

Impacto da Saúde Bucal em Drogaditos de Instituição de Acolhimento em Maceió - AL, Brasil: Estudo Piloto

Oral Health Impact on Psychoactive Substance Users from Host Institution in Maceió - AL, Brazil: Pilot Study
Impacto de la Salud Bucal en Adictos a las Drogas en una Institución de Acogida en Macei - AL, Brasil: Estudio Piloto

Dayse Andrade **ROMÃO**

Professora Adjunta, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
<https://orcid.org/0000-0002-7884-1657>

José Carlos da **SILVA JÚNIOR**

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
<https://orcid.org/0000-0002-6168-0981>

Jadson Mathyas Domingos da **SILVA**

Centro Universitário Tiradentes - UNIT/AL, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7964-4930>

Luiz Carlos Oliveira dos **SANTOS**

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
<https://orcid.org/0000-0002-7021-5491>

Valdeci Elias dos **SANTOS JÚNIOR**

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
<https://orcid.org/0000-0001-9748-5830>

Mariana Alencar **NEMÉZIO**

Centro Universitário Tiradentes - UNIT/AL, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1852-7882>

Isabel Cristina Celerino de Moraes **PORTO**

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
<https://orcid.org/0000-0003-0908-7424>

Tereza Angélica Lopes de **ASSIS**

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
<https://orcid.org/0000-0002-4876-438X>

Resumo

Objetivo: identificar os aspectos relacionados com o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de drogaditos em uma instituição de acolhimento em Maceió/AL - Brasil. Métodos: foi realizado estudo transversal – descritivo realizado de novembro 2012 a abril 2013 com aplicação de questionários de Entrevista Clínica, Oral Health Impact Profile, Classificação Econômica Brasil e Determinação do Risco de Cárie. Os dados foram submetidos ao Programa Epi Info versão 3.5.3. Resultados: Foram avaliados 50 homens (19 a 51 anos), maioria usuário de crack, com precedência de internação, classe social baixa e alto risco de cárie. “Sentir-se envergonhado por causa de problemas nos dentes e boca” foi o aspecto mais afetado, entretanto, não foi observado impacto na qualidade de vida decorrente de afecções bucais. Conclusão: Os resultados sugerem que diferentes fatores causam impactos distintos nos domínios da qualidade de vida e saúde bucal dos drogaditos gerando necessidade de novos estudos detalhados nesta área.

Descritores: Usuários de Drogas; Epidemiologia; Saúde Bucal; Qualidade de Vida.

Abstract

Objective: to identify the aspects related to the oral health impact on the quality of drug addicts in a host institution in Maceió / AL - Brazil. Method: cross-sectional study was conducted from November 2012 to April 2013 with application of Clinical Interview Questionnaires, Oral Health Impact Profile (OHIP-14), Brazil Economic Classification and Caries Risk questionnaires. Data were submitted to the Epi Info version 3.5.3. Results: Fifty men aged (19 - 51 years old) were evaluated, mostly crack users, hospitalization precedence, low social class and with high caries risk. "Feeling ashamed because of problems in the teeth and mouth" (OHIP10) was the most affected aspect, however, no impact on the quality of life due to oral affections was observed. Conclusion: The results suggest that different factors cause distinct impacts in the domains of oral health related quality of life, generating a need for further detailed studies in this area.

Descriptors: Drug Users; Epidemiology; Oral Health; Quality of Life.

Resumen

Objetivo: identificar aspectos relacionados con el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los drogadictos en una institución de acogida en Maceió / AL - Brasil. Métodos: se realizó un estudio descriptivo transversal de noviembre de 2012 a abril de 2013 con la aplicación de cuestionarios de Entrevista Clínica, Perfil de Impacto en Salud Bucal, Clasificación Económica Brasil y Determinación del Riesgo de Caries. Los datos se enviaron al Programa Epi Info versión 3.5.3. Resultados: se evaluaron 50 hombres (19 a 51 años), la mayoría consumidores de crack, con precedencia de hospitalización, clase social baja y alto riesgo de caries. “Sentirse avergonzado por problemas en los dientes y la boca” fue el aspecto más afectado, sin embargo, no hubo impacto en la calidad de vida derivado de los trastornos bucales. Conclusión: Los resultados sugieren que diferentes factores provocan diferentes impactos en los dominios de la calidad de vida y la salud bucal de los drogadictos, lo que genera la necesidad de realizar más estudios detallados en esta área.

Descriptores: Consumidores de Drogas; Epidemiología; Salud Bucal; Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas foi possível observar um aumento no consumo de substância psicoativas no Brasil¹. Isto tem se tornado foco de atenção devido à dimensão do seu impacto na sociedade moderna². De acordo com a “United Nations Office on Drug and Crime” (UNODC) aproximadamente 167.315 milhões de pessoas com idade entre 15 a 64

anos usaram substâncias ilícitas em 2011, ou seja, 6,9% da população mundial³. O uso dessas substâncias causa grande prejuízo financeiro para o país, pois inclui gastos com saúde, crime e ainda perda de produtividade, além do comportamento disfuncional que passa a refletir nos índices sociais⁴.

O uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas constituem um cenário de

vulnerabilidade, se configurado como um problema dos mais complexos e desafiantes enfrentados pelos governantes dos países desenvolvidos e principalmente dos países em desenvolvimento⁵. Além disso, o impacto da drogadição na saúde pública não se limita às perdas econômicas, pois ocorrem outras consequências que podem incluir problemas psicológicos, violência doméstica, abuso infantil, desintegração familiar e alto risco de contrair doenças infecciosas como HIV, Hepatite B e C influenciando, portanto, diretamente na qualidade de vida dos usuários de substâncias psicoativas^{6,7}.

Em virtude desta gênese multifatorial, o usuário de drogas precisa ser atendido nas diversas áreas afetadas, tais como: social, familiar, física, mental, questões legais e qualidade de vida, sendo necessária uma equipe técnica multiprofissional e interdisciplinar treinada para atender esses usuários². Além dos problemas expostos, um fator importante para a qualidade de vida é a saúde bucal, pois é uma parte integrante da saúde como um todo^{8,9}. É comum a saúde bucal deficiente entre os indivíduos dependentes químicos¹⁰. Esses indivíduos têm maior risco de ter a saúde bucal comprometida por diversos motivos, dentre eles o acesso limitado a cuidados odontológicos, dieta cariogênica, hábitos de higiene oral deficiente, falta de cuidado com a saúde bucal e saúde geral e os efeitos da substância na mucosa oral¹¹⁻¹⁴.

Assim, experiências de dor, abscessos dentários, problemas com alimentação e mastigação, constrangimento devido ao formato ou ausência de dentes, dentes comprometidos ou manchados podem causar efeitos negativos no dia-a-dia e no bem-estar das pessoas¹⁵. O indivíduo que se encontra em processo de recuperação deve ser tratado integralmente, associando-se aos cuidados médicos e psiquiátricos uma abordagem educativa para valorização da saúde bucal e dos cuidados necessários para manter a integridade das estruturas bucodentais. Logo, as condições de saúde bucal podem ser determinadas pela qualidade e o estilo de vida adotado pelas pessoas, pois os problemas associados à saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de impacto negativo no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade¹⁶.

Os drogaditos compõem um grupo de pacientes especiais pouco estudado, com carência de dados precisos sobre a realidade do consumo de drogas, apesar do crescente aumento deste fenômeno social¹⁶. Esta situação

proporciona que os profissionais da saúde, inclusive o cirurgião-dentista, desconheçam como atuar sobre essa parcela da população e negligenciem suas condutas¹⁶. De acordo com Shetty et al.¹⁷ e Shekarchizadeh⁹ existe uma desconexão entre os pesquisadores da saúde bucal e do uso de substâncias psicotrópicas. Entretanto, a Odontologia, além de aliviar a dor, pode contribuir para a reabilitação desses pacientes, auxiliando no desenvolvimento da autoestima e ampliando a interação social, já que a recuperação implica o resgatar do ser humano em todos os aspectos, eliminando o significado psicológico das drogas^{11,18}.

Diante do exposto, a percepção da escassez de estudos e ações que estabeleçam a relação entre o uso de drogas, aspectos da saúde bucal e as consequências refletidas na qualidade de vida justifica a realização do presente estudo, o qual pretende identificar as variáveis relacionadas com o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de usuários de substâncias psicoativas em uma instituição de acolhimento em Maceió – AL, Brasil.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado estudo do tipo transversal, exploratório analítico e quantitativo que utilizou uma amostra não-probabilística de conveniência, composta por voluntários acolhidos na Casa do Servo Sofredor da Instituição Juvenópolis na cidade de Maceió-Alagoas, com idade de 18 a 51 anos, que mantinham com o álcool ou outras drogas uma relação diagnosticável de dependência, segundo diretrizes propostas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10¹⁹. O estudo foi desenvolvido no período de novembro de 2012 a abril de 2013.

A Casa do Servo Sofredor foi selecionada para este estudo por se tratar da única Instituição não governamental e sem fins lucrativos de Maceió. Ela é destinada aos moradores de rua, jovens, adultos e idosos que se encontram em situação de vulnerabilidade, com ou sem vínculo familiar e que fazem uso indevido de substâncias psicoativas, tendo por objetivo oferecer moradia temporária, erguer a autoestima e a dignidade dos usuários, resgatar a cidadania e preparar os usuários de substâncias psicoativas para o ingresso nas comunidades terapêuticas.

Previamente ao início da coleta dos dados, o processo de calibração do examinador foi conduzido por um examinador "Gold Standard" com experiência prévia em levantamentos epidemiológicos, sendo

desenvolvida inicialmente uma discussão teórica para orientação dos códigos e critérios de diagnóstico para a cárie dentária. Seguiu-se, posteriormente, uma fase prática, com técnicas para o exame clínico, apuração e análise dos resultados, sendo obtidos valores de Kappa inter-examinadores com concordância “excelente” (0,95) para cárie dentária. O tempo total para o processo de calibração foi de 28 horas. Ainda durante a fase experimental, 10% dos voluntários da amostra foram reexaminados pelo mesmo examinador da presente pesquisa, para a verificação da manutenção dos critérios de diagnóstico e aferência do erro amostral intra-examinador, sendo obtido o valor médio de Kappa de 0,89 para cárie dentária.

Os sujeitos desta pesquisa foram entrevistados e avaliados nos meses que eram admitidos na casa, dependendo do grau de abstinência apresentado. No primeiro contato foi esclarecida a importância e os objetivos desta pesquisa, sendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante. Homens com idade menor 18 e maior que 60 anos foram excluídos da pesquisa; além daqueles que não faziam uso abusivo de álcool ou outras drogas e que apresentaram estados alterados da consciência e/ou desorientados no tempo e no espaço, bem como se recusaram a participar da pesquisa.

A avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida foi feita com o indicador sócio-dental Oral Health Impact Profile (OHIP), o qual foi elaborado em sua versão completa como um questionário contendo 49 itens. Consiste de instrumento que mensura a percepção das pessoas do impacto negativo decorrente de afecções bucais no seu bem estar. As informações do OHIP visam complementar os indicadores tradicionais de epidemiologia bucal e, desse modo, fornecer um perfil muito mais amplo do impacto da doença nas populações⁽²⁰⁾. A forma abreviada do OHIP, adotada nesta pesquisa, possui dois itens de cada uma das dimensões incluídas no instrumento original de Slade e Spencer²¹: limitação funcional (itens 1 e 2), dor física (itens 3 e 4), desconforto psicológico (itens 5 e 6), incapacidade física (itens 7 e 8), incapacidade psicológica (itens 9 e 10), incapacidade social (itens 11 e 12) e desvantagem social (itens 13 e 14). As dimensões foram categorizadas em pontuações obtidas a partir da aplicação do escalonamento Likert em associação com o peso de cada pergunta, conforme preconizaram os idealizadores do instrumento. A cada categoria, foi atribuído um valor entre 0 e 4 com os seguintes escores: nunca = 0; quase nunca =

1; às vezes = 2; frequentemente = 3; muito frequentemente = 4. Assim, nessa variação de resposta da escala, zero representa ausência de impacto e quatro, o máximo impacto.

A classificação do risco de cárie, por sua vez, foi usada para definir em que estágio de severidade em relação à cárie dentária se apresentava o indivíduo. Um exame intrabucal foi realizado por um examinador calibrado com experiência prévia em levantamentos epidemiológicos, sendo escolhido o próprio consultório odontológico da instituição. Os voluntários foram examinados com o emprego de abaixadores de língua descartáveis – sob luz natural- por examinador paramentado. Os participantes nesta etapa apenas posicionaram a cabeça seguindo a determinação do avaliador e abriram a boca no ambiente de iluminação natural para que a mesma fosse visualizada. Os abaixadores de língua foram usados quando houve necessidade para isso e, através do exame, o sujeito pesquisado foi enquadrado em um dos grupos de risco, que varia de A a F, sendo A igual a baixo risco, B e C risco moderado e D, E e F risco alto.

A situação socioeconômica dos indivíduos foi categorizada de acordo com a posse de bens de consumo e a escolaridade do chefe da família - classe A, B, C, D e E - de acordo Sistema de Classificação Econômica do Brasil. As informações coletadas foram transferidas para um banco de dados. Realizou-se uma avaliação percentual e estatística para apurar os resultados. Para análise dos dados foi usado o Programa Epi Info versão 3.5.3. e, posteriormente, realizou-se a análise descritiva, com a apresentação das medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas, número e percentual das variáveis categoriais.

Esta pesquisa foi conduzida com autorização formal dos setores envolvidos. Os preceitos éticos vigentes, estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram obedecidos e a identidade dos pacientes e profissionais foram preservadas. Após avaliada, sua aprovação se deu pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número de protocolo 1614/12.

RESULTADOS

A amostra final totalizou 50 homens dependentes químicos. A média de idade foi de 31,2 anos (DP= 7,7), com um mínimo de 19 e máximo de 51 anos. Na tabela 1 é apresentada a distribuição da frequência da amostra. Os dados demonstram que antes do acolhimento 56% viviam com família, 22% sozinhos e 22% em situação de rua. Com relação à ocupação de

trabalho, metade dos usuários acolhidos afirmou trabalhar, bem como 64% já ter sido interno/abrigado em centros de repouso, hospitais ou comunidades terapêuticas para usuário de álcool ou outras drogas. Quando investigados sobre o primeiro contato com as drogas, 92% declararam ter ocorrido antes dos 20 anos, sendo o crack, em 78%, a droga de maior consumo durante o vício dos entrevistados. Também foi encontrado que 56% apresentavam algum ente familiar que tinha ou teve contato com droga ilícita.

Tabela 1 – Distribuição da frequência dos drogaditos da Casa do Servo Sofredor/Juvenópolis. Maceió - AL, Brasil 2013

Variáveis	n	%
Faixa Etária		
18-29	24	48,0
30-44	24	48,0
45-60	2	4,0
Ocupação/Trabalho		
Sim	25	50,0
Não	25	50,0
Internação Precedente		
Sim	32	64,0
Não	18	36,0
Primeiro Contato com Droga		
Antes dos 20 anos	46	92,0
Entre 30 e 40 anos	4	8,0
Droga Mais Usada		
Maconha	9	18,0
Crack	39	78,0
Cocaína	2	4,0
Alteração na Vida		
Sim	49	98,0
Não	1	2,0
Alteração na Boca		
Sim	42	84,0
Não	8	16,0
Envolvimento Familiar		
Sim	28	56,0
Não	22	44,0
Moradia		
Família (pais, cônjuge, irmãos, outros)	28	56,0
Rua	11	22,0
Sozinho	11	22,0
Classe Social A e B		
Sim (alta e média)	8	16,0
Não (baixa)	42	84,0
Risco de Cárie		
Baixo Risco	0	0
Risco Moderado	5	10,0
Alto Risco	45	90,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Quando perguntados sobre o efeito das drogas na vida, 98% afirmaram que o consumo afetou. E quanto aos cuidados com a boca, foi encontrado que 84% perceberam sua boca afetada pela drogadição, além de 50% relatar escovar os dentes pelo menos mais de duas vezes ao dia.

A distribuição da amostra quanto à classe social, a partir da avaliação socioeconômica, e do risco de cárie encontrado também consta na Tabela 1. O grupo estudado pertence, em sua maioria, à classe socioeconômica baixa (Classes C, D e E), representada por 84% de toda amostra. O risco de cárie, por sua vez, esteve majoritariamente nas categorias de alto risco representadas por D - quando uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda se fazem presente, E -

alguma alteração periodontal e F - dor e/ou abscesso dentário, totalizando 90%, estando a categoria D em destaque com 68%. No estudo, não houve participante com baixo risco de cárie.

A prevalência de homens que relataram impacto relacionado às condições bucais na qualidade de vida foi de 16%, e o OHIP médio encontrado foi de 28,46 (DP= 13,59), com mediana de 29,50 e valores mínimos e máximos de 1 e 56, respectivamente. “Sentir-se envergonhado por causa de problemas nos dentes e boca” (OHIP10 – Incapacidade psicológica) foi o aspecto da qualidade de vida mais afetado pelas questões bucais, seguido de “sentir dor na boca ou dentes” (OHIP3 – Dor física), “sentir desconforto para comer alguma comida” (OHIP4 – Dor física) e “ter preocupações por problemas com boca ou dentes” (OHIP5 – Desconforto psicológico), estando igualmente afetados (Tabela 2).

	OHIP	Nunca		Quase Nunca		Ocasional		Algumas Vezes		Sempre	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Limitação Física	OHIP1	37	74,0	2	4,0	2	4,0	3	6,0	6	12,0
	OHIP2	15	30,0	2	4,0	3	6,0	18	36,0	12	24,0
Dor Física	OHIP3	6	12,0	4	8,0	4	8,0	18	36,0	18	36,0
	OHIP4	6	12,0	6	12,0	2	4,0	22	44,0	14	28,0
Desconforto Psicológica	OHIP5	8	16,0	1	2,0	5	10,0	15	30,0	21	42,0
	OHIP6	13	26,0	5	10,0	4	8,0	23	46,0	5	10,0
Incapacidade Física	OHIP7	16	32,0	3	6,0	12	24,0	12	24,0	9	18,0
	OHIP8	20	40,0	6	12,0	7	14,0	14	28,0	6	12,0
Incapacidade Psicológica	OHIP9	13	26,0	2	4,0	5	10,0	17	34,0	9	18,0
	OHIP10	11	22,0	5	10,0	0	0	18	36,0	19	38,0
Incapacidade Social	OHIP11	21	42,0	5	10,0	3	6,0	14	28,0	7	14,0
	OHIP12	22	44,0	3	6,0	4	8,0	15	30,0	6	12,0
Desvantagem Social	OHIP13	18	36,0	3	6,0	6	12,0	12	24,0	11	22,0
	OHIP14	5	10,0	6	12,0	7	14,0	17	34,0	5	10,0

Fonte: Dados da Pesquisa

As dimensões de qualidade de vida aferidos pelo OHIP-14 foram analisadas de acordo com a classificação socioeconômica (Tabela 3). Na análise para cada dimensão, observou-se que os drogaditos não pertencentes à classe social A e B apresentaram maior impacto na qualidade de vida apenas nas dimensões incapacidade social (P=0,079) e desvantagem social (P=0,094). Portanto, não foi observada relação estatisticamente significativa entre classe social e impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos drogaditos.

DISCUSSÃO

Os participantes do estudo apresentaram, na maioria, características semelhantes: homens jovens e adultos de 19 a 51 anos, usuário de crack, com precedência de internação, de classe social baixa, com alto risco de cárie e sem impacto na qualidade de vida decorrente de afecções bucais. Quanto à média de idade (31,2 anos), a faixa etária que compreende o maior envolvimento com o uso de drogas coincide com o que foi descrito por outro estudo²², além de apresentarem o primeiro contato com a droga ilícita antes dos 20 anos,

fase de descobertas, indecisões e maior vulnerabilidade²². Um estudo abordando o enfrentamento do consumo do crack no Brasil discorre que o brasileiro usuário desta droga não difere daqueles encontrado em outros países, sendo caracterizado, na maioria das vezes por ser homem, jovem, de baixo nível socioeconômico, poli-usuário, de baixo nível educacional, sem trabalho ou vivendo de atividades informais, marginalizado, com piores índices sociais e de saúde².

Tabela 3. Impacto, segundo classificação socioeconômica dos drogaditos da Casa do Servo Sofredor/Juvenópolis, Maceió, Brasil 2013

Dimensão	Classe A e B				p-Valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Limitação Funcional					
Sem Impacto	7	17,0	34	83,0	0,669
Com Impacto	1	11,2	8	88,8	
Dor Física					
Sem Impacto	3	15,8	16	84,2	0,379
Com Impacto	5	16,0	26	84,0	
Limitação Psicológica					
Sem Impacto	2	9,6	19	90,4	0,783
Com Impacto	6	20,6	23	79,4	
Incapacidade Física					
Sem Impacto	4	11,1	32	88,9	0,509
Com Impacto	4	28,5	10	71,5	
Incapacidade Psicológica					
Sem Impacto	3	12,5	21	87,5	0,831
Com Impacto	5	19,2	21	80,8	
Incapacidade Social					
Sem Impacto	3	8,8	31	91,2	0,079
Com Impacto	5	31,3	11	68,7	
Desvantagem Social					
Sem Impacto	3	8,6	32	91,4	0,094
Com Impacto	5	33,3	10	66,7	

Fonte: Dados da Pesquisa

Ao considerar o aspecto socioeconômico dos drogaditos na casa de acolhimento, encontramos que 84% do grupo não é da classe A e B, descritas aqui em conjunto e representadas pelo médio e alto padrão. Os resultados são comparados aos dados referidos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas (CEBRID), que no II Levantamento sobre o uso de drogas no Brasil realizado em 2005, demonstrou predomínio da classe socioeconômica baixa (76%)²². Na literatura, nota-se que existem trabalhos que abordam o grupo neste quesito, sendo largamente estudados os tipos de drogas consumidas de acordo com o aspecto sociodemográfico. Corroborando, também, com este achado há os estudos de Lozano et al.²³ e Moreira et al.²⁴, os quais indicaram que usuários de substâncias psicoativas e com renda mais baixas apresentaram maiores chances de ter baixa qualidade de vida em relação àqueles com rendimentos mais elevados. No entanto, apesar de haver estudos de qualidade de vida, ainda carecem trabalhos de interesses voltados para o grupo do usuário de droga dependente²⁵.

As drogas destroem o caráter, comprometem o sentido realístico, diminuem ou

acabam com o senso de responsabilidade e fragilizam os indivíduos, acarretando uma série de alterações físicas, químicas e emocionais²⁶. De acordo com Brekke et al.²⁷, o uso de substâncias psicoativas com conseqüente dependência química, vai proporcionando uma gradativa redução da qualidade de vida. Acrescenta-se que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, por sua vez, é um complexo multidimensional de domínios inter-relacionados, incluindo a saúde absoluta e percepções subjetivas²⁸.

De acordo com de Paula et al.²⁸, indicadores clínicos são importantes para a avaliação das necessidades de tratamento odontológico e suas limitações devem ser consideradas no planejamento de intervenções de saúde bucal. É necessário avaliar como problemas dentários e distúrbios orais interferem no funcionamento normal de vida de um indivíduo, bem como a importância dos determinantes sociais na saúde dentária. Nos últimos anos foram desenvolvidos vários instrumentos capazes de mensurar a relação entre saúde bucal e qualidade de vida, o que traduz o crescente reconhecimento de que a saúde bucal pode ocasionar impactos na qualidade de vida²⁹. Foi neste contexto que surgiu o OHIP, instrumento que mensura a percepção das pessoas do impacto negativo decorrente de afecções bucais no seu bem estar²⁹.

As análises descritivas permitiram expor valores médios de OHIP com a interferência da variável socioeconômica na percepção da qualidade de vida da amostra. Entretanto, o grupo não obteve pontuações muito disparens neste quesito. Muito embora ao comparar as dimensões do impacto quanto a este aspecto, verifica-se que os droga-dependentes menos favorecidos apresentaram maior impacto na qualidade de vida apenas nas dimensões incapacidade social (p=0,079) e desvantagem social (p=0,094).

É reiterado, no entanto, que fatores clínicos, ambientais e socioeconômicos, na citada comparação, não são de ordem padronizada, visto que cada grupo de estudo apresenta sua realidade diante das particularidades locais. As pessoas percebem a importância da saúde bucal para a qualidade de vida sob uma variedade de formas nos domínios físico, social e psicológico, sendo que a capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto costumam ser consideradas os aspectos positivos e negativos mais relevantes para a qualidade de vida, respectivamente³⁰.

No grupo estudado, foi encontrado que há percepção de alteração na boca em decorrência do uso de droga e que a prática de escovação dental se faz presente pelo menos duas vezes ao dia, apesar da constatação do elevado comprometimento dental dado pelo alto risco de cárie determinado em 90% da amostra. O estudo de Shekarchizadeh et al.⁹, realizado no Irã, vem corroborar alertando que o comportamento de saúde bucal de drogaditos, em geral, é pobre, chamando a atenção para a grande necessidade de melhorar o seu comportamento através de instruções de cuidados de saúde bucal preventiva. Além disso, outro estudo relata que isso se deve ao fato dos usuários de substâncias psicoativas não apresentarem como prioridade o autocuidado¹³.

Perceptível, então, é o necessário comprometimento da sociedade, numa dimensão intersectorial, a partir do consumo desenfreado de drogas, pois o alastramento populacional deste mal desestabiliza os setores produtivos e retarda o desenvolvimento social. Assim, é sensato pensar que os pressupostos para alcançar uma boa qualidade de vida incluem fatores de proteção da vida, através de estratégias de larga escala, caracterizadas de um modo geral pela promoção da saúde. Portanto, ao cirurgião-dentista cabe responsabilizar-se por um diagnóstico integral, não apenas na ótica clínica da saúde bucal, devendo dar conta de investigar as causas objetivas e subjetivas dos agravos bucais através de um olhar multidimensional nos aspectos da vida, compondo a aliança de força em prol da reabilitação e reconstrução da autoestima dos drogaditos.

No presente estudo houve algumas limitações relacionadas ao tipo de pesquisa, transversal, não sendo permitida a interpretação da influência causal. Além disso, os dados não podem ser generalizados para todos os drogaditos, uma vez que a amostra foi composta por indivíduos flagelados em sua maioria, o que pode tornar os resultados tendenciosos. Na amostra foram incluídos apenas sujeitos do sexo masculino, não sendo possível analisar se a variável gênero provoca diferenças no impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Tratando-se do grupo estudado, não houve significativo impacto negativo na qualidade de vida. Portanto, são necessários estudos detalhados nesta área, proporcionando maior entendimento das influências consideradas na saúde bucal do usuário de droga para a determinação da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Os resultados sugerem que fatores clínicos, socioeconômicos e comportamentais causam impactos diferentes nos domínios da qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(4):545-57.
2. Pulcherio G, Stolf AR, Pettenon M, Fensterseifer DP, Kessler F, Crack – da pedra ao tratamento. *Rev AMRIGS*. 2010;54(3):337-43.
3. UNODC. World Drug Report United Nations Publication. 2011: 22.
4. Moraes M. Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(1):121-33.
5. Garcia MLT, Leal FX, Abreu CC. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicol Soc*. 2008;20(2): 57-266.
6. Costa PSK, Godoy PG, Gomes DQ, Pereira JV, Lins RD. Fatores Sociodemográficos e Condições de Saúde Bucal em Droga-Dependentes. *PBOCI*.2011;11(1):99-104.
7. Gupta T, Shah N, Mathur VP, Dhawan A. Oral health status of a group of illicit drug users in Delhi, India. *Community Dent Health*. 2012; 29(1):49-54.
8. Padilha DMP, Hilgert JB, Hugo FN, Saúde Bucal; in Freitas EV (ed). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2006.
9. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Virtanen JI. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. *BMC Oral Health*. 2013;13(11):1-7.
10. Reece S. Dental health in addiction. *Aust Dent J*. 2009;54(2):185-6.
11. Sheridan J, Aggleton M, Carson T. Dental health and access to dental treatment: a comparison of drug users and non-drug users attending community pharmacies. *Br Dent J*. 2001;191(8):453-57.
12. Friedlander AH, Marder SR, Piseigna JR, Yagiela JA. Alcohol abuse and dependence: psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc*. 2003; 134(6):731-40.
13. Robinson PG, Acquah S, Gibson B. Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. *Br Dent J*. 2005;198(4):219-24.
14. Barbadoro P, Lucrezi D, Prospero E, Annino I. Improvement of knowledge, attitude, and behavior about oral health in a population of alcohol addicted persons. *Alcohol*. 2008;43(3): 347-50.

15. Petersen PE, The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31:3-24.
16. Costa SKP, Godoy PG, Gomes DQ, Pereira JV, Lins RDAU. Fatores sociodemográficos e condições de saúde bucal em drogadependentes. *PBOCI.* 2011;11(1):99-104.
17. Shetty V, Mooney LJ, Zigler CM, Belin TR, Murphy D, Rawson R. The relationship between methamphetamine use and increased dental disease. *J Am Dent Assoc.* 2010;141(3):307-18.
18. Mateus-Moreno MV, del-Rio-Highsmith J, Riobóo-Garcia R, Solá-Ruiz MF, Celemin-Vinuela A. A Dental profile of community of recovering drug addicts: Biomedical aspects retrospective cohort study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013;18(4):671-9.
19. Organização Mundial de Saúde, CID- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, São Paulo: Edusp; 1993.
20. Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P. *Epidemiologia e Bioestatística na Pesquisa Odontológica.* São Paulo: Atheneu; 2005.
21. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994;11(1):3-11.
22. Carlini EA. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/Secretaria Nacional Antidrogas, UNIFESP.* 2006.
23. Lozano OM, Domingo-Salvany A, Martinez-Alonso M, Brugal MT, Alonso J, de la Fuente L. Health-related quality of life in young cocaine users and associated factors. *Qual Life Res.* 2008;17(7):977-85.
24. Moreira TC, Figueiró LR, Fernandes S, Justo FM, Dias IR, Barros HMT, Ferigolo M. Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. *Cien Saúde Colet.* 2013;18(7):1953-62.
25. Laudet AB, Morgen K, White WL. The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems alcoholism treatment quarterly. *Alcohol Treat Q.* 2006;24(1-2):33-73.
26. Colodel EV, Silva ELFM, Zielak JC, Zaitter W, Michel-Crosato E, Pizzatto E. Alterações bucais presentes em dependentes químicos. *RSBO.* 2009;6(1):44-8.
27. Brekke M, Vetlesen A, Høiby L, Skeie I. Quality of life among patients in drug-assisted rehabilitation programmes. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2010;130(13):1340-42.
28. de Paula JS, Leite IC, de Almeida AB, Ambrosano GM, Mialhe FL. The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. *BMC Oral Health.* 2013;13(10): 1-8.
29. Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(3):841-50.
30. Mcgrath C, Bedi R. A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. *Qual Life Res.* 2004;13(4):813-18.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Jadson Mathyas Domingos da Silva
Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL, Brasil
e-mail: jadsondomingos0@gmail.com

Submetido em 11/04/2021

Aceito em 02/08/2021