOSKI et al., 2008; COLODEL et al., 2009).

Analisar a presença de comorbidades, uso de medicamentos e a presença de lesões e correlacionar com a utilização de drogas ilícitas foi o principal objetivo desse estudo. Porém, as considerações e as análises desses pacientes levam a discussões e aspectos muito mais complexos. O uso e o abuso de drogas é uma prática extremamente antiga na sociedade (LARANJEIRA et al., 2007) e que apresenta diferenças e aspectos únicos para cada paciente que as utiliza. Por isso, a abordagem multiprofissional e individual para cada paciente é importante e necessária.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo avaliou, principalmente, a presença de lesões bucais em pacientes usuários de substâncias químicas ilícita, procurando especificamente a existência de câncer bucal e/ou lesões potencialmente malignas presentes na cavidade oral e lábios de dependentes químicos. Foi observado um número maior de alterações na mucosa oral do grupo experimental, porém estas lesões foram, na sua maioria, aftas, ceratoses friccionais provocadas por bordos cortantes ou morsicatio, candidíase, cicatriz de extração dentária e despilação da língua.

Além disso, dados demográficos e de saúde geral dos mesmos indivíduos também foram avaliados, onde se revelou diferença estatística significativamente maior de tabagistas, de etilistas, enquanto que não houve diferença estatística com relação à saúde geral entre os grupos, incluindo comorbidades e uso de medicamentos.

Embora esta pesquisa não tenha comprovado a relação entre o aparecimento de lesões bucais potencialmente malignas ou com diagnóstico de câncer de boca e a dependência de substâncias químicas ilícitas, os fatores de risco são conhecidos e comprovados por outros estudos precisam ser levados em conta para a prevenção de lesões potencialmente malignas e para o diagnóstico precoce do câncer de boca.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. G. et al. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras – 2010.**São Paulo: Cebrid; Unifesp, 2002.

ASHTON, C. H. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. **Br J Psychiatry**, United Kingdom, v. 178, p. 101-106, Feb. 2001.

BEKTAS-KAYHAN, K. et al. Carcinoma of the tongue: a case-control study on etiologic factors and dental trauma. **Asian Pac J Cancer Prev.**, Istambul, v. 15, n. 5, p. 2225-2229, 2014.

BERTHILLER, J. et al. Marijuana smoking and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the INHANCE Consortium. **CancerEpidemiolBiomarkersPrev**, France, v. 18, n. 5, p. 1544-1551, May. 2009.

CARLINI, E. L. A. et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001.** São Paulo: Cebrid; Unifesp, 2001.

CARLINI, E. L. A. et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada das 27 Capitais Brasileiras – 2010.** Brasília: SENAD, 2010.

CHAIBEN, C. L. Avaliação da percepção do paladar em usuários crônicos de crack. 2011. 58 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

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

CONNOR, J. P. et al. Polysubstance use in cannabis users referred for treatment: drug use profiles, psychiatric comorbidity and cannabis-related beliefs. **Front Psychiatry**, Australia, v. 4, n. 79, p. 1-7, Aug. 2013.

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

DUARTE, R et al. Involving community partners in the management of tuberculosis among drug users. **Public Health**, Portugal, v. 125, n. 1, p. 60-62, Jan. 2011.

FARDIN, M. et al. Fatores de risco no prognóstico do câncer de boca. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço**, São Paulo, v. 33, n. 1, Mar. 2004.

FIRTH, N.A. Marijuana Use and Oral Cancer: a Review. **Oral Oncology**, Australia, v. 33, n. 6, p. 398-401, Nov. 1997.

GUPTA, T et al. Oral health status of a group of illicit drug users in Delhi, India. **Community Dent Health**, Delhi, v. 29, n. 1, p. 49-54, Mar. 2012.

HASHIBE, M.; FORD, D. E.; ZHANG, Z. Marijuana Smoking and Head and Neck Cancer. **J ClinPharmacol**, United States of America, v.42, n. 11, p.103-107, Nov. 2002.

HASHIBE, M. et al. Marijuana Use and the Risk of Lung and Upper Aerodigestive Tract Cancers: Results of a Population-Based Case-

Control Study. **CancerEpidemiolBiomarkersPrev**, France, v. 15, n. 10, p. 1829-1834, Oct.2006.

HEIM J; ANDRADE AG. Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. **Rev PsiquiatrClín**, Paraná, v. 35, p. 61-64, 2008.

HOFFMANN, D. et al. On the carcinogenicity of marijuana smoke. **Recent AdvPhytochem**, New York, v. 9, p. 63-81, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>>. Acesso em: 01 out. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Câncer de Boca**. INCA. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011. 118 p.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília: SENAD, 2007.

LIMA, A. A. S de. et al. Cytopathological changes in oral epithelium induced by crack cocaine smoking. **Pharmacologyonline**, Curitiba, v. 1, p. 31-40, 2007.

LOPES, C. F. B. et al. Concomitant consumption of marijuana, alcohol and tobacco in oral squamous cell carcinoma development and progression: Recent advances and challenges. **Arch Oral Biol**, Divinópolis, v. 57, n. 8, p. 1026-1033, Aug. 2012.

LÓPEZ-JORNET, P et al. Burning mouth syndrome: an update. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Espanha, v. 15, n. 4, p. 562-568, Jul. 2010.

MADANI, A. H. et al. Interaction of Alcohol Use and Specific Types of Smoking on the Development of Oral Cancer. **Int J High Risk Behav Addict**, India, v. 3, n. 1, Mar. 2014.

MADRUGA, C. S. et al. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil--a national survey. **Addict Behav**, Brasil, v. 37, n. 10, p. 1171-5, Mai. 2012.

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

MIN, J.A. et al. Prevalence and Associated Clinical Characteristics of Hepatitis B, C, and HIV Infections Among Injecting Drug Users in Korea. **J Med Virol**, Korea, v. 85, n. 4, p. 575-572, Apr. 2013.

NEVILLE, B. W. **Patologia oral e maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

NOTO, A. R. et. al. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005**. São Paulo: Cebrid; Unifesp, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World Health Organization (WHO). Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Minas Gerais, v. 15, n. 1, p. 35-45, Mar. 2006.

PINKHASOV, R. M. et al. Are men shortchanged on health? Perspective on health care utilization and health risk behavior in men and women in the United States. **Int J Clin Pract**, United States, v. 64, n. 4, p. 475-87, Mar. 2010.

PILLOW, M.T.; CUTHBERTSON D. Oral Lesions Secondary to Cocaine Use. **West J EmergMed**, Texas, v. 13, n. 4, p. 362, Sep. 2012.

ROEHRS, H.; LENARDT; M. H.; MAFTUM, M. A. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, Paraná, v. 12, n. 2, p. 353-57, Jun. 2008.

SANCHEZ, Z. M. et al. Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. **Clinics**, São Paulo, v. 68, n. 4, p.489-494, Abr. 2013.

SASSI, L. M. et al. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. **RSBO**, Joinville, v. 7, n.1, p. 105-109, Mar. 2010.

SHEKARCHIZADEH, H. et al. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. **BMC Oral Health**, Irã, v. 13, n. 11, Jan. 2013.

SILVA et al. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Esc Anna Nery**, jul-set, v. 14, n. 3, pp. 585-590, 2010.

SINGH, R. et al. Evaluation of the DNA damaging potential of cannabis cigarette smoke by the determination of acetaldehyde derived N2-ethyl-20-deoxyguanosine adducts. **Chem Res Toxicol**, United Kingdom, v. 22, n. 6, p. 1181-1188, Jun. 2009.

SOUSA, F. B. et al. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. **Braz. oral res**, Brasil, v. 18, Jun. 2014.

TONER, M.; O'REGAN, E.M. Head and Neck Squamous Cell Carcinoma in the Young: A Spectrum or a Distinct Group? Part 1. **Head Neck Pathol**, Dublin, v. 3, n. 3, p. 246-248, Sep, 2009.

VANDENBULCKE, M; JANSSENS, J. Acute axonal polyneuropathy in chronic alcoholism and malnutrition. **Acta Neurol Belg**. Bélgica, v. 99, n. 3, p. 198-201, Set. 1999.

VERSTEEG, P.A. et al. Effect of cannabis usage on the oral environment: a review. **Int J Dent Hyg**, Amsterdam, v. 6, n. 4, p. 315-320, Nov. 2008.

VOS, A. S de. et al. Determinants of persistent spread of HIV in HCV-infected populations of injecting drug users. **Epidemics**, Netherlands, v. 4, n. 2, p. 57-67, Jun. 2012.

WOYCEICHOSKI, I. E. C. et al. Cytomorphometric analysis of crack cocaine effects on the oral mucosa. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod, Curitiba, v. 105, n. 6, p. 745-749, Jun. 2008.**

ZALESKI *et al.* Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Revista Brasileira de Psiquiatria, v.28, n. 2,2006.**

ANEXO A – Parecer final do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE ALTERAÇÕES BUCAIS E CELULARES EM PACIENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS ILÍCITAS

Pesquisador: Alessandra Rodrigues de Camargo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22723713.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 483.771

Data da Relatoria: 09/12/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de TCC do Curso de Odontologia da UFSC intitulado AVALIAÇÃO DE ALTERAÇÕES BUCAIS E CELULARES EM PACIENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS ILÍCITAS

Este projeto parte da perspectiva de que o consumo de drogas ilícitas aumentou muito nos últimos anos. Dentre elas, a cocaína/crack e a maconha são as mais comumente utilizadas. Na cavidade oral, essas substâncias produzem diversas alterações celulares e teciduais que indicam possibilidade de indução ao câncer de boca. Essas substâncias e o comportamento dos dependentes químicos também podem estar associados a outras alterações bucais, tais como CPOD elevado, xerostomia/hipossalivação, doença periodontal, bruxismo, queilite angular, candidíase, entre outras

Tem como Hipótese Hipótese:

Hipótese nula: Não há diferença nas alterações bucais e celulares entre os grupos experimental (dependentes químicos) e controle (normoreativos).

Hipótese alternativa: O grupo experimental (dependentes químicos) possui mais alterações bucais e celulares

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Balno: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@historia.ufsc.br

Continuação do Formulário 483/2011

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Avaliar as condições de saúde bucal e alterações celulares em pacientes usuários de substâncias químicas ilícitas.

Objetivo Secundário:

¿ Avaliar a existência de lesões potencialmente malignas presentes na cavidade oral e lábios de indivíduos dependentes químicos. ¿ Avaliar o índice CPOD de indivíduos dependentes químicos. ¿ Avaliar a viscosidade e o fluxo salivar de indivíduos dependentes químicos. ¿ Avaliar quaisquer outras lesões presentes na cavidade oral e lábios de indivíduos dependentes químicos. ¿ Análise de alterações nucleares em células bucais através de citologia esfoliativa de lesões para buscar associação com câncer de boca. ¿ Buscar associação entre alterações bucais e o uso de drogas ilícitas, objetivando a prevenção dos fatores de risco

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos Riscos o pesquisador considera que os procedimentos incluídos nessa pesquisa, que incluem resgate de dados clínicos de prontuário, entrevista, exame clínico e exame citológico que são inócuos e não invasivos, não oferecendo nenhum risco aos pacientes e mantendo o sigilo sobre sua identidade.

Em relação aos Benefícios Como benefício direto, haverá para o paciente um exame de sua condição bucal somada a orientações de higiene. Além do suporte necessário com a relação à lesão que por ventura seja identificada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está escrito em uma forma inicial busca fundamentação teórica do tema de estudo apresenta a metodologia de forma explícita. Demonstra condições de ser executado na prática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou a documentação exigida para submissão e avaliação no CEPISH/UFSC:

Relatório, Projeto, Folha de Rosto, Carta Declaração da Instituição, Cronograma, Orçamento.

Recomendações:

Recomendamos que no TCLE o pesquisador coloque o endereço, telefone e email do CEPISH UFSC

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Balno: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 483.771

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o pesquisador atendeu as pendências indicadas pelo relator concluo como aprovado o projeto de pesquisa

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 09 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-0206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Página 02 de 03

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do grupo experimental



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Mariane Beatriz Sordi, graduanda do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), juntamente com as professoras doutoras Alessandra Rodrigues de Camargo e Etiene de Andrade Munhoz, gostaríamos de realizar a pesquisa intitulada: “AVALIAÇÃO DE ALTERAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS ILÍCITAS”. Esta pesquisa procura avaliar a sua saúde bucal e verificar se há a presença de lesões em sua boca para que possamos descobrir se o hábito de usar drogas prejudica a saúde da sua boca ou contribui com o aparecimento de possíveis lesões.

Para os pacientes que concordarem em participar da pesquisa serão realizados uma entrevista e um exame clínico bucal. Todos esses procedimentos serão realizados em sala reservada no mesmo dia de sua consulta psiquiátrica. Desta forma, não há necessidade de você se deslocar mais um dia para a realização dos mesmos.

Caso alguma alteração na mucosa oral seja identificada, você será encaminhado para avaliação/diagnóstico/tratamento da doença ao Ambulatório de Estomatologia do HU/UFSC. Todo suporte necessário com a relação à lesão que por ventura você apresente em sua boca será efetuado. Vale a pena salientar que nenhum tratamento odontológico restaurador/periodontal/reabilitador será realizado pelos pesquisadores responsáveis por este trabalho.

Como benefício direto, você terá um exame da sua condição bucal somadas a orientações de higiene, além do suporte supracitado no caso de presença de lesão.

Não haverá nenhum custo com os exames que serão realizados, como também não haverá pagamento pela sua participação.

A participação dos sujeitos não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem prejuízo ao seu tratamento médico. As informações prestadas são de caráter sigiloso e os dados obtidos serão utilizados somente para fins de pesquisa e publicação em revistas científicas e congressos da área. Além disso, você terá acesso a todos os resultados de exames efetuados.

Para dúvidas em relação ao estudo, você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (48) 3721-9079 – Disciplina Estomatologia.

Como forma de manifestar seu comprometimento, pedimos que assine esse documento.

Eu, , RG _____ declaro que, tendo lido o termo de consentimento livre e esclarecido e, tendo minhas dúvidas esclarecidas, concordo em participar voluntariamente deste estudo e autorizo a utilização dos dados obtidos pelos pesquisadores para a publicação em revistas científicas e apresentações em congressos. Declaro ainda ter recebido uma cópia desse termo para participar dessa pesquisa e estar ciente que a minha participação pode ser interrompida a qualquer momento, sem que isso acarrete nenhuma penalidade.

Florianópolis, de de 201__.

Assinatura do Paciente

Nome e Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do grupo controle



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Mariane Beatriz Sordi, graduanda do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), juntamente com as professoras doutoras Alessandra Rodrigues de Camargo e Etiene de Andrade Munhoz, gostaríamos de realizar a pesquisa intitulada: “AVALIAÇÃO DE ALTERAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS ILÍCITAS”. Esta pesquisa procura avaliar a saúde bucal e verificar se há a presença de lesões em pacientes dependentes químicos, para que possamos descobrir se o hábito de usar drogas ilícitas prejudica a saúde bucal ou contribui com o aparecimento de possíveis lesões.

Para esta avaliação existe a necessidade de avaliarmos um grupo de pacientes saudáveis (não dependentes químicos) com os quais serão realizados uma entrevista e um exame clínico bucal. Todos esses procedimentos serão realizados durante a consulta odontológica em qualquer uma das Clínicas Odontológicas (I e II) do Centro de Ciências de Saúde/UFSC. Desta forma, não há necessidade de você se deslocar para a realização da pesquisa.

Como benefício direto, você terá acesso a todos os resultados de exames efetuados. Além disso, você contribuirá com o nosso conhecimento científico em relação às condições de saúde bucal de pacientes em uso de drogas ilícitas.

Não haverá nenhum custo com os exames que serão realizados, como também não haverá pagamento pela sua participação.

A participação dos sujeitos não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem prejuízo ao seu tratamento odontológico. As informações prestadas são de caráter sigiloso e os dados obtidos serão utilizados somente para fins de pesquisa e publicação em revistas científicas e congressos da área.

Para dúvidas em relação ao estudo você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (48) 3721-9079 – Disciplina Estomatologia.

Como forma de manifestar seu comprometimento, pedimos que assine esse documento.

Eu, , RG _____ declaro que, tendo lido o termo de consentimento livre e esclarecido e, tendo minhas dúvidas esclarecidas, concordo em participar voluntariamente deste estudo e autorizo a utilização dos dados obtidos pelos pesquisadores para a publicação em revistas científicas e apresentações em congressos. Declaro ainda ter recebido uma cópia desse termo para participar dessa pesquisa e estar ciente que a minha participação pode ser interrompida a qualquer momento, sem que isso acarrete nenhuma penalidade.

Florianópolis, de de 201__.

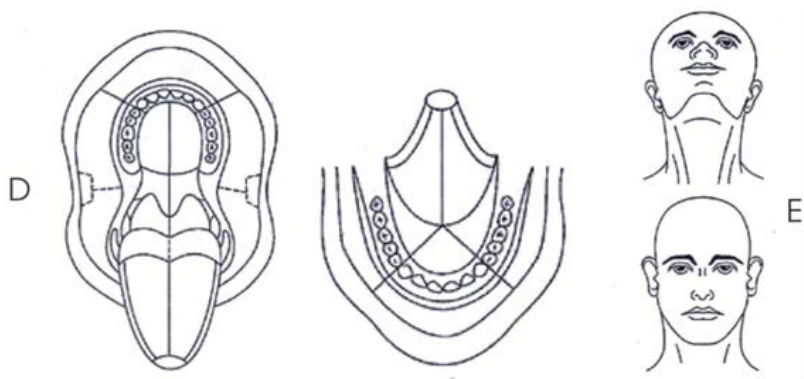
Assinatura do Paciente

Nome e Assinatura do Pesquisador

20. Internações: Quantas? Períodos?	(1) Sim (2) Não
21. Cirurgias:	(1) Sim (2) Não
22. Alergias:	(1) Sim (2) Não
23. Fumante: Tempo: _____; Tipo: _____; Quant/dia: _____; há: _____	(1) Sim (2) Não (3) Ex-fumante Parou
24. Etilista: Tempo: _____; Tipo: _____; Quant/dia: _____; há: _____	(1) Sim (2) Não (3) Ex-etilista Parou
25. Outras drogas ilícitas: Qual? (1) Maconha(2) Cocaína (3) Crack (4) Outros: Tempo: _____; Tipo: _____; Quant/dia: _____; Parou há: _____ Tempo: _____; Tipo: _____; Quant/dia: _____; Parou há: _____ Tempo: _____; Tipo: _____; Quant/dia: _____; Parou há: _____ Tempo: _____; Tipo: _____; Quant/dia: _____; Parou há: _____	(1) Sim (2) Não (3) Ex-usuário
26. Medicações em uso:	

EXAME CLÍNICO

27. Presença de lesão(ões) mucosa(s):	(1) Sim (2) Não
28. Descrição:	
29. Hipótese diagnóstica:	



EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame	Data	Resultado	Valor de Referência
	/ /		
	/ /		