



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

**ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO MULTIDISCIPLINARIDADES
EM SAÚDE**

INGRA TAIS MALACARNE

**Características sociodemográficas e condição bucal de
diferentes perfis de usuários de crack**

Curitiba

2019

INGRA TAIS MALACARNE

**Características sociodemográficas e condição bucal de
diferentes perfis de usuários de crack**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Odontologia da
Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
como parte dos requisitos para obtenção
do título de Mestre em Odontologia, Área
de Concentração em Estomatologia.**

**Orientadora: Prof. Dra. Luciana Reis
Azevedo Alanis**

Coorientadora: Dra. Indiara Welter Henn

Curitiba

2019

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Edilene de Oliveira dos Santos CRB-9/1636

M236c
2019

Malacarne, Ingra Tais
Características sociodemográficas e condição bucal de diferentes Perfis de usuários de crack / Ingra Tais Malacarne; orientadora, Luciana Reis Azevedo Alanis; coorientadora, Welter Henn. -- 2019
34 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2019.
Inclui bibliografias

1. Odontologia. 2. Usuários de drogas. 3. Cocaína. 4. Crack (Droga). 5. Saúde bucal. 6. Perfil de saúde. I. Alanis, Luciana Reis Azevedo. II. Henn, Welter. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. IV. Título

CDD. 20. ed. – 617.6



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola de Ciências da Vida
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

TERMO DE APROVAÇÃO

INGRA TAIS MALACARNE

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONDIÇÃO BUCAL DE
DIFERENTES PERFIS DE USUÁRIOS DE CRACK

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de **Mestre em Odontologia**, Área de Concentração em **Clinica Odontológica Integrada com Ênfase em Periodontia**.

Orientador(a):


Prof.ª Dr.ª Luciana Reis Azevedo Alanis
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof. Dr. Alexandre Rezende Vieira
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof.ª Dr.ª Milena Binhame Albini Martini
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UPPR

Curitiba, 22 de julho de 2019.

*Dedico esta dissertação em especial a
professora Luciana A. R. Alanis pelo
apoio, paciência e compreensão.*

AGRADECIMENTOS

À Universidade quero deixar uma palavra de gratidão por ter me recebido de braços abertos e com todas as condições que me proporcionaram dias de aprendizagem muito ricos.

A professora Luciana R. A. Alanis agradeço pela dedicação, esforço e confiança depositados em mim e, além disso, agradeço também pela orientação incansável que ajudaram a tornar essa caminhada mais especial. Manifesto aqui minha gratidão eterna por compartilhar sua sabedoria, o seu tempo e sua experiência.

Aos professores, reconheço um esforço gigante com muita paciência e sabedoria. Foram eles que me deram recursos e ferramentas para evoluir um pouco mais todos os dias, quero agradecer especialmente o professor Sérgio Ignácio que foi muito importante para a realização desse trabalho, e em momento algum deixou de me ajudar.

É claro que não posso esquecer-me dos amigos que fiz, Indiara Welter Henn, Thiago Beltrami Dias e Milena Binhame pela sua paciência em me ensinar, por me mostrar que ser pesquisadora é gratificante e principalmente por sua amizade e orientação.

Agradeço aos meus pais Wilson e Leozir Malacarne e meus irmãos Diego Malacarne e Tatiane Ritter pelo apoio, força e amor incondicional, pois foram eles que me incentivaram e inspiraram através de gestos e palavras a superar todas as dificuldades.

Só tenho a agradecer aos meus amigos Kaique, Luciana, Marcelo, Jordana, Emilly e Marília, obrigada pelos inúmeros conselhos, frases de motivação e puxões de orelha. As risadas, que vocês compartilharam comigo nessa etapa tão desafiadora da vida acadêmica, também fizeram toda a diferença. Minha eterna gratidão.

A todas as pessoas que de uma alguma forma me ajudaram a acreditar em mim eu quero deixar um agradecimento eterno, porque sem elas não teria sido possível.

SUMÁRIO

ARTIGO EM PORTUGUÊS	1
Resumo.....	1
Introdução	2
Material e Métodos	3
Análise Estatística	5
Resultados	6
Perfil sócio-demográfico	6
Análise dos hábitos e das variáveis odontológicas	9
Análise do consumo de drogas lícitas e condições bucais.....	10
Análise do uso de drogas ilícitas e condições bucais.....	13
Discussão	16
Conclusão.....	21
Referências.....	22
ANEXOS	27
Parecer substanciado do comitê de ética em pesquisa.....	27
TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	30
Questionário	31
ASSIST: Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias	33

1 ARTIGO EM PORTUGUÊS

2 Resumo

3 **Objetivo:** Avaliar características sociodemográficas, consumo de drogas lícitas e
4 ilícitas, e condição bucal em indivíduos dependentes de crack comparado a
5 indivíduos que utilizaram o crack, mas não se tornaram dependentes da droga.
6 **Materiais e métodos:** 514 homens dependentes de crack e 106 não dependentes
7 de crack responderam um questionário sobre dados socioeconômicos e
8 demográficos, condição de saúde geral, histórico odontológico e consumo de
9 drogas lícitas e ilícitas. Foi realizada avaliação de hábitos de higiene bucal, e coleta
10 de índice CPO-D, índice gengival (IG) e índice de placa (IP). Os testes t de Student,
11 qui-quadrado e regressão logística binária foram utilizadas para comparação entre
12 variáveis e grupos estudados, com nível de significância de 5%. **Resultados:** A
13 média de idade foi de $33,07 \pm 8,5$ anos para dependentes de crack e $38,69 \pm 8,7$
14 anos para os não dependentes ($p < 0,000$). Houve associação significativa entre
15 faixa etária mais baixa (≤ 32 anos) e dependentes de crack ($p = 0,000$). A maioria
16 dos participantes de ambos os grupos era de pele branca, com ensino
17 fundamental, trabalhadores de manutenção e reparação, morava em casa própria,
18 com renda mensal de mais de um salário mínimo, e eram consumidores pesados
19 de tabaco e álcool. Houve associação significativa entre não dependentes de crack
20 com maior índice CPO-D ($p = 0,000$), maior número de dentes perdidos ($p = 0,000$),
21 maior IG ($p = 0,022$) e maior IP ($p = 0,000$) comparados com os dependentes. Os não
22 dependentes de crack fumavam tabaco há mais tempo ($p = 0,000$) e usavam álcool
23 há mais tempo ($p = 0,000$) comparados aos dependentes. Houve associação
24 significativa entre dependentes de crack e uso de estimulantes ($p = 0,039$), cocaína
25 ($p = 0,009$), alucinógenos ($p = 0,001$) e canabíoides ($p = 0,004$). **Conclusão:** No
26 presente estudo, houve diferença nas características sociodemográficas, no
27 padrão de consumo de drogas e na condição bucal entre dependentes de crack e
28 indivíduos que experimentaram o crack, mas não se tornaram dependentes do
29 crack.

30
31 **Palavras-chave:** cocaína crack, perfil de saúde, usuários de drogas, saúde bucal.
32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

1 **Introdução**

2 Até 2016, cerca de 8,2 milhões de pessoas no mundo já haviam usado
3 cocaína e 0,4% da população mundial, com idade entre 15 e 64 anos, consumiram
4 cocaína nesse mesmo ano, caracterizando um problema de saúde pública mundial
5 (UNODC, 2018). A cocaína é um estimulante com ação rápida, que possui várias
6 vias de administração (intranasal, intravenosa e inalatória), sendo o crack a sua
7 forma fumada (Thiele 2013; de Almeida et al., 2014). No Brasil, entre as
8 substâncias ilícitas, a cocaína e o crack são, respectivamente, a segunda e a
9 terceira droga com maior número de usuários adultos. Foram relatados
10 aproximadamente 1 milhão de usuários de crack em 2012 (excluindo-se moradores
11 de rua), segundo levantamento realizado pelo Instituto Nacional de Ciência e
12 Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas - INPAD (INPAD,
13 2014; Ribeiro et al., 2016).

14 A cocaína/crack possui risco aumentado de provocar o desenvolvimento de
15 dependência quando comparado com as outras vias de administração da droga
16 (Carlini et al., 2001; Trevor et al., 2015). Assim que o crack é fumado e alcança os
17 pulmões, ocorre absorção instantânea e o mesmo entra na circulação, chegando
18 rapidamente ao sistema nervoso central. Em apenas 10 a 15 segundos, os
19 primeiros efeitos do uso do crack já ocorrem, enquanto os efeitos da cocaína em
20 “pó” acontecem após 10 a 15 minutos do uso, e por via injetável, de 3 a 5 minutos.
21 A duração dos efeitos do crack é muito rápida, ocorrendo em cerca de 5 minutos,
22 enquanto para a cocaína injetada ou cheirada, esse tempo varia entre 20 e 45
23 minutos, respectivamente. Além disso, após o consumo da cocaína/crack ocorre
24 aumento de transmissão de dopamina e, com isso, acontece o reforço positivo
25 (Koob & Le Moal, 1997). Seus efeitos produzem euforia, sensação de prazer,
26 excitação, insônia, aumento da energia e da sensação de confiança, combinado a
27 sensação de ansiedade e falta de apetite, seguido de depressão e fadiga. Desta
28 maneira, desenvolve-se um ciclo vicioso, onde o indivíduo usa a droga
29 repetidamente (Koob & Le Moal, 2001; Dackis, 2001), o que faz com que a
30 dependência ocorra rapidamente. Sabe-se que fatores genéticos e ambientais
31 estão fortemente associados com a dependência ao crack (Kendler et al., 2000;
32 Guindaline et al., 2006; Stolf et al., 2017), mas os fatores de risco relacionados com
33 a susceptibilidade a dependência ainda são desconhecidos.

1 O consumo do crack está associado a violência, baixa qualidade de vida e
2 problemas pulmonares (Cruz et al., 2013; de Almeida et al., 2014; Marques et al.,
3 2015; Albini et al., 2017). Dentre as ações locais, o crack apresenta efeitos
4 deletérios na boca, como aumento da experiência de cárie, hipossalivação, lesões
5 na mucosa bucal, como úlcera traumática e queilite actínica, doença periodontal
6 associada a maior índice de placa, sangramento a sondagem, maior profundidade
7 de sondagem e maior nível de inserção clínico, além de chance aumentada para
8 malignização de lesões bucais (Antoniuzzi et al., 2016; Albini et al., 2017; Cury et
9 al., 2017b; Cury et al., 2018). Dependentes de crack geralmente fazem uso de
10 outras drogas lícitas e ilícitas simultaneamente ao uso de crack (Robinson et al.,
11 2005; Albini et al., 2017), o que pode agravar os problemas bucais.

12 Apesar do conhecimento a respeito da ação do crack na boca (Antoniuzzi et
13 al., 2016; Albini et al., 2017; Cury et al., 2017a), ainda não foram descritas as
14 características sociodemográficas dos dependentes de crack comparado àqueles
15 que tiveram contato com o crack, mas não se tornaram dependentes da droga, a
16 relação entre hábitos odontológicos e alterações bucais com o consumo de crack,
17 bem como as consequências do efeito sinérgico do uso crônico de crack com
18 outras substâncias químicas nas alterações bucais.

19 Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar as características
20 sociodemográficas, o consumo de drogas lícitas e ilícitas, e a condição bucal em
21 dependentes de crack comparado a indivíduos que fumaram crack, mas não se
22 tornaram dependentes de crack. A hipótese deste estudo é que existe diferença no
23 perfil de usuários, no padrão de consumo de drogas e na condição bucal entre
24 dependentes de crack e aqueles que usaram o crack, mas não se tornaram
25 dependentes da droga.

26

27 **Material e Métodos**

28 Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia
29 Universidade Católica do Paraná, parecer número 908.511. Todos os indivíduos,
30 antes de participar da pesquisa, assinaram um Termo de Consentimento Livre e
31 Esclarecido. Os responsáveis legais assinaram o termo de consentimento livre e
32 esclarecido para os participantes menores de idade, permitindo a participação dos
33 mesmos.

1 Este estudo observacional transversal incluiu participantes do sexo
2 masculino, que estavam em busca de tratamento para dependência de drogas
3 lícitas e ilícitas, selecionados em instituições de referência para tratamento de
4 dependência química em Curitiba e na região metropolitana: Hospital San Julian
5 (Piraquara, PR), Instituto de Pesquisa e Tratamento do Alcoolismo, IPTA (Campo
6 Largo, PR), Casa de Recuperação Água da Vida, CRAVI (Curitiba, PR), Centro de
7 Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS-AD (Curitiba, PR). Nestes locais, os
8 dependentes químicos passam por um período de desintoxicação e permanecem
9 por cerca de três meses para o completo tratamento e retorno a sociedade.

10 Os participantes do estudo foram divididos em dois grupos:

11 - Grupo dependentes de crack: foram considerados dependentes de crack os
12 usuários que obtiveram escore de 16 a 20 para cocaína/crack no teste de triagem
13 do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas (ASSIST – OMS, 2002). Esses
14 usuários eram avaliados em um período de até 15 dias de internamento, para
15 diminuir a influência do tratamento das clínicas de reabilitação. Indivíduos
16 poliusuários de drogas, que faziam uso concomitante do crack com outras drogas
17 lícitas e/ou ilícitas também foram incluídos neste grupo.

18 - Grupo não dependentes de crack: usuários que experimentaram o crack ao
19 menos uma vez na vida, mas não desenvolveram a dependência, ou seja,
20 atingiram escore menor do que 16 para cocaína/crack (ASSIST – OMS, 2002)
21 foram considerados não dependentes de crack. Foram incluídos neste grupo, os
22 indivíduos que já fizeram uso do crack, mas que não utilizaram a droga nos últimos
23 três meses anteriores à data da pesquisa, que não sentiram necessidade de uso e
24 que sua falta não causou problema social ou econômico relacionado a saúde.
25 Indivíduos poliusuários de drogas, lícitas e/ou ilícitas, que fizeram uso de crack,
26 mas não desenvolveram dependência, também foram incluídos neste grupo.

27 Todos os participantes avaliados receberam encaminhamento para a
28 realização de tratamento odontológico na clínica da PUCPR. Todos os dados foram
29 coletados no período de dezembro/2014 a outubro/2016.

30 Um questionário foi aplicado para ambos os grupos, para investigar os
31 dados socioeconômicos e demográficos (idade, cor da pele, estado civil,
32 escolaridade, ocupação, moradia, renda mensal), condição da saúde geral
33 (histórico médico, presença de doença sistêmica, utilização de medicamentos),
34 histórico odontológico e consumo de drogas lícitas e do crack (tempo de uso e

1 quantidade de álcool, tabaco e crack) e uso de outras drogas ilícitas
2 (estimulantes, cocaína, opiáceos, alucinógenos, canabioides, solventes,
3 sedativos, diversos).

4 A avaliação da ocupação seguiu a classificação brasileira de ocupação
5 (Classificação Brasileira de Ocupações, 2010) e a renda mensal foi avaliada com
6 a utilização do instrumento utilizado pelo IBGE, Censo Demográfico de 2010
7 (Ministério do Trabalho e Emprego, 2010). O tabagismo e o etilismo foram
8 classificados em presente ou ausente e avaliados quanto ao tempo de uso
9 (anos), frequência e quantidade. O tabagismo foi classificado em leve (1 a 9
10 cigarros/dia), moderado (10 a 19 cigarros/dia) e pesado (20 ou mais cigarros/dia)
11 (Chiolero et al., 2006). O etilismo também foi classificado em leve (1 a 100
12 mL/semana), moderado (101 a 300 mL/semana), e pesado (≥ 301 mL/semana)
13 (Handa et al., 1990). As outras drogas ilícitas utilizadas, além do crack, foram
14 agrupadas em oito categorias de acordo com o MINI, Brazilian Version 5.0.0
15 (Lecrubier et al., 2002) em: estimulantes (anfetamina, bolinha, rebite, ritalina,
16 pílulas tira-fome), cocaína (coca, pó, branquinha, merla, crack, pedra), opiáceos
17 (heroína, morfina, codeína, algafan, ópio, dolantina), alucinógenos (L.S.D -
18 dietilamida do ácido lisérgico, mescalina, ecstasy, cogumelos, vegetal,
19 ayahuasca, daime, artane), canabioides (cannabis, erva, maconha, baseado,
20 hashishi, marijuana), solventes (cola, éter, lança, cheirinho, loló, gasolina),
21 sedativos (calmantes, remédios para dormir) e diversos (anabolizantes,
22 esteroides, tarja preta).

23 As variáveis clínicas odontológicas avaliadas foram hábitos de higiene
24 bucal, índice CPOD, índice gengival (IG) e índice de placa (IP). O índice CPOD
25 foi aplicado utilizando os critérios definidos por Chaves (1986). Para IG e IP, os
26 critérios propostos por Løe & Silnes (1963) e Silness & Løe (1964) foram
27 utilizados, respectivamente. Para a análise dos dados, considerou-se a maior
28 frequência de IG e IP para cada dente. IG e IP foram classificados como ausente
29 (grau 0) ou presente (grau 1, 2 e 3).

30 **Análise Estatística**

31 Os dados foram tabulados e a análise estatística foi realizada no software
32 IBM STATISTICS SPSS versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

1 Para a análise dos dados, as variáveis quantidade de tabaco e álcool foram
2 classificadas em leve (1 a 9 cigarros/dia; 1 a 100 mL/semana de álcool) e pesado
3 (10 ou mais cigarros; ≥ 101 mL/semana de álcool). Para as variáveis idade, tempo
4 de consumo de tabaco, tempo de consumo de álcool, quantidade de
5 internamentos, índice CPOD, dentes perdidos, cariados e obturados, IG e IP, as
6 médias foram comparadas entre si pelo teste *t de Student* para amostras
7 independentes.

8 As variáveis idade, índice CPOD, dentes cariados, perdidos e obturados, IG,
9 IP, tempo de uso de tabaco e álcool, quantidade de internamentos, e quantidade
10 de drogas ilícitas foram categorizadas de acordo com as suas medianas para
11 avaliar a associação entre elas por meio do teste de Qui-Quadrado. Em seguida,
12 foi aplicada regressão logística binária utilizando o método Backward Condicional,
13 sendo inicialmente incluídas no modelo multivariado todas as variáveis
14 independentes que na análise univariada apresentaram $p < 0,20$ (faixa etária,
15 escolaridade, moradia, renda, tempo de uso de tabaco, tempo de uso de álcool - \leq
16 14 anos, quantidade de álcool/semana - mL, escovação diária (não), consulta ao
17 cirurgião dentista (sim), índice CPOD (≤ 11 dentes), dentes cariados (≤ 3 dentes),
18 dentes perdidos (≤ 2 dentes), IG (≤ 2), IP (≤ 2), não uso de estimulante, cocaína e
19 alucinógenos). Foram mantidas no modelo final todas as variáveis independentes
20 que apresentaram $p < 0,05$. Com o modelo final, foram calculadas as razões de
21 chance (RC) e os intervalos de confiança de 95% (IC).

22

23 **Resultados**

24 **Perfil sócio-demográfico**

25 Um total de 620 homens participaram desse estudo. O grupo dependente
26 de crack foi composto por 514 indivíduos, com média de idade de $33,07 \pm 8,5$ anos
27 e o grupo não dependentes de crack foi composto por 106, com média de idade de
28 $38,69 \pm 8,7$ anos ($p < 0,000$). Houve associação significativa entre faixa etária mais
29 baixa (≤ 32 anos) e dependentes de crack ($p = 0,000$). A maioria dos participantes
30 dos grupos dependente e não dependente de crack era de pele branca, com ensino
31 fundamental, trabalhadores de manutenção e reparação, que morava em casa
32 própria e tinha como renda mensal mais de um salário mínimo (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de dependentes de crack e não dependentes de crack.

Variável	Não dependentes de crack (n= 106)	Dependentes de crack (n=514)	Valor de p
Faixa etária			p= 0,000*
≤ 32 anos	27 (25,5) ^a	258 (50,2) ^b	
≥ 33 anos	79 (74,5) ^a	256 (49,8) ^b	
Cor da pele			p= 0,268
Branca	65 (61,3) ^a	342 (66,9) ^a	
Negra	41 (38,7) ^a	169 (33,1) ^a	
Estado civil			p= 0,000*
Solteiro	0 (0,0) ^a	416 (80,9) ^b	
Casado	0 (0,0) ^a	83 (16,1) ^b	
Divorciado	27 (25,5) ^a	15 (2,9) ^b	
Separado	17 (16,0) ^a	0 (0,0) ^b	
Amasiado	62 (58,5) ^a	0 (0,0) ^b	
Escolaridade			p= 0,003*
Ensino fundamental	70 (66,0) ^a	260 (50,6) ^b	
Ensino médio	32 (30,2) ^a	188 (36,6) ^a	
Ensino superior	4 (3,8) ^a	66 (12,8) ^b	
Ocupação			p= 0,468
Forças armadas, policiais e bombeiros militares	0 (0,0) ^a	10 (2,0) ^a	
Membros do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerente	4 (3,8) ^a	28 (5,6) ^a	

Técnicos de nível médio	3 (2,9) ^a	39 (7,8) ^a	
Trabalhadores de serviços administrativos	5 (4,8) ^a	21 (4,2) ^a	
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	23 (21,9) ^a	98 (19,6) ^a	
Trabalhadores agropecuários, florestais, caça e pesca	4 (3,8) ^a	21 (4,2) ^a	
Trabalhadores de produção de bens e serviços industriais	23 (21,9) ^a	95 (19,0) ^a	
Trabalhadores de manutenção e reparação	43 (41,0) ^a	188 (37,6) ^a	
Moradia			p= 0,163
Própria	59 (55,7) ^a	308 (60,5) ^a	
Alugada	23 (21,7) ^a	124 (24,4) ^a	
De favor	24 (22,6) ^a	77 (15,1) ^a	
Renda			p= 0,005*
Sem rendimento	29 (27,4) ^a	128 (24,9) ^a	
Mais de ½ a 1 salário mínimo	36 (34,0) ^a	108 (21,0) ^b	
Mais de 1 salário mínimo	41 (38,7) ^a	278 (54,1) ^b	

Teste de Qui-Quadrado - n (%)

Letras diferentes em linha representam diferença significativa (p<0,05)

1 **Análise dos hábitos e das variáveis odontológicas**

2 A média do índice CPOD foi significativamente maior no grupo de não
3 dependentes de crack ($15,8 \pm 6,41$) comparado ao grupo de dependentes de crack
4 ($12,2 \pm 6,66$) ($p= 0,000$). A média de IG no grupo não dependente de crack foi $2,05$
5 $\pm 0,68$ e no grupo de dependentes foi $1,83 \pm 0,69$ ($p=0,004$); a média de IP foi $1,90$
6 $\pm 0,83$ e $1,57 \pm 0,78$ ($p= 0,000$) nos grupos não dependente e dependente de crack,
7 respectivamente.

8 A tabela 2 mostra hábitos odontológicos, experiência de cárie pelo índice
9 CPOD e condições periodontais pelos IG e IP nos grupos dependente e não
10 dependente de crack. Houve associação significativa entre o grupo não dependente
11 de crack com maior índice CPOD ($p=0,000$), maior número de dentes perdidos
12 ($p=0,000$), maior IG ($p= 0,022$) e maior IP ($p=0,000$), quando comparados com o
13 grupo dependente de crack (Tabela 2).

14

Tabela 2. Hábitos odontológicos, experiência de cárie e condições periodontais em dependentes e não dependentes de crack.

Variável	Não dependentes de crack (n=106)	Dependentes de crack (n=514)	Valor de p
Escova os dentes?			p= 0,154
Não	8 (7,5) ^a	22 (4,3) ^a	
Sim	98 (92,5) ^a	492 (95,7) ^a	
Quantidade de escovação diária			p= 0,259
1 vez	10(10,2) ^a	50 (10,2) ^a	
2 vezes	36 (36,7) ^a	148 (30,1) ^a	
3 vezes	45 (45,9) ^a	226 (45,9) ^a	
4 vezes	7 (7,1) ^a	68 (13,8) ^a	
Usa fio dental?			p= 0,247
Sim	21 (19,8) ^a	129 (25,1) ^a	
Não	85 (80,2) ^a	385 (74,9) ^a	
Já foi ao dentista?			p= 0,032*
Sim	86 (81,1) ^a	456 (88,7) ^b	
Não	20 (18,9) ^a	58 (11,3) ^b	
CPOD			p= 0,000*
≤ 11 dentes	31 (29,2) ^a	253 (49,2) ^b	

≥ 12 dentes	75 (70,8) ^a	261 (50,8) ^b	
Dentes cariados			p= 0,070
≤ 3	44 (41,5) ^a	263 (51,2) ^a	
≥ 4	62 (58,5) ^a	251 (48,8) ^a	
Dentes perdidos			p= 0,000*
≤ 2	33 (31,1) ^a	276 (53,7) ^b	
≥ 3	73 (68,9) ^a	238 (46,3) ^b	
Dentes obturados			p= 0,275
≤ 2	54 (50,9) ^a	232 (45,1) ^a	
≥ 3	52 (49,1) ^a	282 (54,9) ^a	
Índice Gengival			p= 0,022*
≤ 2	81 (76,4) ^a	439 (85,4) ^b	
≥ 3	25 (23,6) ^a	75 (14,6) ^b	
Índice de Placa			p= 0,000*
≤ 2	80 (75,5) ^a	456 (89,1) ^b	
≥ 3	26 (24,5) ^a	56 (10,9) ^b	

Teste Qui-Quadrado – n (%)

Letras diferentes em linha representam diferença significativa (p= <0,05)

1

2 Análise do consumo de drogas lícitas e condições bucais

3 A maioria dos participantes dependentes de crack e não dependentes de
4 crack fazia uso de tabaco e álcool, sendo consumidores severos de tabaco e
5 pesados de álcool. Os não dependentes de crack fumavam tabaco há mais tempo
6 (p=0,000) e usavam álcool há mais tempo (p=0,000) quando comparados aos
7 dependentes de crack (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência, tempo e quantidade de uso de drogas lícitas (tabaco e álcool) e quantidade e tempo de internamentos em dependentes e não dependentes de crack.

Variável	Não dependentes	Dependentes	Valor de p
	de crack (n=106)	de crack (n=514)	
Uso de tabaco			p= 0,511
Não	13 (12,3) ^a	52 (10,1) ^a	
Sim	93 (87,7) ^a	462 (89,9) ^a	
Tempo de tabaco (anos)			p= 0,000*
≤ 14	23 (24,7) ^a	214 (46,3) ^b	
≥ 15	70 (75,3) ^a	248 (53,7) ^b	
Quantidade de cigarros/dia			p= 0,977

Leve (1 a 9)	19 (20,4) ^a	95 (20,6) ^a	
Severo (≥ 10)	74 (79,6) ^a	367 (79,4) ^a	
Uso de álcool			p= 0,604
Não	14 (13,2) ^a	78 (15,2) ^a	
Sim	92 (86,8) ^a	436 (84,8) ^a	
Tempo de uso de álcool (anos)			p= 0,000*
≤ 14	17 (18,5) ^a	209 (47,9) ^b	
≥ 15	75 (81,5) ^a	227 (52,1) ^b	
Quantidade de álcool/semana (mL)			p=0,136
Leve (1 a 100)	3 (3,3) ^a	33 (7,6) ^a	
Pesado (≥ 101)	89 (96,7) ^a	403 (92,4) ^a	
Internamentos			p=0,871
Não	38 (35,8) ^a	180 (35,0) ^a	
Sim	68 (64,2) ^a	334 (65,0) ^a	
Já esteve internado?			p=0,636
≤2 vezes	27 (39,1) ^a	121 (36,1) ^a	
≥3 vezes	42 (60,9) ^a	214 (63,9) ^a	
Tempo máximo de internamento (dias)			p=0,225
≤ 89	35 (50,0) ^a	141 (42,1) ^a	
≥ 90	35 (50,0) ^a	194 (57,9) ^a	

Teste Qui-Quadrado - n (%)

Letras diferentes em linha representam diferença significativa (p<0,05)

1

2 Na análise das condições bucais de dependentes de crack que faziam uso
3 de tabaco e álcool, o índice alto de CPOD (≥ 12) mostrou associação significativa
4 com o uso há mais de 15 anos de tabaco (p=0,000) e de álcool (p=0,000). Para
5 dependentes de crack que faziam uso de tabaco há mais de 15 anos, houve
6 associação significativa com maior número de dentes perdidos (p=0,000), IG maior
7 ou igual a 3 (p=0,001) e IP maior ou igual a 3 (p=0,018). O consumo de álcool por
8 mais de 15 anos mostrou associação significativa com maior número de dentes
9 perdidos (p=0,000) e obturados (p=0,006) (Tabela 4).

Tabela 4. Associação de variáveis odontológicas com tempo de consumo de álcool e tabaco em dependentes de crack.

Variável	Tempo de consumo de tabaco até 14 anos	Tempo de consumo de tabaco acima de 15 anos	Valor de p	Tempo de consumo de álcool até 14 anos	Tempo de consumo de álcool acima de 15 anos	Valor de p
CPOD			p= 0,000*			p= 0,000*
≤ 11 dentes	134 (59,3) ^a	92 (40,7) ^a		133 (62,4) ^a	80 (37,6) ^a	
≥ 12 dentes	80(33,9) ^b	156 (66,1) ^b		76 (34,1) ^b	147 (65,9) ^b	
Dentes cariados			p= 0,321			p= 0,058
≤ 3	104 (44,1) ^a	132 (55,9) ^a		97 (43,5) ^a	126 (56,5) ^a	
≥ 4	110 (48,7) ^a	116 (51,3) ^a		112 (52,6) ^a	101 (47,4) ^a	
Dentes perdidos			p= 0,000*			p= 0,000*
≤ 2	147 (60,0) ^a	98 (40,0) ^a		144 (63,7) ^a	82 (36,3) ^a	
≥ 3	67 (30,9) ^b	150 (69,1) ^b		65 (31,0) ^b	145 (69,0) ^b	
Dentes obturados			p= 0,099			p= 0,006*
≤ 2	107 (50,5) ^a	105 (49,5) ^a		111 (55,0) ^a	91 (45,0) ^a	
≥ 3	107 (42,8) ^a	143 (57,2) ^a		98 (41,9) ^b	136 (58,1) ^b	
Índice Gengival			p= 0,001*			p= 0,215
≤ 2	195 (49,6) ^a	198 (50,4) ^a		182 (49,2) ^a	188 (50,8) ^a	
≥ 3	19 (27,5) ^b	50 (72,5) ^b		27 (40,9) ^a	39 (59,1) ^a	
Índice de Placa			p= 0,018*			p= 0,466
≤ 2	197 (48,2) ^a	212 (51,8) ^a		186 (48,6) ^a	197 (51,4) ^a	
≥ 3	16 (30,8) ^b	36 (69,2) ^b		22 (43,1) ^a	29 (56,9) ^a	

Teste de Qui-Quadrado - n (%)

Letras diferentes em coluna representam diferença significativa (p<0,05)

1 Análise do uso de drogas ilícitas e condições bucais

Houve associação significativa entre dependentes de crack e uso de estimulantes ($p=0,039$), cocaína ($p=0,009$), alucinógenos ($p=0,001$) e canabióides ($p=0,004$). O uso de quatro ou mais drogas ilícitas mostrou associação significativa com os dependentes de crack ($p=0,03$) (Tabela 5).

Tabela 5. Consumo de drogas ilícitas em dependentes e não dependentes de crack.

Variável	Não dependentes de crack (n=106)	Dependentes de crack (n=514)	Valor de p
Uso de estimulantes			p= 0,039*
Não	93 (87,7) ^a	406 (79,0) ^b	
Sim	13 (12,3) ^a	108 (21,0) ^b	
Uso de cocaína			p= 0,009*
Não	34 (32,1) ^a	105 (20,4) ^b	
Sim	72 (67,9) ^a	409 (79,6) ^b	
Uso de opiáceos			p= 0,624
Não	95 (89,6) ^a	452 (87,9) ^a	
Sim	11 (10,4) ^a	62 (12,1) ^a	
Uso de alucinógenos			p= 0,001*
Não	87 (82,1) ^a	334 (65,0) ^b	
Sim	19 (17,9) ^a	180 (35,0) ^b	
Uso de solventes			p= 0,119
Não	56 (52,8) ^a	229 (44,6) ^a	
Sim	50 (47,2) ^a	285 (55,4) ^a	
Uso de sedativos			p= 0,489
Não	74 (69,8) ^a	341 (66,3) ^a	
Sim	32 (30,2) ^a	173 (33,7) ^a	
Uso de canabióides			p= 0,004*
Não	28 (26,4) ^a	77 (15,0) ^b	
Sim	78 (73,6) ^a	437 (85,0) ^b	
Uso de demais drogas			p= 0,086
Não	96 (90,6) ^a	432 (84,0) ^a	
Sim	10 (9,4) ^a	82 (16,0) ^a	
Quantidade de drogas ilícitas usadas			p= 0,030*
≤ 3 drogas	55 (62,5) ^a	233 (49,9) ^b	

≥ 4 drogas

33 (37,5)^a

234 (50,1)^b

Teste de Qui-Quadrado - n (%)

Letras diferentes em linha representam diferença significativa (p<0,05)

1

2 O uso de quatro ou mais drogas ilícitas mostrou associação significativa com
3 menor número de dentes cariados (p=0,001) e menor prevalência de IG igual ou
4 maior do que 3 (p=0,001) nos dependentes de crack (Tabela 6).

5

Tabela 6. Associação do consumo de drogas ilícitas com variáveis odontológicas em dependentes crack.

Variável	Uso de até 3 drogas	Uso acima de 4 drogas	Valor de p
CPOD			p= 0,087
≤ 11 dentes	107 (45,9) ^a	126 (54,1) ^a	
≥ 12 dentes	126 (53,8) ^a	108 (46,2) ^a	
Dentes cariados			p=0,001*
≤ 3	102 (42,7) ^a	137 (57,3) ^a	
≥ 4	131 (57,5) ^b	97 (42,5) ^b	
Dentes perdidos			p= 0,105
≤ 2	117 (46,4) ^a	135 (53,6) ^a	
≥ 3	116 (54,0) ^a	99 (46,0) ^a	
Dentes obturados			p= 0,126
≤ 2	112 (53,8) ^a	96 (46,2) ^a	
≥ 3	121 (46,7) ^a	138 (53,3) ^a	
Índice Gengival			p= 0,001*
≤ 2	185 (46,6) ^a	212 (53,4) ^a	
≥ 3	48 (68,6) ^b	22 (31,4) ^b	
Índice de Placa			p= 0,299
≤ 2	202 (49,0) ^a	210 (51,0) ^a	
≥ 3	30 (56,6) ^a	23 (43,4) ^a	

Teste de Qui-Quadrado – n (%)

6

Letras diferentes em coluna representam diferença significativa (p<0,05)

7

8 Na análise de regressão logística binária, houve associação significativa
9 entre dependência de crack e faixa etária, escolaridade, renda, tempo de uso de
10 tabaco e álcool, CPOD, dentes perdidos, IP, uso de estimulantes, cocaína e
11 alucinógenos (Tabela 7). A faixa etária inferior a 33 anos mostrou ser um fator de
12 risco para dependência (p= 0,000). Ensino médio comparado com ensino superior
13 (p= 0,005), renda superior a 1 salário mínimo comparado com mais de ½ salário a
14 1 salário mínimo (p= 0,001), o não uso de estimulantes (p= 0,041), de cocaína (p=
15 0,010) e de alucinógenos (p=0,001) mostraram ser fatores de proteção para
16 dependência ao crack. Menor tempo de consumo de tabaco (p= 0,000) e de álcool

- 1 (p= 0,000), índice CPOD até 11 dentes (p= 0,000), dentes perdidos (p= 0,000), IG
 2 (p= 0,023) e IP (p= 0,000) apresentaram-se como fator de risco para dependência.
 3

Tabela 7. Análise de regressão logística binária entre dependentes (n=514) e não dependentes (n=106) de crack.

Variável	RC (IC95%)	Valor de p
Faixa etária (≤32 anos)	2,949 (1,843 – 4,718)	p = 0,000*
Escolaridade		
Ensino fundamental	—	—
Ensino médio	0,225 (0,079 – 0,639)	p = 0,005*
Ensino superior	0,356 (0,121 – 1,045)	p = 0,060
Moradia		
Própria	—	—
Alugada	1,627 (0,952 – 2,782)	p = 0,075
De favor	1,680 (0,887 – 3,183)	p = 0,111
Renda		
Sem rendimento	—	—
Mais de ½ a 1 salário mínimo	0,651 (0,387 – 1,094)	p = 0,105
Mais de 1 salário mínimo	0,442 (0,268 – 0,729)	p = 0,001*
Tempo de uso de tabaco (≤14 anos)	2,626 (1,584 – 4,353)	p = 0,000*
Tempo de uso de álcool (≤14 anos)	4,062 (2,323 – 7,104)	p = 0,000*
Quantidade de álcool/semana (mL) (Pesado≥100mL)	2,429 (0,729 – 8,098)	p = 0,148
Escova os dentes? (Não)	0,548 (0,237 – 1,266)	p = 0,159
Já foi ao dentista? (Sim)	1,828 (1,046 – 3,195)	p = 0,034*
CPOD (≤11 dentes)	2,345 (1,491 – 3,688)	p = 0,000*
Dentes cariados (≤3 dentes)	1,476 (0,967 – 2,255)	p = 0,071
Dentes perdidos (≤2 dentes)	2,565 (1,642 – 4,008)	p = 0,000*
Índice Gengival (≤2)	1,807 (1,084 – 3,011)	p = 0,023*
Índice de Placa (≤2)	2,646 (1,570 – 4,462)	p = 0,000*
Uso de estimulantes (Não usou)	0,525 (0,283 – 0,975)	p = 0,041*
Uso de cocaína (Não usou)	0,544 (0,343 – 0,862)	p = 0,010*
Uso de alucinógenos (Não usou)	0,405 (0,239 – 0,687)	p = 0,001*

Teste logístico de regressão; RC: razão de chances; IC: intervalo de confiança.

- 4
 5
 6

1 **Discussão**

2 Dependentes de cocaína/crack geralmente são homens, jovens, com baixa
3 escolaridade e renda, nos quais a marginalização socioeconômica pode influenciar
4 em maiores chances de mortalidade (Cruz et al., 2013; Marques et al., 2015;
5 Antoniazzi et al., 2018). No entanto, dados epidemiológicos ainda são escassos
6 nessa população, especialmente quando comparada a usuários de drogas que
7 fizeram uso do crack, mas não se tornaram dependentes. Assim, propusemo-nos
8 a avaliar as características sociodemográficas, o consumo de drogas lícitas e
9 ilícitas, e a condição bucal em dependentes de crack comparado a indivíduos que
10 fizeram o uso do crack, mas não desenvolveram a dependência da droga. A
11 hipótese deste estudo foi aceita; houve diferença no perfil sociodemográfico de
12 usuários de crack, no padrão de consumo de drogas e na condição bucal entre
13 dependentes de crack e não dependentes de crack.

14 No presente estudo, os dependentes de crack eram homens, jovens, na
15 maioria solteiros e com renda superior a um salário mínimo, concordando com
16 estudos anteriores (Robinson et al., 2005; Albin et al., 2017; Antoniazzi et al.,
17 2018). A faixa etária mais jovem (menor ou igual a 32 anos) mostrou associação
18 com a dependência de crack comparado a não dependentes do crack. No entanto,
19 o baixo nível de escolaridade foi associado com não dependentes de crack,
20 discordando de pesquisas anteriores onde níveis mais baixos de escolaridade
21 mostraram-se associados com dependentes de crack quando comparados a não
22 usuários de drogas ilícitas (Albin et al., 2017; Cury et al., 2018). Deve-se levar em
23 consideração que os participantes deste estudo são provenientes de instituições
24 de reabilitação e estavam em busca de tratamento, o que pode justificar diferenças
25 no características sócio-demográfico comparado a dependentes de crack em
26 situação de rua.

27 No presente estudo, a maioria dos dependentes de crack e dos não
28 dependentes de crack eram consumidores severos de tabaco e pesados de álcool.
29 Os não dependentes de crack fumavam tabaco há mais tempo e usavam álcool há
30 mais tempo quando comparados aos dependentes de crack. Em estudo anterior,
31 maior frequência de uso crônico de nicotina foi observado em não dependentes de
32 crack, porém os critérios de inclusão no grupo de não dependentes de crack não
33 são descritos de maneira clara (Cury et al., 2017b). Vale ressaltar que os não

1 dependentes de crack do presente estudo estavam em tratamento em clínicas de
2 reabilitação para dependência de alguma substância química, lícita e/ou ilícita, por
3 isso, é possível que indivíduos para tratamento de abuso de álcool e/ou cigarro
4 tenham sido incluídos neste grupo. Além disso, os não dependentes de crack
5 apresentaram média de idade 5 anos maior comparado a média de idade dos
6 dependentes de crack, o que permite justificar que os primeiros fumavam e bebiam
7 há mais tempo que os últimos. O cenário mundial sobre uso de drogas lícitas e
8 ilícitas é alarmante: em 2016, cerca de 1,1 milhão de pessoas com 12 anos ou
9 mais já haviam usado drogas, 4,6 milhões de indivíduos com 12 anos ou mais
10 haviam consumido álcool e 1,8 milhão de pessoas com 12 anos ou mais haviam
11 experimentado cigarro pela primeira vez (Lipari et al., 2017).

12 Em nosso estudo, houve associação significativa entre dependentes de
13 crack que faziam uso crônico de álcool há mais de 15 anos com maior experiência
14 de cárie e maior número de dentes perdidos e dentes obturados. A experiência de
15 dentes perdidos relatada está de acordo com estudos prévios realizados apenas
16 com população dependente de álcool, onde houve associação significativa entre
17 etilismo e perda dentária (Pinto-Filho et al., 2018) e alto índice CPOD,
18 principalmente com número significativamente maior de dentes perdidos entre os
19 etilistas quando comparados com controles (Priyanka et al., 2017).

20 Dependentes de crack que consumiam tabaco há mais de 15 anos
21 apresentaram maior experiência de cárie, maior número de dentes perdidos, maior
22 quantidade de biofilme dental e mais inflamação gengival comparados a não
23 dependentes. Indivíduos que fazem uso crônico de tabaco apresentam maiores
24 chances de desenvolver gengivite, agravar a doença periodontal já instalada ou
25 dificultar a resposta da terapia periodontal, além de apresentam maiores chances
26 de perda dentária, pois os compostos do tabaco podem alterar as respostas
27 inflamatória e imunológica dos tecidos periodontais (Sutton et al., 2012; Nociti et
28 al., 2015). Por outro lado, o tabaco pode mascarar sintomas comuns presentes na
29 gengivite, o que pode ainda dificultar o diagnóstico (Nociti et al., 2015). No entanto,
30 ainda são poucas as pesquisas que abordam o efeito sinérgico entre crack e álcool
31 e/ou tabaco. Maior atenção em ações preventivas para combater o uso crônico de
32 tabaco e álcool e manejo da dependência nessa população é desejável, pois
33 usuários de crack geralmente fazem uso simultâneo de vários tipos de drogas

1 (Robson et al., 2005; Bretch et al., 2008), o que pode agravar ainda mais a
2 condição bucal.

3 O perfil de dependentes de crack da presente amostra mostrou que os
4 mesmos faziam uso de mais de quatro drogas diferentes antes ou
5 simultaneamente ao crack, em especial estimulantes, cocaína, alucinógenos e
6 canabióides quando comparados com os não dependentes. Estudos prévios
7 relatam que dependentes de crack fazem uso principalmente de cocaína e
8 maconha (Cruz et al., 2013; Antoniazzi et al., 2018). Nosso estudo não mostrou
9 associação entre uso de solventes e dependentes de crack, no entanto Antoniazzi
10 et al. (2018) encontraram associação significativa entre dependentes que faziam
11 uso de crack e solvente; porém, neste estudo (Antoniazzi et al., 2018), os
12 dependentes de crack foram considerados aqueles que tivessem feito uso de crack
13 por pelo menos um ano, diferentemente do presente estudo. A exposição a drogas
14 ilícitas, assim como seu primeiro uso, pode se tornar um fator de risco para
15 dependência de outras substâncias; desse modo, retardar ou evitar o uso primário
16 de uma substância química pode ser uma forma de prevenção para problemas de
17 abuso de substâncias ilícitas (Brecht et al., 2008; Lipari et al., 2017). O consumo
18 de drogas está relacionado com a facilidade de acesso às mesmas, e,
19 recentemente, foi demonstrado que LSD, cocaína e maconha são facilmente
20 encontradas (Lipari et al., 2017), portanto isso explicaria o padrão de consumo de
21 outras drogas ilícitas por dependentes de crack em nosso estudo.

22 No presente estudo, os não dependentes de crack apresentaram pior
23 condição bucal, com maior experiência de cárie, maior número de dentes perdidos,
24 maior inflamação gengival e maior acúmulo de biofilme, comparados com os
25 dependentes de crack. Estes dados discordam parcialmente do estudo de Mateos-
26 Moreno et al. (2013), que encontrou associação entre dependência de crack e pior
27 condição periodontal. O uso abusivo simultâneo de álcool e tabaco por longo tempo
28 pode levar a prejuízo da saúde bucal devido à ação sinérgica de ambas as drogas
29 nos tecidos bucais durante a exposição local, provocando doença periodontal,
30 chance maior de desenvolver lesões cáries, acúmulo de biofilme e perda
31 dentária (Antoniazzi et al., 2016; Cury et al., 2017a). O álcool e o tabaco podem
32 atuar como importantes moduladores de doenças bucais nos indivíduos que
33 desenvolvem a dependência dessas drogas (Marques et al. 2015; Priyanka et al.,

1 2017; Pinto-Filho et al., 2018), podendo influenciar negativamente na saúde bucal
2 (Nociti et al., 2015; Antoniazzi et al., 2016; PriyanKa et al., 2017). Por outro lado,
3 os dependentes de crack no nosso estudo também fumavam e bebiam álcool
4 simultaneamente e apresentaram melhor condição bucal dos que os não
5 dependentes de crack. Acreditamos que outros fatores, como o uso associado de
6 outras drogas e não necessariamente a maior quantidade de drogas utilizadas,
7 podem ter contribuído para as diferenças da condição bucal entre dependentes e
8 não dependentes de crack. Além disso, dependentes de drogas entendem e
9 aceitam sua condição de dependência quando entram em uma unidade de
10 reabilitação (Robinson et al., 2005), procurando assim, melhorar a condição de
11 saúde. Portanto, esse fato pode ter interferido nos achados desse estudo, uma vez
12 que os participantes estavam internados em clínicas de reabilitação e muito
13 provavelmente receberam instruções de higienização bucal previamente.

14 No presente estudo, o uso de até três drogas ilícitas foi associado com maior
15 experiência de cárie e inflamação gengival em dependentes de crack, concordando
16 com os achados de um estudo retrospectivo de coorte (Moreno et al., 2013), no
17 qual houve associação entre dependentes químicos com dentes cariados e doença
18 periodontal. Acreditávamos que o uso de maior número de drogas ilícitas pudesse
19 ter efeito sinérgico maior na associação de alterações da condição bucal com o
20 uso de crack. No entanto, talvez isto possa ser creditado mais ao tipo de outras
21 drogas ilícitas consumidas do que à quantidade das mesmas. Vale ressaltar que
22 tanto os dependentes como os não dependentes de crack eram poliusuários de
23 drogas, e que não foi possível estimar precisamente a exposição dos indivíduos às
24 outras drogas ilícitas ou a forma como eram consumidas, apenas foi registrado se
25 eles já haviam consumido ou não outro tipo de drogas.

26 Ainda não são bem conhecidos os efeitos de drogas ilícitas na boca, pois
27 muitas vezes os dependentes de crack podem omitir o uso de outras substâncias
28 químicas (Cury et al., 2017b; Antoniazzi et al., 2018; Cury et al., 2018; de Souza et
29 al., 2018). Porém, a literatura mostra que existe associação entre saúde bucal
30 prejudicada e uso de substâncias químicas (Marques et al., 2015; Baghaie et al.,
31 2017). Dependentes de crack que fazem uso simultâneo de outras drogas ilícitas
32 podem ter comprometimento da saúde bucal por consequência da falta de
33 autocuidado com saúde geral, falta de higiene bucal, deficiência na alimentação

1 (Robinson et al., 2005; Marques et al., 2015; Albini et al., 2017). Neste sentido, de
2 acordo com as vias de administração da cocaína (aspirada/cheirada, fumada,
3 injetada) podem ser observadas complicações relacionadas com a exposição
4 direta dos tecidos bucais com a droga (Robson et al., 2005; Marques et al., 2015;
5 Albini et al., 2017; Cury et al., 2017b; Antoniazzi et al., 2018). A combinação de
6 importantes fatores como baixa secreção de saliva causada pelo consumo de
7 variados tipos de drogas, o aumento de consumo de açúcares e até fatores
8 comportamentais, como desemprego, exclusão social e baixa autoestima, podem
9 contribuir para agravar a saúde bucal (Robinson 2005; Antoniazzi et al., 2018).

10 No presente estudo, a idade menor ou igual a 32 anos mostrou ser fator de
11 risco para dependência ao crack, assim como o uso de tabaco há 14 anos ou
12 menos, uso de álcool há 14 anos ou menos, índice CPOD menor ou igual a 11,
13 número de dentes perdidos menor ou igual a 2, índice gengival menor ou igual a
14 2, índice de placa menor ou igual a 2 e consultas ao cirurgião-dentista. A
15 associação entre indivíduos jovens, consumidores de álcool e tabaco, com
16 condições bucais prejudicadas e dependência ao crack descrita nesse artigo pode
17 ser sustentada por relatos prévios (Albini et al., 2017; Cury et al., 2017a; de Souza
18 et al., 2018). No entanto, no presente estudo, as visitas ao cirurgião-dentista
19 mostraram-se fator de risco para dependência, o que não está de acordo com o
20 estudo de Robinson et al. (2005), onde foi mostrado que poucos dependentes
21 usam o serviço odontológico, sendo o desconforto e o medo os principais motivos
22 para o não comparecimento a uma consulta. Essas diferenças de resultados
23 podem estar relacionadas com o fato dos participantes do nosso estudo serem
24 institucionalizados, terem recebido instruções de higienização bucal ou, com o fato
25 de, no momento do preenchimento dos dados do questionário sobre os hábitos
26 odontológicos, terem se sentido intimidados pela presença do cirurgião-dentista no
27 local, levando a uma resposta não verdadeira.

28 Neste estudo, indivíduos com ensino médio e renda superior a 1 salário
29 mínimo apresentaram menores chances de desenvolver a dependência ao crack
30 comparado a indivíduos com ensino superior e renda de mais de ½ salário a 1
31 salário mínimo, respectivamente. Além disso, conhecer os malefícios causados
32 pelas drogas pode influenciar no consumo ou não delas (Lipari et al., 2017), o que,
33 em parte, pode explicar o resultado do não uso de estimulantes, cocaína e

1 alucinógenos terem se mostrado como fatores de proteção para dependência ao
2 crack.

3 Este estudo objetivou comparar dependentes de crack com outros usuários
4 de drogas que experimentaram o crack, mas não se tornaram dependentes dele,
5 de acordo com o ASSIST (OMS, 2002). Na literatura não há comparação entre
6 essas populações; geralmente os dependentes de crack são comparados com
7 indivíduos que não são dependentes de drogas ilícitas e apenas pareados para o
8 consumo de drogas lícitas (Albini et al., 2017; Cury et al., 2017a; Cury et al., 2017b;
9 Antoniazzi et al., 2018; Cury et al., 2018). Além disso, pela alta capacidade de
10 provocar dependência do crack (Cruz et al., 2013; Trevor et al., 2015; Albini et al.,
11 2017), o número de usuários de crack que tiveram contato com a droga, mas não
12 se tornaram dependentes é pequeno, isto explica a diferença do tamanho dos
13 grupos estudados.

14 Este estudo apresenta algumas limitações: a população é composta por
15 usuários institucionalizados que buscaram atendimento em centros de tratamento
16 para dependência de drogas lícitas ou ilícitas e, portanto, não é representativa da
17 população de usuários de crack moradores de rua (Cruz et al., 2013). Os
18 participantes podem ter recebido orientações de higiene, o que pode refletir em
19 condições bucais diferentes de uma mesma população de dependentes de crack
20 que mora na rua.

21

22 **Conclusão**

23 No presente estudo, houve diferença nas características sociodemográficas,
24 no padrão de consumo de drogas e na condição bucal entre dependentes de crack
25 e indivíduos que experimentaram o crack, mas não se tornaram dependentes do
26 crack. A dependência ao crack mostrou-se associada a indivíduos com menos de
27 32 anos, fazendo uso de quatro ou mais outras drogas ilícitas, com menor
28 experiência de cárie e melhores condições periodontais comparado a usuários de
29 drogas não dependentes do crack. Tanto dependentes como não dependentes de
30 crack faziam uso pesado de tabaco e álcool.

31

1 Referências

- 2 1- Albin, M. B., Malacarne, I. T., Batista, T. B. D., de Lima, A. A. S., Machado,
3 M. A. N., Johann, A. C. B. R., ... & Azevedo-Alanis, L. R. (2017).
4 Cytopathological changes induced by the crack use in oral
5 mucosa. *European addiction research*, 23(2), 77-86.
- 6 2- Antoniazzi, R. P., Zanatta, F. B., Ardenghi, T. M., & Feldens, C. A. (2018).
7 The use of crack and other illicit drugs impacts oral health-related quality of
8 life in Brazilians. *Oral diseases*, 24(3), 482-488.
- 9 3- Antoniazzi, R. P., Zanatta, F. B., Rösing, C. K., & Feldens, C. A. (2016).
10 Association among periodontitis and the use of crack cocaine and other illicit
11 drugs. *Journal of periodontology*, 87(12), 1396-1405.
- 12 4- Associação do Ministério Público do Rio Grande do Sul. (AMPRS) *Crack*
13 *ignorar é seu vício?* Porto Alegre. Rio Grande do Sul. 2009. [Acesso em: 10
14 de abril de 2014] Disponível em:
15 [http://www.amprs.org.br/arquivos/comunicacao_noticia/CRACKIGNORAR_e_](http://www.amprs.org.br/arquivos/comunicacao_noticia/CRACKIGNORAR_e_SEU_VICIO_DR_MARCELO_14351.pdf)
16 [SEU_VICIO_DR_MARCELO_14351.pdf](http://www.amprs.org.br/arquivos/comunicacao_noticia/CRACKIGNORAR_e_SEU_VICIO_DR_MARCELO_14351.pdf).
- 17 5- Baghaie, H., Kisely, S., Forbes, M., Sawyer, E., & Siskind, D. J. (2017). A
18 systematic review and meta-analysis of the association between poor oral
19 health and substance abuse. *Addiction*, 112(5), 765-779.
- 20 6- Brecht, M. L., Huang, D., Evans, E., & Hser, Y. I. (2008). Polydrug use and
21 implications for longitudinal research: ten-year trajectories for heroin,
22 cocaine, and methamphetamine users. *Drug and Alcohol*
23 *Dependence*, 96(3), 193-201.
- 24 7- Carlini, E. A., Nappo, S. A., Galduróz, J. C. F., & Noto, A. R. (2001). Drogas
25 psicotrópicas: o que são e como agem. *Revista Imesc*, 3, 9-35.
- 26 8- Censo Demográfico. IBGE. 2010. [Acesso em: 10 de abril de 2014]
27 Disponível em:
28 <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/defaultcd2010.asp?o=2&i=P>.
- 29 9- Chaves MM, *Odontologia Social*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.
30 448p.
- 31 10-Chiolero, A., Wietlisbach, V., Ruffieux, C., Paccaud, F., & Cornuz, J.
32 (2006). Clustering of risk behaviors with cigarette consumption: a
33 population-based survey. *Preventive medicine*, 42(5), 348-353.

- 1 11-Cruz, M. S., Andrade, T., Bastos, F. I., Leal, E., Bertoni, N., Villar, L. M., &
2 Fischer, B. (2013). Key drug use, health and socio-economic
3 characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *International*
4 *Journal of Drug Policy*, 24(5), 432-438.
- 5 12-Cury, P. R., Araujo, N. S., Oliveira, M. D. G. A., & dos Santos, J. N. (2018).
6 Association between oral mucosal lesions and crack and cocaine addiction
7 in men: a cross-sectional study. *Environmental Science and Pollution*
8 *Research*, 25(20), 19801-19807.
- 9 13-Cury, P. R., Oliveira, M. G., de Andrade, K. M., de Freitas, M. D., & dos
10 Santos, J. N. (2017a). Dental health status in crack/cocaine-addicted men:
11 a cross-sectional study. *Environmental Science and Pollution*
12 *Research*, 24(8), 7585-7590.
- 13 14-Cury, P. R., Oliveira, M. G. A., & dos Santos, J. N. (2017b). Periodontal
14 status in crack and cocaine addicted men: a cross-sectional
15 study. *Environmental Science and Pollution Research*, 24(4), 3423-3429.
- 16 15-Dackis, C. A., & O'Brien, C. P. (2001). Cocaine dependence: a disease of
17 the brain's reward centers. *Journal of substance abuse treatment*, 21(3),
18 111-117.
- 19 16-de Almeida, R. R., de Souza, L. S., Mançano, A. D., Souza, A. S., Irion, K.
20 L., Nobre, L. F., ... & Marchiori, E. (2014). High-resolution computed
21 tomographic findings of cocaine-induced pulmonary disease: a state of the
22 art review. *Lung*, 192(2), 225-233.
- 23 17- De Souza, S. J. R., Andrea de Castro, D. O. S., Albin, M. B., Gabardo, M.
24 C. L., De Lima, A. A. S., & Machado, M. Â. N. (2018). Oral Health Impact
25 Profile and Associated Variables in Southern Brazilian Drug Users. *Iranian*
26 *journal of public health*, 47(10), 1466.
- 27 18-Group, W. A. W. (2002). The alcohol, smoking and substance involvement
28 screening test (ASSIST): development, reliability and
29 feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183-1194.
- 30 19-Guindalini, C., Howard, M., Haddley, K., Laranjeira, R., Collier, D., Ammar,
31 N., & Kelsoe, J. (2006). A dopamine transporter gene functional variant
32 associated with cocaine abuse in a Brazilian sample. *Proceedings of the*
33 *National Academy of Sciences*, 103(12), 4552-4557.

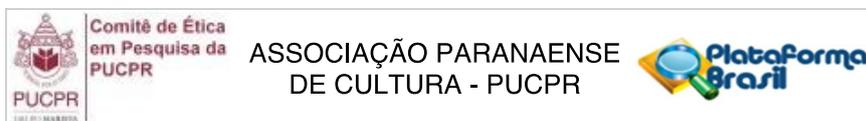
- 1 20-Handa, K., Sasaki, J., Saku, K., Kono, S., & Arakawa, K. (1990). Alcohol
2 consumption, serum lipids and severity of angiographically determined
3 coronary artery disease. *The American journal of cardiology*, 65(5), 287-
4 289.
- 5 21-INPAD (2014). II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD).
6 INPAD. São Paulo, UNIFESP.
- 7 22-Kendler, K. S., Karkowski, L. M., Neale, M. C., & Prescott, C. A. (2000). Illicit
8 psychoactive substance use, heavy use, abuse, and dependence in a US
9 population-based sample of male twins. *Archives of general*
10 *psychiatry*, 57(3), 261-269.
- 11 23-Koob, G. F., & Le Moal, M. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic
12 dysregulation. *Science*, 278(5335), 52-58.
- 13 24-Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward,
14 and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97.
- 15 25-Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, L. I., Bonora, J. P., &
16 Sheehan, F. D. (2002). MINI–Mini International Neuropsychiatric
17 Interview, Brazilian Version 5.0. 0. *Tradução P. Amorim*.
- 18 26-Lipari, R. N., Ahrnsbrak, R. D., Pemberton, M. R., & Porter, J. D. (2017). Risk
19 and protective factors and estimates of substance use initiation: Results from
20 the 2016 National Survey on Drug Use and Health. In *CBHSQ Data Review*.
21 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- 22 27-Löe, H., & Silness, J. (1963). Periodontal disease in pregnancy I.
23 Prevalence and severity. *Acta odontologica scandinavica*, 21(6), 533-551.
- 24 28-Marques, T. C. N., Sarracini, K. L. M., Cortellazzi, K. L., Mialhe, F. L., de
25 Castro Meneghim, M., Pereira, A. C., & Ambrosano, G. M. B. (2015). The
26 impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific
27 substances on quality of life of addicted persons. *BMC Oral Health*, 15(1),
28 38.
- 29 29-Ministério do Trabalho e Emprego (Brasil). Classificação Brasileira de
30 Ocupações: CBO - 2010 - 3a ed.; Brasília: MTE, SPPE, 2010. v.1 p.828.
- 31 30-Mateos-Moreno, M. V., del-Río-Highsmith, J., Riobóo-García, R., Solá-Ruiz,
32 M. F., & Celemín-Viñuela, A. (2013). Dental profile of a community of

- 1 recovering drug addicts: Biomedical aspects. Retrospective cohort
2 study. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 18(4), e671.
- 3 31-Nociti Jr, F. H., Casati, M. Z., & Duarte, P. M. (2015). Current perspective of
4 the impact of smoking on the progression and treatment of
5 periodontitis. *Periodontology 2000*, 67(1), 187-210.
- 6 32-Pinto-Filho, J. M., Ribeiro, L. S., Sartori, L., dos Santos, J. N., Ramalho, L.
7 M., & Cury, P. R. (2018). Association between alcohol dependence and both
8 periodontal disease and tooth loss: a cross-sectional study. *Environmental
9 Science and Pollution Research*, 25(29), 29089-29095.
- 10 33-PriyanKa, K., SuDhir, K. M., Reddy, V. C. S., Kumar, R. K., & Srinivasulu, G.
11 (2017). Impact of alcohol dependency on oral health—a cross-sectional
12 comparative study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research:
13 JCDR*, 11(6), ZC43.
- 14 34-Ribeiro, M., Duailibi, S., Frajzinger, R., Alonso, A. L., Marchetti, L., Williams,
15 A. V., & Laranjeira, R. (2016). The Brazilian 'Cracolândia' open drug scene
16 and the challenge of implementing a comprehensive and effective drug
17 policy. *Addiction*, 111(4), 571-573.
- 18 35-Robinson, P. G., Acquah, S., & Gibson, B. (2005). Drug users: oral health-
19 related attitudes and behaviours. *British dental journal*, 198(4), 219.
- 20 36-Silness J, Løe H. (1964). Periodontal Disease in Pregnancy. Correlation
21 between Oral Hygiene and Periodontal Condition. *Acta Odontol Scand*;
22 22: 121-35.
- 23 37-Stolf, A. R., Müller, D., Schuch, J. B., Akutagava-Martins, G. C., Guimaraes,
24 L. S., Szobot, C. M., & Roman, T. (2017). Association between the Intron 8
25 VNTR Polymorphism of the DAT1 Gene and Crack Cocaine
26 Addiction. *Neuropsychobiology*, 75(3), 141-144.
- 27 38-Sutton, J. D., Ranney, L. M., Wilder, R. S., & Sanders, A. E. (2012).
28 Environmental Tobacco Smoke and Periodontitis in US Non-
29 Smokers. *American Dental Hygienists' Association*, 86(3), 185-194.
- 30 39-Thiele, M. C. D. M., Bohn, J. C., Chaiben, C. L., Grégio, A. M. T., Machado,
31 M. Â. N., & de Lima, A. A. S. (2013). Nucleolar organizer regions of oral
32 epithelial cells in crack cocaine users. *Iranian biomedical journal*, 17(2), 107.

- 1 40-Trevor, A. J., Katzung, B. G., Masters, S. B., & Kruidering-Hall, M.
2 (2010). *Pharmacology examination & board review*. New York: McGraw-Hill
3 Medical.
- 4 41-United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report
5 2018. Sales no. E18XI9. Herndon, VA, USA: United Nations
6 Publications; 2018.
- 7

ANEXOS

Parecer substanciado do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise Citológica e Genética de células epiteliais de usuários de crack

Pesquisador: Luciana Reis Azevedo Alanis

Área Temática: Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP.);

Versão: 2

CAAE: 38749614.0.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Parana - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 908.511

Data da Relatoria: 09/12/2014

Apresentação do Projeto:

A cocaína/crack é uma droga de abuso, um estimulante do sistema nervoso central (SNC), o Brasil é o principal mercado de crack do mundo. Os indivíduos usuários de drogas apresentam uma alta prevalência de lesões cancerizáveis, o consumo de drogas exercem influências nas alterações presentes nas células da cavidade bucal e também podem provocar um aumento na fMNs. A grande frequência de polimorfismo no genoma humano os transforma em alvo para tentar explicar a variabilidade genética e os biomarcadores podem ser utilizados para a busca de associações entre uma condição, e/ou suas complicações. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que cerca de 50% do risco para consumo de cocaína ou outra droga tem influência genética. Com as evidências mostradas pelos estudos genético-epidemiológicos sobre a participação do componente genético para o desenvolvimento de dependência à cocaína, os biomarcadores, podem permitir a identificação de indivíduos de maior risco a dependência, contribuem para ajudar a decifrar o padrão de uso e elucidar até mesmo as possibilidades no tratamento para esta droga de abuso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br

Continuação do Parecer: 908.511

Analisar e relacionar genética e citologicamente células epiteliais bucais de usuários de crack, usuários de drogas lícitas e não usuários de drogas.

Objetivo Secundário:

Avaliar a morfologia e a frequência de micronúcleos nas células epiteliais bucais de usuários de crack; Relacionar a avaliação genética e citológica de usuários de crack a usuários de drogas lícitas e não usuários de drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios da pesquisa ao participante do estudo foram apresentados e justificados no projeto e estão em conformidade com a Res. 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos necessários para a realização do projeto foram apresentados e estão em conformidade com a Res. 466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto de pesquisa encontra-se aprovado no quesito ético.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou ementas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155	
Bairro: Prado Velho	CEP: 80.215-901
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103	Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br

Continuação do Parecer: 908,511

clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

CURITIBA, 11 de Dezembro de 2014

Assinado por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador)

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@puopr.br

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pág. 1 de 9

Eu, _____ (nome completo),
_____ (nacionalidade), _____ (idade), _____ (estado civil),
_____ (profissão), _____ (endereço),

RG _____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado "Análise Citológica e Genética de células epiteliais de usuários de crack" cujos objetivo é verificar se existe algum tipo de alteração nas células da boca de usuários de crack, usuários de cigarro e bebida alcoólica e não usuários de drogas.

A minha participação no referido estudo será no sentido de doação de uma amostra de saliva e células, que será obtido por meio de um bochecho com uma solução adocicada (solução de glicose a 3%) por um minuto, após, o pesquisador irá coletar as células da minha bochecha (mucosa jugal) com uma leve raspagem utilizando uma espátula de madeira esterilizada e uma pequena escova de cerdas macias no lado da língua. Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como:

1. Orientações sobre higiene oral(ensino da técnica de escovação e uso do fio dental)
2. Encaminhamento e realização de tratamento odontológico na clínica da PUCPR.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, por se tratar de um procedimento não invasivo, não sofrerei nenhum tipo de ferimento, picada, choque ou qualquer sensação de dor, somente um leve desconforto ou leve coceira na coleta. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

A pesquisadora envolvida com o referido projeto é Milena Binhami Albini doutoranda em odontologia na PUCPR que poderá ser contatada pelo email mibalbini@gmail.com e telefone 3501- 8494 realizando a pesquisa sob orientação da profa. Dra. Luciana Reis Azevedo Alanis.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma seguinte: o ressarcimento será em dinheiro, ou mediante depósito em conta-corrente ou cheque. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um *email* para nep@pucpr.br

Curitiba, _____ de _____ de 2015.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es) responsável(veis)

RUBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

Questionário

FICHA PARA CADASTRAMENTO DOS INDIVÍDUOS

Código _____ Nome: _____ Idade: _____

Procedência: _____ **Cor:** Leucoderma (), Melanoderma () Xantoderma ()

Estado Civil: solteiro () casado () divorciado () separado () amasiado ()

Escolaridade: Ensino Fundamental: incompleto () completo () Ensino Médio: incompleto () completo ()

Ensino Superior: incompleto () completo () Especialista () Mestrado () Doutorado ()

Ocupação: Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares () Membros do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes () Profissionais das ciências e das artes () Técnicos de nível médio () Trabalhadores de serviços administrativos () Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados () Trabalhadores agropecuários, florestais, caça e pesca () Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais () Trabalhadores de manutenção e reparação ()

Moradia: Própria () Alugada () De favor ()

Renda Mensal : R\$ 724,00 (jun/2014) sem rendimento () até ½ salário mínimo () mais de ½ a 1 salário mínimo () mais de 1 a 2 salários mínimos () mais de 2 a 5 salários mínimos () mais de 5 a 10 salários mínimos () mais de 10 a 20 salários mínimos () mais de 20 salários mínimos ()

Saúde Geral

Faz uso de alguma medicação? Sim () Não () Qual? _____

Faz uso de enxaguatório bucal? Sim () Não ()

Vícios

Cigarro de papel Sim () Não ()	Álcool Sim () Não ()
A quanto tempo? _____ anos	A quanto tempo? _____ anos
Frequência e Quantidade: () Leve: 1 a 9 cigarros/dia () Moderado: entre 10 e 19 cigarros/dia () Severo: 20 ou mais cigarros/dia	Frequência e Quantidade: () Leve: 1 a 100 ml de álcool / semana () Moderado: 101 a 300 ml de álcool / semana () Pesado: maior ou igual a 301 ml de álcool / semana

Crack Sim () Não () 1 pedra = 0,25g (AMPRS, 2009)

A quanto tempo? _____ anos Já esteve internado? Sim () Não () Quantas vezes? _____ Por quanto tempo? _____	Frequência e Quantidade: Diário _____ pedras Semanal _____ pedras Mensal _____ pedras
---	--

SAÚDE BUCAL Hábitos de Higiene

Escova os dentes? Sim () Não () Quantas vezes ao dia? 1 () 2 () 3 () 4 ou mais ()

Faz uso do fio dental? Sim () Não () Sente gosto metálico na boca? Sim () Não ()

Sente seus dentes moles? Sim () Não () Já procurou tratamento odontológico? Sim () Não ()

Índice de CPO-D (WHO,1997) Índice Gengival e índice de placa (Silness e Loe)

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
IG/IP	<input type="checkbox"/>															
CPO-D	<input type="checkbox"/>															
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CPO-D	<input type="checkbox"/>															
IG/IP	<input type="checkbox"/>															

Códigos Diagnóstico CPO-D:

- 0- Hígido
- 1- Cárie
- 2- Restaurado com cárie
- 3- Restaurado sem cárie
- 4- Perdido por cárie
- 5- Perdido por outras razões
- 6- Selado
- 7- Suporte para prótese, coroa protética ou faceta / implante
- 8- Dente não irrompido
- 9- Dente excluído
- T- Trauma (fratura)

IG do indivíduo:

IP do indivíduo:

CPO-D do indivíduo:

ASSIST: Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias

Nome: _____ Registro _____
 Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ALCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mató, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU OLHASE TODOS OS DIAS	
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

• FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de ((primeira droga, depois a segunda droga, etc...)) e não conseguiu?

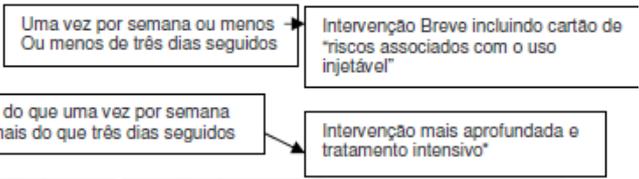
	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável



PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.
 Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).
 Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
 Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
 Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a