

Maria Cecília Paredes Pereira

Toxicodependência e a Medicina Dentária

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2016

Maria Cecília Paredes Pereira

Toxicodependência e a Medicina Dentária

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2016

Maria Cecília Paredes Pereira

Toxicodependência e a Medicina Dentária

Trabalho apresentado à Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Mestre em Medicina Dentária.

(Maria Cecília Paredes Pereira)

Resumo

Introdução: com o aumento da toxicodependência, que engloba um problema mundial, também cresce o número de doentes com suas devidas consequências, que são patologias sistêmicas, englobando a saúde oral, que é uma das partes do corpo que mais sofre com a toxicodependência.

Objetivos: Esta tese tem como objetivo a revisão da literatura sobre “toxicodependência” e “medicina dentária”, correlacionando estes temas com patologias e complicações na cavidade oral, nomeadamente, bruxismo, desgaste dental, xerostomia, halitose, cárie rampante e doença periodontal.

Metodologia: Foi realizada uma revisão bibliográfica com base em artigos publicados em revistas e teses disponíveis em bibliotecas online, nos últimos dez anos. As palavras-chaves usadas foram, assim como a conjugação entre elas e seus devidos idiomas: toxicodependência, desintoxicação, abstinência, cannabis, álcool, metanfetamina, heroína, opiáceos, tabaco, nicotina, metadona, erosão dentária, xerostomia, cáries, bruxismo, entre outras.

Conclusão: Preconiza-se que haja uma maior atenção e conhecimento por parte do médico dentista sobre esta condição, bem como das complicações associadas, uma vez que é um dos principais profissionais de saúde a ter o contacto e a oportunidade de tratar os pacientes sintomáticos, como também os que estão em fase de recuperação e reinserção social.

Abstract

Introduction: with the increase in drug abuse, which includes a worldwide problem, also grows the number of patients with their consequences, which are systemic pathologies, including oral health, which is one of the parts of the body suffers from drug addiction.

Objectives: this thesis aims to review the literature on "toxicodependence" and "dentistry", correlating these subjects with pathologies and complications in the oral cavity, in particular, bruxism dental wear, xerostomia, halitosis, rampant caries and periodontal disease.

Methods: a literature review was conducted on the basis of articles published in journals and theses available in libraries on line, in the last ten years. The keywords were used, as well as the conjugation between them and their proper languages: addiction, detox, withdrawal, cannabis, alcohol, methamphetamine, dental erosion, xerostomia, cavities, bruxism, among others.

Conclusion: That there be greater attention and knowledge on the part of the dentist about this condition, as well as of the associated complications, since it is one of the leading health care professionals having contact and the opportunity to treat the symptomatic patients, as well as those who are in the process of recovery and social reintegration.

Dedicatória

A minha formação como profissional não poderia ter sido concretizada sem a ajuda de meus amáveis e eternos pais Álvaro e Maria Inês, que, no decorrer da minha vida, proporcionaram-me, além de extenso carinho e amor, os conhecimentos da integridade, da perseverança e de procurar sempre em Deus à força maior para o meu desenvolvimento como ser humano; bem como meu filho Mário, por ser o impulsionador de adquirir tal formação. Por essa razão, gostaria de dedicar e reconhecer a vocês, minha imensa gratidão e sempre amor.

Agradecimentos

De uma forma geral quero agradecer a todos as pessoas que direta e indiretamente me auxiliaram e apoiaram durante o desenrolar deste trabalho e que portanto contribuíram para o meu crescimento tanto a nível profissional como também a nível pessoal.

Agradeço de uma forma muito especial à Professora Doutora Alexandra Martins, por todo o apoio e orientação, mesmo nos momentos mais complicados ter me acolhido de bom grado na instituição e online com muita paciência.

Quero agradecer também de uma forma muito especial ao Sr. António Sousa, que se revelou ser um pilar no meu trabalho, onde o seu auxílio foi crucial para que algumas atividades pudessem ser realmente efetuadas e levadas a cabo. Um muito obrigada, pelo seu apoio e principalmente pela sua amizade.

ÍNDICE GERAL

	Página
Índice de tabelas.....	iii
Lista de abreviaturas.....	iv
INTRODUÇÃO.....	1
DESENVOLVIMENTO.....	3
I- Materiais e métodos	3
II- O que é toxicodpendência	4
1-Definição de Síndrome de Abstinencia.....	5
2-Definição de pacientes toxicodependentes em tratamento de desintoxicação.....	6
III-Tipos de drogas mais consumidas atualmente	8
1-Conceito de droga.....	8
2-Mecanismo de dependência	8
2.1-Mecanismo de ação da Cocaína.....	9
2.2- Mecanismo de ação dos Opiáceos.....	10
2.3-Mecanismo de ação dos Canabinóides.....	11
3-Outras drogas de abuso.....	11
IV)Alterações sistémicas causadas pelas principais drogas.....	13
1-Efeitos das drogas diretamente na cavidade oral.....	14

1.1- Problemas de saúde bucal associada à Cocaína.....	15
1.2- Problemas de saúde bucal associada ao Tabaco.....	15
1.3- Problemas de saúde bucal associada à Cannabis.....	16
1.4- Problemas de saúde bucal associada aos Opiáceos.....	17
1.5- Problemas de saúde bucal associada à Metanfetamina.....	18
1.6- Problemas de saúde bucal associada ao Álcool	19
2- Características orais associadas a doenças infecciosas (HIV/SIDA).....	20
V) Conduta no atendimento médico-dentário perante o paciente toxicodependente	22
1- Identificação do paciente toxicodependente.....	22
2- Identificação do tipo de droga que o paciente é usuário.....	23
3- Recomendações principais na prática clínica.....	27
VI) Tratamentos/ Intervenções	31
1- Bruxismo.....	31
2- Desgaste dental.....	31
3- Xerostomia.....	32
4- Halitose.....	33
5- Cárie Rampante.....	33
6- Doença Periodontal.....	34
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

Índice de Tabelas

página

Tabela 1- Identificação do tipo de drogas o paciente é usuário e seus devidos efeitos.....	25
--	----

Lista de Abreviaturas

%- Percentagem

2-CB- 4-bromo-2,5-dimetoxi-fenetilamina

5-HT- Serotonina

AIT- Acidente Isquêmico Transitório

CO- Candidíase oral

CP- Candidíase pseudomembranosa

DMF- Dimetilformamida

DPCO-Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

GABA- Ácido gama-aminobutírico

GUN- Gengivite Ulcerativa Necrosante

HGB- Hemoglobina

HIV- *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

LSD- Dietilamida-ácido lisérgico

M6G- Morfina-6-glucoronídeo

MA- Metanfetamina

MAO- Monoaminoxidase

MDMA- Metilenedioximetanfetamina

mm- Milímetros

NMDA- N-metil-D-aspartico

OMD- Ordem do Médicos Dentistas

QA- Queilite angular

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNC- Sistema Nervoso Central

THC- Tetrahydrocannabinol

TMA- Trimetoxianfetamina

Introdução

A toxicodependência é um problema que afeta praticamente todos os países do mundo e o seu impacto tem vindo a aumentar. Esta calamidade destrói a vida de jovens, crianças e famílias devido ao seu carácter psicodepressivo, com total dependência e autodestrutivo consumindo os recursos emocionais e económicos das famílias, e afetando a saúde do indivíduo toxicodependente (Fernandes, 2009).

As drogas que se utilizam, a sua forma de administração, as motivações, as circunstâncias de consumo, são tão diversas, que apenas é determinado um único elemento comum para definir a necessidade de consumo. O fato da droga ser usada unicamente para alcançar rapidamente prazer, não obstante a sua desaprovação social (Cardoso, 2007).

A falta de cuidados de higiene oral, a má alimentação, os problemas psicológicos e sociais dos toxicodependentes aumenta o processo de degradação física e mental do indivíduo acarretando problemas que afetam a autoestima, que é um dos mais importantes valores para quem quer começar uma nova vida. A luta dos toxicodependentes para se reencontrarem é um percurso longo em que saúde e imagem constituem dois pilares sobre os quais se constrói uma nova vida. E é nos consultórios dentários, como também na clínica ou no centro de saúde, que há uma segunda oportunidade para todos.

Os toxicómanos têm tanto direito a receber cuidados de saúde como qualquer outro cidadão e são pessoas que apresentam elevados índices de deterioração dentária e precisam de tratamentos diferenciados, com necessidades específicas e patologias, muitas vezes associadas à toxicodependência, que podem ser um perigo para os outros utentes e para os próprios profissionais que os atendem.

E os estudos revelam que a boca é uma das partes do corpo que mais sofre com as consequências da toxicodependência. Os toxicómanos de longa data apresentam, normalmente, elevado grau de deterioração dentária e graves problemas periodontais, para os quais o tratamento e acompanhamento posterior podem ser eficazes. E saber qual a melhor forma de atuação é mais um passo importante para sua reabilitação oral e concomitantemente para a saúde mental.

O objetivo deste trabalho é tentar relacionar a toxicodependência com patologias e complicações na cavidade oral.

Devido a observação constante na minha atividade como médica dentista no Brasil, na capital de São Paulo, tive a percepção de muitos casos problemáticos relacionados à toxicodependência e então resolvi dar importância ao assunto para melhor me adaptar a um tratamento mais eficaz para este tipo de pacientes.

Desenvolvimento

I) Materiais e métodos

Esta tese baseia-se na pesquisa bibliográfica de artigos publicados em diversas revistas, disponíveis em motores de busca *on line* nomeadamente *PubMed*, *Scielo*, *Medline* e *B-on*, a pesquisa foi efetuada também em teses da área, no mesmo motor de busca. A pesquisa foi realizada no período de dezembro de 2014 a outubro de 2015, tendo sido incluída na mesma artigos em português, inglês e espanhol, publicados nos últimos dez anos ou de anos anteriores que tivessem informação de notória relevância sobre o tema.

Dos vários artigos pesquisados, estes foram selecionados pelo título, depois pela leitura do resumo e por último pela leitura do artigo na íntegra. Após estes critérios foram selecionado 68 artigos para a elaboração desta tese, por serem os mais relacionados com o tema.

Os critérios de exclusão foram os que não contemplaram informação relevante para o tema, os que estavam em idiomas diferentes daqueles definidos anteriormente ou os que não estavam disponíveis na íntegra.

As palavras-chave usadas para a pesquisa foram, nos diversos idiomas supracitados, assim como também a conjugação entre elas: toxicodependência, cocaína, heroína, desintoxicação, abstinência, opiáceos, canabinóides, metanfetamina, álcool, SIDA, bruxismo, erosão, halitose, cárie, periodontal, oral, xerostomia.

II) O que é a toxicodependência

A toxicodependência manifesta-se pelo estado de intoxicação crônica do organismo que ao mesmo tempo é prejudicial ao indivíduo e à sociedade, que é produzida pela utilização de uma substância natural ou sintética, conhecida por “droga” dando origem a uma contínua utilização dessa substância (Cardoso, 2007).

A toxicodependência também está associada a um estado de dependência que pode ser psicológica e /ou física, através do consumo repetido de uma ou mais substâncias psicoativas, caracterizada por um consumo compulsivo e descontrolado, havendo uma situação persistente no desprezo de todas as consequências nefastas do consumo (físicas, psicológicas e sociais) (Henriques, 2013).

Dentro da sociedade existem quatro grupos de classificações de toxicodependência: 1) Clássica: que são praticadas voluntariamente e que não suscitam a rejeição dos consumidores por parte da sociedade onde habitam; 2) Moderna: correspondente a práticas que se foram instalando na sociedade ao longo dos últimos 200 anos e no entanto, não aprovadas pelas autoridades, tendo chegado mesmo a desencadear uma reação negativa por parte do poder judicial; 3) De grupo ou comunitária: apenas autorizada a desenvolver-se em contextos sociais extremamente reduzidos -“seitas”; 4) Solitária ou individual: que leva o próprio indivíduo a práticas de rejeição social do grupo em que já está inserido (Henriques, 2013).

Segundo Marques, (2011), os sintomas mais frequentemente associados são as alterações da cognição ou do humor, embora possam também estar presentes ansiedade, alucinações, ideias delirantes ou convulsões.

É possível concluir que a ideia da droga tornar o toxicodependente em um ser violento e insensível é visivelmente excluída, pois foi demonstrado que ele evidencia mais facilmente emoções negativas e que é capaz de reconhecer em si as emoções (Queiróz, 1999).

Características clínicas: de acordo com os estudos realizados no Hospital Fernando Fonseca entre 1997 e 2004, os pacientes analisados chegam frequentemente ao serviço de medicina, cirurgia e ortopedia e mais atualmente aos serviços de doenças inoficiosas (Alexandre & Luís et al, 2004).

1-Definição de Síndrome de Abstinência

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 1992, esta síndrome foi definida como o conjunto de sintomas que são agrupados de acordo com os diferentes modos e níveis de gravidade e que surgem quando há uma remoção absoluta ou relativa de uma determinada substância, consumida por um longo período ou em altas doses. O início e a evolução de abstinência são determinados no tempo e se relacionam com o tipo de substância e dosagem usada imediatamente antes de suspender o consumo. A retirada pode provocar complicações como, convulsões (Bustamante et al, 2008).

A manifestação da síndrome é normalmente aguda e traumática e os sintomas manifestam-se de uma maneira ou de outra e será determinado por diversas variáveis, tais como o tempo de consumo, o tipo da substância ingerida, o tempo utilizado entre cada dose, entre outros. E esta desencadeia sintomas a níveis fisiológico e psicológico, observando-se depressão, ansiedade e forte vontade do viciado obter drogas (Bustamante et al, 2008).

A síndrome de abstinência pode ser aguda (SAA) ou demorada (SAD). A SAA corresponde aos sintomas físicos, psicológicos e sociais provocados pela falta da droga, que ocorrem de 3 a 10 dias após o último consumo. A SAD corresponde aos sintomas fundamentados na sobriedade que ocorrem a partir de meses ou anos após o uso final da droga. Os sintomas, que estão ligados aos danos causados ao cérebro, apresentam-se durante a sobriedade e podem ser relatados como mente confusa, problema de memória, reação emocional exagerada ou apatia, distúrbios ou alterações do sono, problemas de coordenação motora e sensibilidade ao stress. A SAD pode ocasionar recaída com frequência, porém seus sintomas são reversíveis se houver tratamento adequado (Diniz, 2005).

2-Definição de pacientes toxicodependentes em tratamento de desintoxicação

Aqui vamos caracterizar os internamentos para desintoxicação dos pacientes que abusam de drogas ilícitas nos países da União Europeia. Nota-se que a maioria é do sexo masculino, com uma média de idade de 16 anos, onde a maior parte (cerca de 80%) não vão com frequência à escola e tem de um a quatro anos de estudo, ou no máximo, oito. A maior parte mora com a família e já passaram por algum tipo de internamento. Quase todos estes pacientes também possuem algum familiar que também é usuário de algum tipo de drogas; estes começam a utilizar drogas mais leves, aprovadas por lei, como o álcool e o cigarro, até chegarem as mais fortes, não aprovadas por lei, dentre elas cannabis ou crack. Verifica-se também que eles praticam atos ilegais, desde pequenos furtos até homicídios (Vultos, 2010).

A puberdade evidencia-se como umas das faixas etárias cuja incidência de consumidores é alta e crescente. Trata-se de um estágio de vida marcada por importantes e profundas transformações, as quais motivam desequilíbrios e instabilidade externa. O adolescente não aceita a orientação, pois está testando a oportunidade de ser adulto e de ter o poder e o controle sobre si mesmo; logo ao entrar

em contacto com as drogas nesses períodos de vida acaba expondo-se a maiores riscos (Araújo et al, 2004).

Na fase da desintoxicação do álcool, observa-se a presença de sonhos e desejos, designado *Craving*, que é definido como um intenso desejo de utilizar uma substancia específica, o qual engloba também, para alguns autores, a intenção de realizar esse desejo, a antecipação dos efeitos reforçadores associados ao uso e o alívio do afeto negativo e dos sintomas relacionados com a abstinência. É o *craving* que deixa o paciente vulnerável ao abuso de drogas e leva a recaída e ao abandono terapêutico (Araújo et al, 2004).

III) Tipos de drogas mais consumidas atualmente

1-Conceito de droga

Tributária da herança grega do termo *Pharmakón*, a Organização Mundial de Saúde definiu droga como “qualquer substancia que uma vez mais inserida num organismo vivo pode alterar uma ou várias das suas funções. Esta é a definição que a droga no campo técnico-farmacológico, abrange, tanto as drogas ilegais, como os medicamentos e os produtos alimentares (Fernandes, 2009).

2- Mecanismos de dependência

Segundo Gomes, (2011), as drogas são classificadas em três grandes grupos, segundo o efeito principal provocado no Sistema Nervoso Central:

-Substancias sedativas que bloqueiam ou minimizam a atividade do SNC, como o álcool, os barbitúricos, as benzodiazepinas, os tranquilizantes, os solventes voláteis e os analgésicos opiáceos.

-Substancias estimulantes ativadoras do SNC e excitantes. Pode-se citar neste grupo, as anfetaminas e anorexigêneos e a cocaína.

-Substancias psicodislépticas que modificam o curso do pensamento e as percepções sensoriais, como a cannabis e seus derivados, o LSD (dietilamida-acidolisérgico), os alucinogénios e os delirogêneos como o MDMA (conhecido por Ecstasy-3, 4 metilenodioximetanfetamina).

Sendo assim, esclarecemos também as classificações destas drogas da seguinte maneira:

1) Depressoras do SNC: onde a principal característica é a lentidão da atividade cerebral, sendo nesta categoria destacado o álcool, os solventes, os sedativos/hipnóticos,

os ansiolíticos e os analgésicos narcóticos; 2) Estimulantes do SNC: neste grupo caracterizam-se de maneira geral, as drogas que aceleram as atividades cerebral, podendo tanto estimular a transmissão de sistemas excitatórios cerebrais, quanto bloquear os sistemas inibitórios, como a cocaína, nicotina, anfetaminas e cafeína; 3) Perturbadoras do SNC: perturbar a fisiologia do SNC é a principal função deste grupo de drogas, produzindo uma modificação qualitativa no seu funcionamento, provocando alterações mentais, como alucinações, ilusões e delírios, e os principais exemplos deste grupo é a maconha, o LSD e alguns cogumelos de origem vegetal (Brasil, 2012).

Há também uma certa forma de dependência onde é normal observar nos indivíduos que são consumidores de substâncias psicoativas, uma imaturidade emocional. Muitos dependentes de drogas sentem-se inseguros, impacientes, impulsivos, inadequados e inferiores nas relações interpessoais. Expressam problemas na aceitação do “não” (com interdição), bem como em adotar responsabilidades. A vida manifesta-se de maneira ameaçadora e insuportável. O dependente de drogas sente-se inapto de aceitar a realidade, optando por ignorá-la. A droga passa a ser uma forma de lidar com tais dificuldades, na medida em que é gerado no indivíduo sentimentos de onnipotência. Muitos são os casos de comorbidade (depressão, transtorno bipolar, etc.) em que o dependente de drogas usa a substância como automedicação para sentir-se melhor (Kalina, 1999).

2.1- Mecanismo de ação da Cocaína

Esta droga psicoativa atua sobre o SNC. Ela aumenta a atividade dopaminérgica, ocupa a proteína transportadora da dopamina e inibe a reabsorção, diminuindo sua recaptação desse neurotransmissor, aumentando sua concentração e o tempo de ação na fenda sináptica. Com o aumento da concentração da dopamina na fenda sináptica, é potencializado o efeito de euforia da cocaína; além disso, a cocaína inibe a recepção da noradrenalina e serotonina (Domingos, 2012).

Segundo Domingos, J. (2012), no organismo, tanto a cocaína como o *crack* agem de maneira similar, no entanto, os efeitos dessa última droga podem ser ampliados por sua maior potencia.

2.2-Mecanismo de ação dos Opiáceos

Este grupo inclui a morfina, oximorfina, metadona, tramadol, remifentanilo, e alvimopan. Neste grupo os fármacos mais utilizados combatem a dor. Um dos metabólitos ativos da morfina é o M6G, pelo seu maior perfil de efeito analgésico como sua elevada potência. A metadona, é capaz de bloquear os recetores NMDA do glutamato e os transportadores das monoaminas conferindo-lhe uma grande capacidade para o combate à dor neuropática e oncológica. O remifentanilo, devido à sua farmacocinética, demonstrou uma grande eficácia no controlo da dor pós operatória, em cirurgia do coração e no trabalho de parto, com analgesia superior a petidina (Trivedi et al, 2013).

“*Papaver Somniferum*” é a planta de onde se extrai o ópio, que é um sumo espesso extraído dos frutos imaturos de várias espécies de papoulas soníferas e que é utilizado como narcótico. A morfina é o produto da purificação do ópio, a heroína (ou deacilmorfina) é um derivado semissintético da morfina, duas vezes mais potente. A codeína, a metadona, a pentazoxina, o fentanil, e o propoxifeno são opiáceos sintéticos (Cordeiro, 2002).

Os opiáceos têm proveniência em variadas formas, natural, semi-sintética e sintética. Os variados tipos de drogas derivadas de opiáceos reagem com os recetores opiáceos, de forma similar aos peptídeos opiáceos endógenos. Como um recetor específico, um opiáceo pode atuar como agonista, agonista parcial e antagonista (Bennet & Rosenberg, 2002).

2. 3-Mecanismo de Ação dos Canabinóides

Segundo Macedo, (2011), existe também uma ação a nível do córtex pré-frontal. Os canabinóides, nos primeiros consumos, levam a um aumento da dopamina, no entanto, autores revelam que a exposição crónica leva a uma diminuição dos níveis dopaminérgicos nestas áreas, que estão relacionadas com sintomas negativos como perturbações cognitivas.

O componente mais ativo da cannabis é o Delta 9-tetrahidrocanabidol (Delta 9-THC), atuando a nível do SNC, como agonista parcial dos recetores canabinóides, que se encontram densamente espalhados pelo córtex pré-frontal, gânglios da base, hipocampo e córtex anterior do giro cingulado, a ser alguns destes importantes componentes do chamado sistema límbico (Macedo, 2011).

Pode ser usada de forma inalada ou oral, causando também efeitos físicos (taquicardia, aumento do apetite, xerostomia, descoordenação motora, ...), psicológicos (euforia, confusão, desorientação, depressão, ansiedade, . .) ou terapêuticos(analgésico, diminuindo náuseas, atividade convulsiva...) (Macedo, 2011).

3-Outras drogas de abuso

Além das drogas já citadas acima, também há drogas sintéticas, como o LSD, *Ecstasy*, anfetaminas, HGB, fenciclidina, metanfetamina, ketamina, 2CB, como as cocaínas fumáveis (basuco, craque e *free-base*); e também os derivados opiáceos (heroína, morfina, ópio, codeína, dextrometorfano, mepiridina, fentanilo), e os alucinogénios (fungos-cogumelos, plantas como a Trompetas de *Angel* e o chá de Santo Daime). Há também o consumo de inalantes como o *Popper* (incenso líquido) e o *Dick* (diclorometano) (Perez, 2013).

O LSD (dietilamida do ácido lisérgico), psilocibina e mescalina são alucinogénios serotoninérgicos primários. O LSD é facilmente confeccionado em laboratório. A psilobinina é descoberta em diversas espécies de cogumelos, e a mescalina é um dos agentes ativos presente no *cacto Peyote* (Bennet & Rosenberg, 2002).

Substâncias que alteram o estado do humor e contidos em produtos comerciais e domésticos, são os Solventes. Estes produtos são facilmente adquiridos, por isso eles são os primeiros produtos consumidos também pelas crianças. As quatro classes principais de ingredientes destes produtos são os solventes voláteis, o nitrito de amilo, nitrito de butilo, anestésicos gerais e gases de propulsão, aerossóis (Bennet & Rosenberg, 2002).

A mescalina ou lisergina (alucinogénios tradicionais) são agonistas parciais dos recetores 5-HT, enquanto que a salvitonorina-A exalta o seu efeito através da ativação dos recetores K opióides (Camí & Farré, 2003).

A maior percentagem das ações conhecidas dos solventes está aliada à mediação do recetor GABA todavia, a sabedoria é limitada em relação aos seus mecanismos de ação (WHO, 2004).

As Anfetaminas têm uma estrutura de ação mais elaborada, uma vez que originam a libertação de neurotransmissores, situados em vesículas neuroniais de armazenamentos localizados no plasma, para a sinapse. Em conjunto, inibem a recetação da dopamina, noradrenalina e serotonina pelos transportadores membranares e ainda, agem como inibidores ligeiros da monoaminoxidase (MAO). A metanfetamina e anfetamina parecem ser mais seletivas para os transportadores de dopamina e noradrenalina do que para os de serotonina mas, as MDMA e outras anfetaminas de *design* são mais seletivos para os transportadores serotoninérgicos (Everit & Wolf, 2002).

IV) Alterações sistêmicas causadas pelas principais drogas

Assim notamos que o abuso dessas substâncias psicoativas acabam por desencadear diversas alterações, como implicações clínicas psiquiátricas, tais como:

-Transtorno psicótico induzido por álcool: alucinações, frequentemente persecutórias e de pouca estrutura, sendo auditivas ou visuais, e comum na ausência do nível de consciência (Alves et al, 2004).

Dentre as patologias clínicas associadas ao uso de álcool, também destacam-se as neurológicas, gastrointestinais, cardiovasculares, metabólicas e nutricionais, endócrinas, sistema imunológico e sistema hematopoiético (Santos, 2010).

Já com cannabis, associa-se a maior suscetibilidade a infecções e danos respiratórios e também alterações reprodutivas, como diminuição de produção do número de espermatozoides e irregularidades no ciclo menstrual. Também pode haver prejuízos cognitivos (atenção, aprendizagem e memória de fixação), além de contribuir para aumentar quadros psicóticos preexistentes e constituir um fator de risco para desencadeamento de esquizofrenia, em indivíduos suscetíveis (Carlini, 2004).

Com o consumo de estimulantes nota-se implicações potencialmente fatais como arritmias, dores torácicas, enfarte agudo do miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e AIT. Também há o aumento do risco de infecções como tromboflebitas, abscessos, *HIV*, hepatite tipo B. Quando se utiliza sob a forma intranasal pode causar perfurações do septo nasal, como necroses isquêmicas (Valdania & Glória-Garcés, 2013).

O consumo da nicotina implica uma associação a ampla morbimortalidade, incluindo a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), cânceros, coronariopatias, entre outros (Arias, 2011).

O consumo de benzodiazepínicos está associado a associações comportamentais onde pode aparecer ou agravar transtornos do sono. Alguns indivíduos podem apresentar uma reação paradoxal, caracterizada por agitação psicomotora, excitação, agressividade e desinibição comportamental (Orlandi & Noto, 2005).

Nota-se com o uso crônico de opióides, diversos quadros de infecções, alterações gastrointestinais, alterações hormonais, entre outros. Estes também são relacionados com alterações de humor e de sono, disfunção sexual e quadros psicóticos (Garcia, 2012).

Durante o uso crônico de solventes (inalantes) pode-se notar neuropatia periférica, ataxia, prejuízo da memória, insuficiência renal crônica, ataxia, arritmias cardíacas, hepatites tóxicas, entre outras; sendo a maioria dessas complicações consideradas transitórias, porém algumas outras alterações neurológicas, como neuropatia e deficiências cognitivas, tendem a ser irreversíveis (Jungerman et al, 2012).

Com a utilização da classe dos alucinogénios é notado o transtorno perceptivo persistente, caracterizado pelo retorno espontâneo de sintomas de alucinações pela experiência da indução do alucinogénio, chamado “*flashback*”, de segundos até minutos. E também é notado quadro de humor e quadros ansiosos, frequentemente ataques de pânico (Guillermo, 2013).

1-Efeitos das drogas diretamente na cavidade oral

Segundo Hajar et al (2013), problemas de saúde bucal estão entre os mais prevalentes problemas de saúde associados a toxicodependência.

O abuso de drogas traz direta e indiretamente consequências para a saúde oral e pode agravar problemas bucais indiretamente através dos seus efeitos adversos no comportamento e estilo de vida dos consumidores (Hajar et al, 2013).

1. 1-problemas de saúde bucal associada à Cocaína

Problemas bucais associados à cocaína têm significativos efeitos adversos na saúde oral e dentária. Dependendo de qual a principal via de administração da droga, os consumidores mostram várias manifestações orais e faciais. Cocaína resfolegar (que é inalada) está associada com perfuração do septo nasal, alterações no olfato, sinusite crônica e perfuração do palato. Já na administração via oral pode resultar em lesões gengivais, pois com a aplicação local da cocaína os consumidores testam sua qualidade, e isto pode levar a uma recessão gengival (Hajar et al, 2013).

O bruxismo também é uma comum complicação nestes consumidores, que apertam um dente no outro. E com a sequência de sua aplicação oral ou nasal, o pó de cocaína reduz o Ph da saliva, tornando a dentição suscetível a erosão (Hajar et al, 2013).

A cocaína também foi relacionada com má higiene oral, aumentando a prevalência de doenças dentárias periodontais; causando também a xerostomia, que é a diminuição do fluxo salivar (Saini et al, 2013).

1. 2-Problemas de saúde bucal associados ao Tabaco

O Departamento de saúde dos Estados Unidos da América (*USA*), refere a existência, desde 1964, de estudos que comprovam a associação do tabagismo ao cancro da cavidade oral. Os primeiros estudos relacionam o cancro oral e a doença periodontal com tabagismo, e as pesquisas recentes tem sugerido que esta associação é forte (Pintado, 2012).

A nicotina e seu metabólito, a cotinina, estão presentes no fluxo crevicular e na saliva e podem ser usadas como marcadores bioquímicos de exposição ao fumo do cigarro, e foi observado uma co-relação positiva entre os níveis salivares e a gravidade da doença periodontal, como também, a ação vasoconstritora da nicotina tem sido relacionada à diminuição da circulação periférica ou nutrição secundária, interferindo no resultado da terapia periodontal regenerativa, por alteração dos processos da cicatrização mediados por macrófagos e fibroblastos. Assim a expressão clínica da doença periodontal é alterada nos fumadores, observando-se aumento da recessão gengival, da profundidade de bolsa e maior perda de inserção periodontal, até a perda do dente (Pintado, 2012).

Assim associa-se o tabagismo à doença periodontal, que pode apresentar-se de uma forma simples, designada por gengivite, onde se observa clinicamente, na gengiva marginal, uma coloração vermelho-vivo, edema, e sangramento provocado ou espontâneo; até casos mais severos de periodontite (Hajar et al, 2013).

1. 3- Problemas de saúde bucal associados à Cannabis

Problemas de saúde bucal associados à cannabis, abuso de cannabis, principalmente haxixe e cannabis, levam ao aumento do risco de cancro, boca seca e periodontite. O início da periodontite tem uma associação dose-resposta com o abuso de cannabis independentemente do concorrente tabaco (Hajar et al, 2013).

Segundo Hajar (2013), a cannabis não aumenta o risco de cárie, por si só, porém o estilo de vida dos consumidores combinado, a curto prazo, com a diminuição do fluxo salivar,

torna altamente suscetível a cárie da superfície lisa. Além de muitos consumidores relatarem pulpites durante o período de uso fumado da cannabis, sendo assim, atribuída a efeitos adversos sobre a vasculatura.

Numa revisão sistemática, mostra-se efeitos colaterais orais da cannabis, com Leucodema, alta prevalência de *Candida albicans*(mas não candidíase) e níveis mais elevadas DMF (Hajar et al, 2013).

Às folhas da cannabis, quando mastigadas por várias horas, com o fim da obtenção dos agentes psicoativos, foi associada a periodontite e a leucoplasia (Saini et al, 2013).

1.4-Problemas de saúde bucal associados aos Opiáceos

Problemas de saúde bucal associados aos opiáceos e seus constituintes psicoativos tal como a morfina, e seus derivados semi-sintéticos, como a heroína, e os sintéticos como a metadona, são as perdas dentais, indicações de exodontias, cárie dentária generalizada principalmente na região cervical do dente; além disso, diminuição do fluxo salivar, o que leva a xerostomia, ardência bucal, dificuldade de mastigação, infecções das mucosas e doenças periodontais (Hajar et al, 2013).

Dentro desse grupo, destaca-se a metadona que é um medicamento de prescrição usado para ajudar as pessoas a superar a retirada de substâncias ilícitas altamente viciantes, como a heroína, mas tem efeitos prejudiciais a nível da saúde bucal. Vários casos de destruição avançada do dente de lesões cariosas generalizadas graves são apresentados com o xarope de metadona, usado intraoral, em um programa de reabilitação, pois a versão baseada em açúcar é mais frequentemente usada. Médicos dentistas são mais suscetíveis de encontrar pacientes em uso da metadona como uma emergência médico-

dentária e eles precisam ter conhecimento de que os consumidores de metadona estão em maior risco de deterioração e erosão (Nathwani & Gallagher, 2008).

As doenças periodontais aparecem normalmente sob a forma de periodontite do adulto, embora alguns relatórios também mostrem gengivite necrosante. Os consumidores de heroína apresentam má saúde bucal em termos de cáries e doenças periodontais. Estudos sobre consumidores de heroína administrada via endovenosa apontaram que, independentemente da sua higiene oral, estes doentes sofrem de cáries dentárias progressivas, que cobre uma área maior do que lesões cervicais típicas, sendo mais escuras e geralmente limitadas a superfícies vestibulares e labiais (Pintado, 2012).

Outros problemas bucais relacionados ao uso dos opiáceos incluem bruxismo, candidose e displasia da mucosa (Pintado, 2012).

Entretanto, outro fator de grande importância nestes consumidores é que estes perdem a sensação de dor, ficando anestesiados passando assim a ignorarem também os sinais das cáries dentárias (Pintado, 2012).

1.5-Problemas de saúde bucal associados à Metanfetamina

Abusadores de metanfetaminas mostram bruxismo, excessivo desgaste dental, xerostomia e cáries rampantes, uma condição descrita pelo paciente como “enegrecido, manchado, caindo ou partindo aos pedaços”; e este é um distinto padrão de cárie na região vestibular e cervical dos dentes e as superfícies lisas proximais dos dentes anteriores (Hajar et al, 2013).

A relação direta entre cáries rampantes e abuso de metanfetaminas, no entanto, não foi ainda estabelecida. Uma vasta gama de fatores comportamentais para além das drogas

pode contribuir para a cárie dentária nesses pacientes: consumidores de metanfetaminas enfrentam um aumento do risco de cárie, relacionado a falta de higiene oral, da alta ingestão de açúcar e diminuição da secreção salivar (Hajar et al, 2013).

Também após a utilização de estimulantes, os pacientes mostram bruxismo e atritos dentais, o que resulta no desgaste dental, sensibilidade dentária e dificuldade da mastigação e na abertura da mandíbula (Hajar et al, 2013).

Nestes pacientes atribui-se o termo “*Meth mouth*”, que é caracterizada por um conjunto de sintomas que vão desde a descoloração dos dentes a sério problema de cárie dental (Saini et al, 2013).

1.6-Probemas de saúde bucal associados ao Álcool

As doenças periodontais em pacientes alcoólicos estão principalmente associadas a má higiene bucal, e durante o atendimento médico-dentário também foi notado cancro da orofaringe, cárie e perda de dentes (Saini et al, 2013).

Num estudo transversal de indivíduos de idade entre 25 a 74 anos no *Erie Country,NY*, mostrou que com o consumo de álcool, foi surgindo nos pacientes, sangramentos gengivais, perda de inserção clínica, perda óssea alveolar e presença de microrganismos (Grossi et al, 2001).

De acordo com a OMD o álcool também é um fator de risco para o desenvolvimento do cancro oral estando relacionado fortemente com um estilo de vida menos saudável associado a uma reduzida ingestão de vegetais e frutas, e por isso pobre em alimentos antioxidantes (OMD, 2015).

A halitose também está associada ao alcoolismo, pois o álcool pode levar a boca seca. O consumo de cerveja, vinhos e licores pode perpetuar o mau hálito por 8 a 10hs após o consumo (Rayman, 2008).

Nestes pacientes alcoólicos pode também haver aumento no volume das gengivas, dificuldades de coagular, redução do tônus ou hipertonus da vasculatura facial, ressecamento e/ou ferida das mucosas da boca e problemas cicatriciais e /ou aumento no risco de infecção (Santos, 2014).

2- Características orais associadas a doenças infecciosas (HIV/SIDA)

A toxicodependência está muito associada a várias doenças, nomeadamente virais. A toxicodependência surge como um comportamento de risco para várias doenças infecciosas, como a SIDA (Shirin et al, 2000).

As lesões orais podem ser as primeiras manifestações clínicas da infecção causada pelo HIV, e os pacientes com estas lesões apresentam maiores queixas relacionadas com problemas mastigatórios, sensações de ardência, insatisfação com a própria aparência e dificuldades de deglutição e fonação, entre outros (Watanuki, 2010).

Há diagnóstico de condições de necrose no periodonto e apresentações atípicas de gengivite e periodontites. Estes pacientes possuem principalmente as lesões CP e QA; e as mais prevalentes são a Candidíase e Leucoplasia Pílosa (Watanuki, 2010).

Outras características são: dor de dente, sangramento gengival, úlceras orais, doenças periodontais, herpes zoster, CO e QA (Watanuki, 2010).

Estes pacientes possuem uma diminuição progressiva em número e atividade dos linfócitos TCD4, comprometendo a imunidade celular, deixando o hospedeiro suscetível ao desenvolvimento de infecções onde a cavidade bucal é particularmente suscetível. E as principais lesões bucais são a leucoplasia, Sarcoma de Kaposi, linfoma de Hodgkin, candidose bucal, herpes simples, úlceras bucais, doença periodontal, doença das glândulas salivares e lesões bucais induzidas por medicamentos (Campos, 2010).

Em crianças infetadas pelo HIV é elevada a presença de cáries e gengivite, pelo fato de que elas fazem um alto consumo de medicamentos contendo açúcar, resultando na diminuição do fluxo salivar, causada pelos mesmos e por hábitos inadequados de higiene oral (Campos, 2010).

Quanto à orientação de saúde, nota-se que a maioria dos responsáveis não recebeu atendimento educativo preventivo em saúde bucal, nem informação sobre as manifestações bucais decorrentes da doença e da necessidade de melhores cuidados na higiene bucal devido à grande quantidade de açúcar contida nos medicamentos, o que leva a um agravamento do quadro clínico (Jesus & Assis, 2010).

V) Conduta no atendimento médico-dentário perante o paciente toxicodependente

Segundo Hajar, (2013), apesar das evidências quanto a problemas de saúde bucal dos viciados, várias barreiras existem contra a prestação de intervenções preventivas e curativas. Profissionais de medicina-dentária normalmente tem atitudes negativas e falta de vontade para tratar pacientes toxicodependentes.

O médico-dentista deve fornecer educação em saúde bucal e prevenção para estes consumidores e suas famílias, fornecendo materiais educativos, como folhetos e cartazes, sobre a prevenção de problemas orais, e para isso, portanto, devem estar habilitados para isso, obtendo conhecimentos para a prestação deste serviço, que deve seguir a ordem no atendimento: diagnóstico e plano de tratamento de problemas orais dos viciados, gestão de distúrbios sistêmicos relacionados aos tratamentos dentários, gestão comportamental e psicológica, atitude positiva com relação a estes pacientes (Hajar et al, 2013).

Deve-se realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou responsável, incluindo questões para investigar se o indivíduo faz uso de drogas e qual, ou se está em tratamento. O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde de seu paciente (Campos, 2010).

1-Identificação do paciente toxicodependente

Segundo Marques, (2011), pela experiência, os sintomas de dependência, principalmente da dependência psíquica parecem bastante imperiosos e subjetivos, e comportam, com toda a evidencia, uma infinidade de graus. Preferimos reter então, para

definir o toxicómano, a noção de uso regular de um ou mais produtos tóxicos, suficiente a nosso ver, e sempre objetiva.

2- Identificação do tipo de droga que o paciente é consumidor

Dentre as inúmeras substâncias psicotrópicas temos álcool, cannabis, cocaína, *crack*, heroína, solventes, anfetaminas e os esteroides anabolizantes. Dentre desse grupo alguns sinais clínicos observam-se evidentemente quando: usuário de álcool, tem a linguagem vagarosa, arrastada, anda devagar e tem tonturas; de cannabis, linguagem vagarosa e arrastada, andar lento, tem tonturas e os olhos vermelhos com as pupilas dilatadas; de cocaína, a linguagem é acelerada, possui agitação, tensão, músculos travados e respiração com ruído; e de anfetaminas tem a linguagem acelerada (Marques, 2011).

De uma forma geral, o toxicodependente refere-se ao início do consumo de heroína, comparando-o ao contexto de ingestão da primeira bebida alcoólica. Mas, ao contrário das bebidas alcoólicas, a não percepção dos atos de consumo de heroína é quase total para aqueles que não a usam. Relativamente a esse primeiro ato de consumo, os informantes referiram ter sido preparado e levado a cabo na companhia de pelo menos um utilizador experimentado. No método como a heroína é tomada, a injeção pode significar uma “rotura simbólica”, na medida em que está associada a determinado padrão de consumo (Vasconcelos, 2003).

A forma mais comum de consumo da cannabis é o fumo. Eventualmente, pode ser ingerida misturada a chás ou a alimentos. Alguns consumidores fumam cigarros de cannabis misturados com tabaco, cocaína ou *crack*. Os efeitos físicos agudos, que aparecem logo após o consumo, são olhos vermelhos, boca seca, taquicardia e mãos frias e trêmulas. Os efeitos psíquicos agudos variam conforme o consumidor e a qualidade da droga; para alguns, os efeitos podem ser desagradáveis e provocar ansiedade, medo e pânico, afetando também a memória de curto prazo e a capacidade de concentração (Fabiani, 2010).

O consumo da cocaína provoca euforia, hiperatividade, e uma grande sensação de prazer. O indivíduo não se sente cansado, perde o apetite e a vontade de dormir; as pupilas se dilatam, e aumentam a temperatura, os batimentos cardíacos e a pressão. Quando usadas em altas doses provoca tremores, vertigens, paranoias e intensifica o comportamento violento. O uso intenso provoca cansaço e intensa depressão (Fabiani, 2010).

Após a ingestão de álcool, e num primeiro momento, surgem efeitos como a euforia e bem-estar, relaxamento, desinibição, sensação de prazer e aumento da verbosidade, característicos da Fase Estimulante. Com o contínuo consumo de álcool e passado algum tempo, o indivíduo começa a sentir os efeitos característicos da Fase Depressora, e que se caracterizam por falta de coordenação motora, sensação de sonolência, dificuldade na articulação de palavras, descontrolo, fadiga muscular e, em alguns, casos depressão. A irritabilidade, insónia, delírios ou manias de perseguição são também algumas alterações referidas como características dos consumidores crónicos de álcool (Gouveia, 2010).

As anfetaminas e os seus derivados são uma classe de compostos cada vez mais consumidos de forma abusiva em regiões do mundo, como Estados Unidos, Austrália e Europa. Os efeitos clínicos de abuso de anfetaminas são significativos e por isso a capacidade do médico reconhecer e tratar a intoxicação por anfetaminas assim como conhecer os seus efeitos adversos é muito importante. Os seus efeitos laterais incluem hipertensão, taquicardia, arritmias, psicose, vaso espasmo coronário e periférico, insónia, tremores, distúrbios gastrointestinais, e dependência. Todos estes efeitos laterais estão bem documentados, no entanto, a literatura relata poucos casos de isquemia/enfarte intestinal relacionados com o seu consumo. Os efeitos sobre o sistema nervoso central de euforia e sensação de aumento de energia levaram ao seu consumo abusivo (Lareiro, 2012).

Drogas selecionadas	Nomes populares	Efeitos adversos
<p><u>CANABINÓIDES</u></p> <p>Maconha e haxixe</p>	<p>Saco, colombiano, <i>doobie</i>, narcótico, grama, <i>hash</i>, corcunda, <i>Jay</i>, conjunta, tampa, <i>Mary Jane</i>, pote, erva daninha.</p>	<p>Olhos vermelhos, negligência na aparência, perda de interesse e motivação, possível perda de peso.</p>
<p><u>OPIÁCEOS</u></p> <p>heroína</p>	<p>China, branco, comida de cachorro, sonhador, poeira, H, cavalo, sucata, <i>scag</i>, beijoca</p>	<p>sintomas grave de abstinência, perda de apetite, morte por overdose.</p>
<p><u>ESTIMULANTES</u></p> <p>cocaína</p>	<p>floco de manivela, Coca-Cola, congelamento, geléia, senhora, folha, neve, mulher branca.</p>	<p>Vício, hipertensão, insônia, inquietação, ansiedade ,danos pulmonar e nasal , perda de apetite, dependência intensa psicológica , morte por overdose.</p>
<p>anfetaminas</p>	<p>Anfetaminas, pretas belezas, Co-pilotos, manivela, cristal, <i>dexies</i>, abridor de olho, bolas de futebol, vidro, corações, gelo, tampa, metanfetamina, traça, quartzo, velocidade, cabedais.</p>	<p>Vício, hipertensão, perda de de apetite, paranóia, alucinações, coma, convulsões, excessiva irritabilidade, nervosismo, balanços de humor, hiperatividade, danos cerebrais, morte por overdose.</p>

<u>ALUCINOGENEOS</u>		
LSD (ácido lisérgico dietilamida)	Ácido, barris, mata-borrões, céu azul, Sol da Califórnia, cubos, cúpulas, apartamentos, sapos, tampas, <i>microchip</i> .	Pupilas dilatadas, alucinações, ilusões, mudanças de humor, <i>flashback</i> , quebra da realidade, esgotamento emocional
Mescalina e psilocibina	Botões, cacto, cogumelos mágicos, mesc, TMA (um mistura de mescalina, LSD e maconha)	Pupilas dilatadas, alucinações, ilusões, oscilações de humor, quebra da realidade, repartição emocional.
Fenciclidina (PCP)	Pó de anjo, controle remoto, cristal, porco, cavalo, assassino, articulações de <i>Krystal</i> , amor, erva de hortelã, Pílula da paz, rumores, super grama, erva daninha.	Fala arrastada, visão turva, confusão, agitação, agressão, ataxia, ansiedade, depressão, memória e percepção prejudicada, psicose aguda, convulsões, aumento da frequência cardíaca e pressão, morte de acidentes.
Metilada anfetaminas ("designer drugs")	Branco de Adam, China, <i>Ecstasy</i> , <i>Eve</i> , amor	Crise hipertensiva, alucinações, náuseas, confusão, insônia, aumento da pressão arterial, Profusa sudorese, Elevação de humor.

<u>INALANTES</u>		
Solução de limpeza a seco, removedor de unha polonês, gasolina, refrigeradores de vidro, <i>spray de cabelo</i> , inseticidas, cola de avião, nitritos (amílico e butil), óxido nitroso..	Gás, cola, rindo gás, papel líquido, <i>sniff, whippets</i> .	Náusea; hemorragias nasais; pouca coordenação motora; vertigens; dor de cabeça; anemia; neuropatia; danos no fígado e medula óssea; perda de peso drástica; alto risco de morte súbita; problemas de visão, memória, e processos de pensamento; comportamento violento.

Tabela 1 -Tabela de identificação do tipo de drogas de que o paciente é usuário com seus devidos efeitos, adaptada de Johnson et al, 1999.

3-Recomendações principais na prática clínica

Os principais achados nas bocas dos consumidores de drogas e o tipo de conduta que deve ser instituída pelo médico-dentista, deve ser levado em consideração principalmente quanto à Xerostomia (usando-se saliva artificial e /ou lubrificante a base de água); Problemas cardiovasculares (não utilizar anestésicos locais com adrenalina, substituindo-os por anestésicos contendo mepivacaína a 3% com felipressina); Infecções oportunistas por cândida (usar antifúngicos tópicos como a nistatina ou cetoconazol) (Campos & Frazão et al, 2009).

Em pacientes alcoólicos, orientar a realização de exames periódicos para a prevenção do cancro bucal, pois tem risco aumentado em desenvolvê-los; não se pode prescrever colutórios bucais que contenham álcool em sua composição pois o paciente pode ingerí-lo; não prescrever ácido acetilsalicílico, pois pode gerar hemorragias; cuidado ao prescrever benzodiazepínicos, pois pode ocorrer a potencialização dos seus efeitos; cuidado ao prescrever antimicrobianos como cetoconazol, metronidazol e algumas cefalosporinas, pois quando utilizados concomitantemente com o dissulfiram (medicamento usado para tratar o alcoolismo), podem provocar uma hiperventilação e sensação de pânico nos pacientes (Campos & Frazão et al, 2009).

Nos pacientes consumidores de cannabis deve-se orientar que evitem pelo menos uma semana antes e logo após o tratamento bucal, pois intervenções invasivas podem ser preocupantes, devido a diminuição transitória dos glóbulos brancos causada pelo uso da droga. Mantendo-os em níveis normais, ocorre melhor o processo de reparação tecidual (Campos & Frazão et al, 2009).

Com os pacientes consumidores de cocaína, deve-se adiar tratamentos eletivos caso o paciente esteja sob o efeito da droga. Recomenda-se um período mínimo de 24 horas, pois esta droga pode causar morte súbita. Durante o tratamento de indivíduos sob a influência da cocaína, quando houver dor, deve-se utilizar anestésicos sem vasoconstritores ou prilocaína com felipressina. Isto ocorre porque com uma injeção intravascular acidental de anestésico local com vasoconstritor em um usuário de cocaína pode levar a uma crise hipertensiva (Campos & Frazão et al, 2009).

Tomar atenção para ocorrência de sangramento trans e pós-operatório, e a menor tolerância de dor, em consumidores de heroína, e ter cautela ao prescrever medicamentos por via oral como paracetamol e diazepam, pois podem ter início de ação retardada, uma vez que o esvaziamento gástrico é alterado, nesses pacientes. Já nos pacientes consumidores de solventes deve-se adiar o tratamento eletivo e encaminhar o paciente para avaliação médica. Nos pacientes consumidores de anfetaminas, deve-se

adiar o tratamento eletivo caso o paciente apresente sinais de uso recente, principalmente se o paciente é usuário de MDMA (metilenodioximetanfetamina), o “êxtase ou droga do amor” popularmente conhecida (Campos & Frazão et al, 2009).

A conduta adequada para consumidores de anabolizantes é atentar-se para a possibilidade do paciente ter reações agressivas e hostis durante o tratamento médico-dentário pelas alterações comportamentais produzidas pela droga. Assim como solicitar coagulograma antes de procedimentos invasivos, pois esta droga altera os fatores de coagulação, podendo provocar sangramentos pós-operatório. Deve-se solicitar sempre que o paciente faça acompanhamento médico antes de iniciar o tratamento (Campos & Frazão et al, 2009).

Com todos os tipos de drogas usadas, deve-se conhecer os efeitos dessas substâncias, suas interações com os fármacos utilizados na medicina-dentária e o perfil de um paciente consumidor de drogas para adotar condutas clínicas corretas durante o tratamento desse tipo de paciente. Ter cautela ao prescrever medicamentos que possam fazer com que um paciente em recuperação ou abstinência possa ser induzido a voltar a consumir, como por exemplo, em um viciado de heroína abstinência, não deve ser prescritos analgésicos opiáceos. É sempre estar com atenção, pois estes pacientes podem ser contaminados pelos vírus da AIDS e/ou das hepatites vírus e não relatarem ao médico-dentista por não saberem que são portadores destes (Campos & Frazão et al, 2009).

Também ficar atento aos seus equipamentos de proteção individual, como o gorro, óculos de proteção (visto que a conjuntiva do olho apresenta menos barreira de proteção que a pele), máscara (contra inalação ou ingestão), avental ou roupa própria do consultório, luvas descartáveis, sapatilhas, não só para o profissional, mas também para o pessoal auxiliar, pois as turbinas e aparelhos de profilaxia lançam aerossóis no ambiente, que além de serem expirados, depositam-se nas superfícies próximas, incluindo desta forma as roupas, rosto e cabelos do médico-dentista e auxiliar. No

entanto, os pacientes relatam apoio entusiasmado acerca da paramentação utilizada pelo médico-dentista, sentindo-se mais protegidos para o atendimento até porque estes também tratam outros pacientes (Carmo, 1999).

VI) Tratamentos/ Intervenções

De acordo com o que vimos acima, descreveremos então as possíveis intervenções e tratamentos em consultório, para as principais consequências bucais pelo uso da droga.

1-Bruxismo

O bruxismo é descrito por atividade para funcional noturna involuntária dos músculos mastigatórios, enquanto o atrito é considerado uma parafunção diurna abrangendo esta musculatura, embora possa acontecer também à noite (Branco et al, 2008).

Estudos apontam também que é um distúrbio neuropsicológico de excursões mandibulares e pode ser rítmica na máxima intercuspidação ou em posições excêntricas. São o ponto de partida para este tipo de para função que progressivamente arruína e desgasta os tecidos dentários, distúrbios de oclusão que prejudica as estruturas da musculatura cervical cranial, dental e articulação temporo-mandibular (Contrerías, 2015).

Segundo Kato & Lavigne (2001), a abordagem de tratamento em longo prazo mais apropriada para o controle desta parafunção é a combinação de placas estabilizadoras com estratégias cognitivo-comportamentais (relaxamento, *biofeedback*, educação) e abordagens farmacológicas, as quais devem ser consideradas de forma global.

2-Desgaste dental

Durante a anamnese determinar o grau de desgaste da superfície dentária;

Atrição – o desgaste é na superfície oclusal, que pode ser uma causa de bruxismo;

Abrasão – o desgaste da estrutura dentária por fricção; devido a fatores extrínsecos;

Nestes casos, fazer registro clínico inicial com modelos de estudos e fotografias; explicar a prevenção, a progressão e as causas das lesões ao paciente, nomeadamente a remoção dos fatores causais. Encaminhar o paciente para uma equipa multidisciplinar; e fazer as consultas de controlo. Se a erosão progredir, considerar restaurações com compósitos para melhorar a estética ou coroa total se o desgaste for excessivo (Fan & Jones, 2013).

3-Xerostomia

Do grego *Xéro* (seco) e *stome* (boca), a xerostomia é uma queixa muito constante nas consultas dentárias, descrita como sendo uma sensação de boca seca provocada por fatores variados. Entre os quais sobressaem a desidratação, a má higiene oral, tal como a má alimentação com longos períodos de jejum a não produção ou baixa produção de saliva (Barboza et al, 2011).

Os pacientes toxicodependentes em motivo do uso de antidepressivos, sedativos e hipnóticos, manifestam xerostomia, decorrente da ação anticolinérgica neste grupo farmacológico. Devido à deficiência no fluxo salivar, o paciente pode manifestar halitose, dificuldade de deglutição, fonação, doenças periodontais, um maior número de cáries, redução da capacidade protetora da saliva como o efeito tampão e remineralização (Popoff et al, 2010; Barboza et al, 2011).

O tratamento da xerostomia pode ser feito por meio do uso de estimulantes mecânicos/gustatórios, substitutos da saliva ou agentes sistêmicos. Métodos

alternativos, como a acupuntura, também já foram citados como forma de tratamento da xerostomia. Estimulantes e substitutos da saliva geralmente atenuam apenas a xerostomia, sem alterar o fluxo salivar. Já os agentes sistêmicos além de reduzir a xerostomia, diminuem também os problemas bucais associados com a hipofunção das glândulas salivares, através da elevação do fluxo salivar (Claire et al, 2015).

4-Halitose

A halitose é uma patologia que tem sido relatada ao longo da História do ser humano, que causa desconforto, embaraço social e é um limitador da qualidade de vida e auto-estima. Através de diferentes produtos naturais e alimentos, tentou-se mascarar ou amenizar os efeitos do mau hálito, no entanto, eram desconhecidas as suas verdadeiras causas e motivos. Independentemente da sua origem existem hoje vários testes de diagnóstico (halímetro, cromatografia gasosa, entre outros) para averiguar a presença e gravidade desta patologia. Cabe ao médico dentista na maioria dos casos tratar esta patologia, ou porventura, quando a patologia não está associada à cavidade oral, reencaminhar o paciente para uma especialidade médica (Martins, 2012).

Seja qual for a causa da halitose, como a toxicodependência, a higiene bucal é fundamental para o sucesso do tratamento, além da eliminação da sua respetiva causa, e é possível afirmar que o tratamento periodontal à base de raspagem e alisamento radicular, juntamente com a intensificação da escovagem e do uso do fio dental, e ainda a consequente redução do grau de inflamação gengival e a não formação de gases produtores de halitose contribuem, de forma positiva, para a eliminação da halitose (Souza et al, 2011).

5-Cárie rampante

A presença de xerostomia aumenta significativamente o risco de cárie, erosão do esmalte e doenças periodontais. Todos estes fatores, acoplados a uma franca negligência

na higiene oral, consumos elevados de hidratos de carbono e regurgitação gastrointestinal, podem causar a “*meth mouth*” (boca de metanfetamina), entidade clínica característica deste tipo de consumidores. Apesar de, na grande maioria dos casos, as peças dentárias não poderem ser conservadas e acabarem por ser extraídas, as restaurações com ionómero de vidro ou compómeros podem também ser úteis quando os dentes ainda são passíveis de serem restaurados. Uma vez que o doente abandona o consumo de MA, poderá ser elaborado um plano de tratamento que inclua restaurações estéticas na tentativa de melhorar a autoestima deste (Amaral & Guimarães, 2012).

6-Doença Periodontal

Os toxicodependentes, por norma, não efetuam uma higiene oral correta e passam longos períodos de tempo sem escovar os dentes, apresentando frequentemente gengivite e doença periodontal (Guimarães, 2012).

Com a gengivite ulcerativa necrosante (GUN), na primeira consulta, é realizada raspagem e polimento para remoção de biofilme e cálculo de acordo com a tolerância do paciente à dor. Na fase inicial, os pacientes são instruídos a utilizar antissépticos bucais como coadjuvantes do controle mecânico, tais como água oxigenada (10 volumes diluída em água, em proporções iguais) e clorexidina 0,12% duas vezes ao dia. Em situações onde há comprometimento sistémico, o uso complementar de antibióticos sistémicos pode ser utilizado. O tratamento adequado diminui os sintomas em alguns dias. Uma vez que o processo se torna crónico, os procedimentos de raspagem, orientação e motivação de higiene bucal devem ser intensificados, visando o tratamento da gengivite (Carvalho et al, 2015).

Já outra doença encontrada na boca destes pacientes é a periodontite do adulto, que é a progressão da gengivite, que é a inflamação e infeção dos ligamentos e ossos que dão suporte aos dentes. Também pode ser necessária cirurgia para tratar o problema, pois bolsas periodontais muito profundas nas gengivas podem precisar ser abertos e limpos.

Além disso, dentes soltos podem precisar de suporte. Os sangramentos e o aumento do volume das gengivas devem desaparecer dentro de uma ou duas semanas após o início do tratamento. Talvez o dentista precise remover um ou vários dentes para que a periodontite não piore e se espalhe para os dentes vizinhos (Sousa et al, 2003).

O médico dentista pode limpar os orifícios até 5 mm de profundidade, usando um raspador e uma escova de raízes que retira a fundo o tártaro e a superfície doente da raiz. Para as bolsas de 6 mm ou mais requer-se, frequentemente, um tratamento cirúrgico. É também possível tirar a porção solta das gengivas, de modo que o resto possa aderir de novo e de forma firme aos dentes, permitindo assim a limpeza da placa bacteriana em casa. O médico dentista pode prescrever antibióticos, especialmente no caso de abscessos. Nas bolsas profundas podem colocar-se filamentos impregnados de antibiótico, para que uma concentração alta do fármaco possa alcançar a área doente. Os abscessos periodontais causam um surto de destruição óssea, mas o tratamento imediato com cirurgia e antibióticos pode contribuir para a regeneração de grande parte do osso danificado. Enquanto a boca permanecer inflamada depois da operação, enxaguar a boca com cloro-hexidina durante um minuto duas vezes por dia pode substituir temporariamente a escova de dentes e o fio dental (Manual Merck, 2014).

Conclusão

Através da revisão da literatura efetuada conclui-se que a toxicodependência tem efeitos sobre a saúde oral nos consumidores de qualquer grupo etário e variável com o tipo de drogas.

Foram evidenciadas diversas complicações orais decorrentes da toxicodependência e destacado o papel do médico dentista no diagnóstico da doença, uma vez que este transtorno é normalmente negado pelo próprio dependente e este precisa de auxílio, como também de tratamento dentário especial para cada tipo de droga usada.

O médico dentista apresenta-se com um papel relevante a nível de recuperação da autoestima do doente, ajudando-o a se recuperar e reinserindo-o na sociedade.

Diante esta revisão da literatura realizada, esta investigação - Toxicodependência e a Medicina Dentária - apresenta-se como necessária e importante sob diversas perspetivas: para que os profissionais desta área desenvolvam o conhecimento científico imprescindível à tomada de decisão crítica e ponderada e a uma prestação de cuidados com maior qualidade e, para que a sua profissão possa evoluir e contribuir para uma intervenção mais adequada a todos os níveis - prevenção, diagnóstico e tratamento - do médico dentista, assim como sua devida cautela no tratamento perante as doenças comuns adquiridas por este grupo de pacientes.

Apesar das suas restrições, acredita-se que este trabalho possibilita através da reflexão a que obrigou, um melhor conhecimento da toxicodependência na medicina dentária, constituindo, assim, um amparo para a formação pessoal e profissional e, também, um desafio enriquecedor para o desempenho futuro como médica dentista.

Referências bibliográficas

Alexandre, J. & Luís, A. (2004). *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. PsiLogos. pp. 56-60.

Alves, H.; Kessler, F.; Ratto, L. (2004). “Comorbidade: Uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 26 (supl I), pp. 51-57.

Araujo, R.; Oliveira, M.; Piccolato, L.; Szupszynski, K. (2004). “Sonhos e craving em alcoolistas na fase desintoxicação”. *Revista Psiquiátrica Clínica*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 31 (2), pp. 23-38.

Arias, A. (2011). “Dependencia a la nicotina: desempeño psicométrico de dos escalas en adultos”. *Investigaciones Andina*, 13 (23), pp. 258-267.

Barboza, C. et al. (2011). Participação do cirurgião dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares. *International Journal of Dentistry*, Recife, 10 (1/01-03), pp. 32-37.

Bennet, J. & Rosenberg, B. (2002). *Medical Emergencies in dentistry*. WB 1 Edition. WB Saunders Company, Philadelphia. pp. 411-445.

Branco, R.; Branco, C.; Tesh, R.; Rapoport, A. (2008). “Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD)”. *Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 13 (2).

Brasil, V. (2012). Construção e desconstrução da dependência de drogas do indivíduo a família. PUC-São Paulo. pp 12.

Bustamante, O.; Reyes, Y.; Gutierrez, L.; Payares, A. (2008). “Descripción de la vivencia del Síndrome de Abstinencia en pacientes drogodependientes. Universidad del Norte. *Psicología desde El Caribe*. ISSN 0123-417x, 21, pp. 85-104.

Camí, J. & Farré, M. (2003). Drug addiction. *The New England Journal of Medicine*. 349 (10), pp. 975-986.

Campos, C. & Frazão, B. (2009). Pacientes com Necessidades Especiais. Universidade Federal de Goiania (UFG). 2ª edição. pp 01-06,48-52.

Campos, J. (2010). “Reprodutibilidade de uma escala odontológica proposta como indicador de saúde bucal em crianças e adolescentes HIV+/SIDA. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (4).

Cardoso, C. (2007) “Psicopatologia Geral e Especial”. Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação da Universidade do Porto. pp. 1-16.

Carlini, E. (2004). The good and bad effects of (Delta 9-THC) on humans. *Toxicon*. 44(4), pp. 461-7.

Carmo, M. (1999). “Equipamentos de proteção individual-EPI”. Universidade Federal de Alfenas, MG-BR, pp. 1-6.

Carvalho, C. et al (2015). “Periodontia – base científica por trás dos sorrisos saudáveis”. *Revista Perionews*, 9 (4), pp. 309-13.

Claire, B.; Caldwell, S.; Porteous, A.; Messow, C. et al. (2015). “Radiotherapy-induced xerostomia, pre-clinical promise of LMS-611”. *Article Supportive Care in Cancer*. pp. 1-8.

Contrerías, A.(2015). “Bruxismo: su comportamiento en un área de salud”. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. Editorial Ciencias Médicas. 19(1), pp. 56-65.

Cordeiro, J. (2002). *Manual de psiquiatria clínica*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2, pp. 243-284.

Costa, J.; Monbelli, M.; Marcon, S.; (2010). "Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos". *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 63 (5), pp. 735-40.

Diniz, M.; (2005). "Síndrome de abstinência". *Dicionário Jurídico*. 2edição. São Paulo, Ed. Saraiva.

Domingos, J. (2012). Fatores associados ao uso da cocaína e /ou crack em clientes de um CAPSad. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pp. 12-57.

Domínguez, A.; Jesús, R.; Alberto, L.; Sánchez, R.; Valles, A. (2011). Pacientes pediátricos con VIH/SIDA en Baja California, México. *Universitas Odontológica*. 30, Issue 64, pp. 51-56. 3 Charts.

Everit, B. & Wolf, M. (2002). Psychomotor Stimulant Addiction: A Neural Systems Perspective. *Journal Neuroscience*; 22, pp. 3312-3320.

Fabiani, M. (2010). Avaliação do desempenho de um questionário para detectar o uso de maconha e cocaína em uma população carcerária de São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Dados Internacionais de catalogação na Publicação (CIP). USP/FM/DBD-207/10.

Fan, K. F. M. & Jones, J. (2013). "Osces for dentistry". *Pastest Ltd*, Kinutsford, 3, pp. 113.

Fernandes, D. (2009). "O exercício pode prevenir ou tratar a toxicodependência". Tese da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, pp. 07-51.

Fernandes, N. (2008). Relatório realizado no Centro de Atendimento ao Toxicodependente (CAT) da Covilhã. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Garcia, J. (2012) “Opióides e o sistema imunológico: relevância clínica”. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62, pp. 713-718.

Gomes, A. (2011). “Vinculação e toxicodependência”. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto –FMUP. Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental.

Gouveia, S. (2010). Avaliação de efeitos do álcool no tempo de reacção. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.

Graham, C. & Meechan, J. (2005). Universidade de Newcastle Upon Tyne, Newcastle upon Tyne, Reino Unido. *Dental Update*, 32 (8), pp. 477-8, 481-2, 485.

Grossi, S.; Ho, A.; Genco, R.; Tezal, M. (2001). “O efeito do consumo de álcool sobre a doença periodontal”. *Journal of Periodontology*, 72 (2), pp. 183-9.

Guillermo, B. (2013). “Drogas emergentes III: plantas e hongos alucinógenos”. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 36, pp. 505-518.

Guimarães, M. & Amaral, A. (2012). “Manifestações orais do uso de metanfetaminas” *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa (FCS-UIP); 53 (3), pp. 175–180.

Hajar, S.; Khami, M.; Mohebbi, S. (2013). “Oral Health of Drug Abuser: A Review of Health Effects and Care”. *Journal of Iranian Public Health*, 42 (9), pp. 929-940.

Henriques, T. (2013). “Toxicodependência: O caso da comunidade terapêutica Arco-Íris”. Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Sociologia da Universidade de Coimbra, pp. 09-70.

Jesus, W. & Assis, M. (2010). "Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições no planejamento". *Ciência e Saúde Coletiva*, 15 (1), pp. 161-170.

Johnson, M.; Heriza, T.; Dennis, C. (1999). "How to spot Illicit drug abuse in your patients"- *Postgraduate Medicine*. 106 (4), pp. 199-200, 203-6, 211-4.

Jungerman, F.; Alves, H.; Carmona, M.; Conti, N.; Malbergier, A. (2012). "Abuso de Fármacos Anestésicos pelos Anestesiologistas". *Revista Brasileira Anestesiol*, Editora Elsevier, 62 (3), pp. 375-386.

Kalina, E. (1999). *Drogadição hoje: Indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre. Artmed.

Kato, T.; Lavigne, G. (2001). "Bruxism and orofacial movements during sleep". *Dental Clinic North American*, Philadelphia, 45 (4), pp. 657-684.

Lareiro, N. (2012). "Isquemia mesentérica crônica a propósito de um caso e discussão de possíveis efeitos tardios de derivados de anfetaminas". Artigo tipo case-Report com vista à atribuição do grau de Mestre. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, pp. 04-15.

Macedo, P. (2011). "Psicoses por canabinóides". Tese de Mestrado Integrado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, pp. 10-25.

Manual Merck. (2014). "Doenças Periodontais"-19 edição. Sessão 08. cap 95. Ed. Roca-Brasil.

Marques, A. (2011). "A(s) Droga(s) e a(s) Toxicodependência(s)- Representações sociais e políticas em Portugal . Desenvolvimento e Inserção Social". Tese de Mestrado da Faculdade de Economia da Universidade do Porto-FEP.

Martins, J. (2012). “Halitose-Prevenção e tratamento”. Tese de Mestrado em Medicina Dentária da Faculdade Fernando Pessoa, pp. 24-40.

Nathwani, N. & Gallagher, J. (2008). “Metadona: riscos dentários e ação preventiva”. *Dental Update*, 35 (8), pp. 542-4, 547-8.

Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). (2015). “Fatores de risco para o desenvolvimento do cancro oral e o álcool”. [Em linha]. Disponível em <<http://www.omd.pt/pt/2/1/publico/cancro-oral>> . [Consultado em 23/12/2015].

Orlandi, P. & Noto, A. (2005). “Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, pp. 896-902.

Perez, C. (2013). “Consumo de drogas emergentes em Medellín, Colômbia”. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 42, pp. 248-256.

Pintado, C. (2012). “A influência do tabaco na patologia periodontal”. Monografia de Periodontopatologia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP).

Pires, J. & Pereira, O. (2004). “Prometeu Liberto: Itinerários de Droga em Medicina Comportamental”. Lisboa. Medialivros, SA.

Popoff, D. et al. (2010). Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. *Revista Gaúcha Odontológica*, Porto Alegre, 58 (3/Jul.-Set.), pp. 381-385.

Queiróz, C. (1999). “Toxicodependência e Emoções: Um estudo comparativo entre toxicodependentes e não toxicodependentes”. *Revista Toxicodependências*, edição SPTT, ano 3, num 2. pp 65-76.

Rayman, S. (2008). Halitosis among racially diverse populations: na Update. *International Journal of Dental Hygiene*, 6 (1), pp. 2-7.

Saini, G.; Gupta, N.; Prabhat, K. (2013). “ A dependência de drogas e doenças periodontais”, 17 (5), pp. 587-591.

Santos, F. (2010). “Legislação e Álcool. Opiniões e contradições.”. Tese de Mestrado da Universidade do Minho, pp. 22-148.

Santos, V. (2014). “Efeitos das drogas na saúde bucal”. *Revista Odonto Magazine*. Vp Group. Edição Digital.

Secades, R. & Rey, R. (2011). “Tratamiento del síndrome de abstinência alcohólica”. Serviço de Medicina interna do Hospital Lucus Augusti, Sergas. *Galicla Clinic*, 72 (2), pp. 51-64.

Shirin, T.; Ahmed, T.; Iqbal, A.; Islam, M.; Islam, MN. (2000). Prevalence and risk factors of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infections among drug addicts in Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 18 (3), pp. 145-50.

Sousa, C.; Garzon, M.; Sampaio. (2003). “Estética periodontal: relato de um caso”. *Revista Brasileira de Cirurgia e Periodontia*, 1 (4), pp. 262-7.

Souza, A.; Amorin, J.; Lins, R.; Maciel, M.; Lucena, R. (2011). “Avaliação do caráter psicogénico da halitose”. *Revista da Faculdade de Odontologia*, Passo Fundo, 16 (2), pp. 140-143.

Trivedi, M.; Shaiki, S.; Gwinnutt, C. (2013) . “Tutorial de Anestesia: farmacologia dos opióides”. Sociedade brasileira de anesthesiologia. *Magazine Basic*. Relatório do Departamento de Anestesia, Hospital Hope, Salford, UK, pp. 1-7.

Valdania, K.; Glória-Garcés, C. (2013). SMAD. *Revista eletrónica Saúde Mental, Álcool e Drogas*. Edição em Portugues, 9 (2), pp. 64.

Vasconcelos, L. (2003). Heroína e agências: Itinerários de uso da droga em Lisboa dos anos 90. *Etnográfica*, VII (2), pp. 369-401.

Vultos, J. (2010). "Abordagem neuropsicológica e imagiológica da disfunção cerebral da toxicodependência". *Revista Toxicodependências*, Edição IDT, 09 (2), pp. 23-29.

Watanuki, F. (2010). "Manifestações orais associadas ao HIV após 30 anos de epidemia no Brasil". Universidade de São Paulo, pp. 18-37.

World Health Organization (WHO) (2004). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. Genova, WHO.