

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA

AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, DA SAÚDE BUCAL E O ENVOLVIMENTO COM DROGAS ILÍCITAS DE PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

CURITIBA

2018

PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA

AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, DA SAÚDE BUCAL E O  
ENVOLVIMENTO COM DROGAS ILÍCITAS DE PACIENTES INTERNADOS  
PARA TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Adilson Soares de Lima

Coorientadora: Profa. Dra. Beatriz Helena Sotille de França

CURITIBA

2018

Servilha, Pablo Alexandre Alves

Avaliação do perfil sociodemográfico, da saúde bucal e o envolvimento com drogas ilícitas de pacientes internados para tratamento da dependência química / Pablo Alexandre Alves Servilha – Curitiba, 2018.  
76 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientador: Professor Dr. Antonio Adilson Soares de Lima

Coorientadora: Professora Dra. Beatriz Helena Sotille de França

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde.  
Universidade Federal do Paraná.

Inclui referência

1. Drogas ilícitas. 2. Saúde bucal. 3. Direito penal. I. Lima, Antonio Adilson Soares de. II. França, Beatriz Helena Sotille de. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 617.63

Maria da Conceição Kury da Silva – CRB – 9/1275



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
CURSO DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA

### DECLARAÇÃO

Ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Paraná, nós professores da banca examinadora da dissertação de mestrado do aluno Pablo Alexandre Alves Servilha recomendamos a alteração do título da dissertação, como consta no Termo de Aprovação **Avaliação do perfil sociodemográfico e do envolvimento com drogas ilícitas de pacientes internados para tratamento da dependência química para Avaliação do perfil sociodemográfico, da saúde bucal e o envolvimento com drogas ilícitas de pacientes internados para tratamento da dependência química**, pois entendemos que esse novo título seja o mais correto e abrangente ao que foi desenvolvido no estudo e que facilitará a busca e o acesso à dissertação.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antonio Adilson Soares de Lima  
DESTO – Curso de Odontologia da UFPR

Profa. Dra. Maria Ângela Naval Machado  
DESTO – Curso de Odontologia da UFPR

Profa. Dra. Luciana Reis Azevedo-Alanis  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - PUCPR

## TERMO DE APROVAÇÃO

PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA

### TÍTULO DA DISSERTAÇÃO

AVALIAÇÃO DO PERFIL DA SAÚDE BUCAL SOCIODEMOGRÁFICO E DO ENVOLVIMENTO COM DROGAS ILÍCITAS DE PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre no Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte Banca Examinadora:

Orientador:



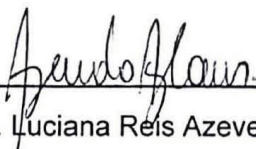
Prof. Dr. Antonio Adilson Soares de Lima

Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFPR



Profa. Dra. Maria Ângela Naval Machado

Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFPR



Profa. Dra. Luciana Reis Azevedo Alanis

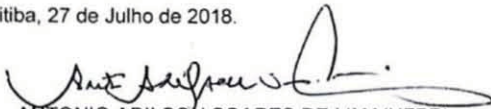
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, PUCPR

Curitiba, 27 de julho de 2018.

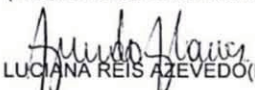
### TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA**, intitulada: **AVALIAÇÃO DO PERFIL DA SAÚDE BUCAL SOCIO-DEMOGRÁFICO E DO ENVOLVIMENTO COM DROGAS ILÍCITAS DE PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**, após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 27 de Julho de 2018.

  
ANTONIO ADILSON SOARES DE LIMA(UFPR)  
(Presidente da Banca Examinadora)

  
MARIA ÂNGELA NAVAL MACHADO(UFPR)

  
LUCIANA REIS AZEVEDO(PUC/PR)

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador pelos anos de auxílio e apoio, desde o início da graduação até o final do mestrado. A palavra mestre nunca fará justiça ao professor dedicado.

A minha co-orientadora pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Agradeço ao Hospital San Julian por permitir que a pesquisa fosse realizada.

Agradeço aos integrantes do Projeto Boca Aberta por sempre estarem dispostos a ajudar.

Agradeço a todos os professores por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha dissertação e formação, o meu muito obrigado.

## RESUMO

O uso de drogas ilícitas é considerado um problema de saúde pública em muitos países. O abuso de substâncias psicoativas causa grande prejuízo financeiro para o país, pois gera gastos com a saúde, justiça e ainda perda de produtividade. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil sociodemográfico, a condição de saúde bucal e o envolvimento com as drogas ilícitas dos pacientes internados em hospital psiquiátrico. Além disso, correlacionar o perfil epidemiológico das condições bucais e informações criminais. Indivíduos com diagnóstico de dependência química e internados num hospital psiquiátrico foram entrevistados e submetidos a um exame clínico odontológico. Foi realizada busca em processos criminais e adquiridas informações sobre apreensões e julgamentos de indivíduos com drogas ilícitas por meio dos sites dos Tribunais de Justiça. Este estudo incluiu 163 homens na faixa etária dos 18 aos 58 anos de idade, brancos, solteiros e com nível de escolaridade fundamental. O exame clínico mostrou que o índice de dentes cariados, perdidos e obturados médio foi de 11,8 e que a condição bucal era geralmente ruim. O exame físico dos pacientes revelou que as principais alterações bucais eram a presença de cálculo dental (92%), cárie (86%), dentes perdidos (83%), língua saburrosa (76%), ressecamento da mucosa (49%) e a doença periodontal (46%). Foi registrado um consumo médio diário de cocaína crack, cocaína sal e maconha de 3,7 g, 0,9 g e 5,7 g, respectivamente. Sessenta e três por cento da amostra (n=104) já foi preso ou detido ao menos uma vez. Cinquenta e sete por cento dos indivíduos (n=60) foram presos ou detidos por furto, roubo ou tráfico, associado, ou não, a outro crime. Treze por cento (n=14) foi preso ou detido por porte de drogas ilícitas. Houve uma correlação estatisticamente significativa quando os dados de quantidade de drogas apreendidas e a decisão dos processos criminais ( $p=0,003$ ). Baseado nestes achados pode-se concluir que o perfil sociodemográfico dos pacientes era de indivíduos jovens poliusuários de drogas ilícitas, com condição de saúde bucal ruim e apresentando diversas alterações bucais. Além disso, estes indivíduos já tinham passagem pela polícia.

Palavras-chaves: Drogas Ilícitas; Direito Penal; Saúde Bucal.



## ABSTRACT

The use of illicit drugs is considered a public health problem in many countries. The abuse of psychoactive substances causes great financial damage to the country, as it generates expenses with health, justice and still loss of productivity. The objective of this study was to evaluate the sociodemographic profile, the oral health condition and the involvement with the illicit drugs of the patients hospitalized in a psychiatric hospital. In addition, correlate the epidemiological profile of oral conditions and criminal information. Individuals with a diagnosis of chemical dependence and hospitalized in a psychiatric hospital were interviewed and submitted to a clinical dental examination. A search of criminal cases and information on seizures and judgments of individuals with illicit drugs was carried out through the websites of the Courts of Justice. This study included 163 men aged 18 to 58 years old, white, single, and with a primary schooling level. Clinical examination showed that the mean decayed, missing and filled index was 11.8 and that the oral condition was generally poor. The physical examination of the patients revealed that the main oral alterations were the presence of bacterial plaque / calculus (92%), caries (86%), lost teeth (83%), coated tongue (76%), mucosal dryness (49%) and periodontal disease (46%). An average daily consumption of crack cocaine, cocaine salt and marijuana of 3.7 g, 0.9 g and 5.7 g, respectively was recorded. Sixty-three percent of the sample (n = 104) has ever been arrested or detained at least once. Fifty-seven percent of the individuals (n = 60) were arrested or detained for theft, robbery or trafficking, associated or not with another crime. Thirteen percent (n = 14) were arrested or detained for possession of illicit drugs. There was a statistically significant correlation when data on quantity of drugs seized and decision on criminal cases ( $p = 0.003$ ). Based on these findings, it can be concluded that the sociodemographic profile of the young patients who used many illicit drugs simultaneously, with a bad oral health condition and presenting several oral alterations. In addition, these individuals had already passed by the police.

Keywords: Street Drugs; Criminal Laws; Oral Health.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - PERFIL GERAL DO PACIENTE INTERNADO PARA TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	31
--	----

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA. ....	29
TABELA 2 - CONSUMO DE CIGARRO E BEBIDAS ALCOÓLICAS PELOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA. ....	30
TABELA 3 - ACHADOS BUCAIS E CONDIÇÃO BUCAL GERAL DOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA. ....	30
TABELA 4 - DESCRIÇÃO DO HÁBITO DE CONSUMO E AQUISIÇÃO DE DROGAS ILÍCITAS DOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA. ....	32
TABELA 5 - CORRELAÇÃO ENTRE O CPO-D E A QUANTIDADE DROGAS (MÉDIA POR DROGA) UTILIZADA PELOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA. ....	34
TABELA 6 - CORRELAÇÃO ENTRE O CPO-D E O NÚMERO DE PRISÕES/ DETENÇÕES DOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA. ....	34
TABELA 7 - CORRELAÇÃO ENTRE A CONDIÇÃO BUCAL E O CONSUMO DE CRACK, COCAÍNA E MACONHA DOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA. ....	35
TABELA 8 - CORRELAÇÃO ENTRE A CONDIÇÃO BUCAL E A QUANTIDADE DE CRACK, COCAÍNA E MACONHA CONSUMIDA PELOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA. ....	36
TABELA 9 - CORRELAÇÃO ENTE A CONDIÇÃO BUCAL E O NÚMERO DE PRISÕES/ DETENÇÕES DOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA. ....	36
TABELA 10 - DESCRIÇÃO DA QUANTIDADE DE DROGAS APREENDIDAS NOS PROCESSOS CRIMINAIS COLHIDOS NA INTERNET. ....	37

TABELA 11 - CORRELAÇÃO ENTRE A QUANTIDADE DE DROGA ILÍCITA APREENDIDA NOS PROCESSOS CRIMINAIS E A DECISÃO ENTRE OS CRIMES DE TRÁFICO E PORTE PARA CONSUMO PRÓPRIO.....	38
--	----

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>PROPOSIÇÃO</b>	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>20</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>ARTIGO</b>	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>21</b>
<b>3.2</b>	<b>RESUMO</b>	<b>22</b>
<b>3.3</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>23</b>
<b>3.4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>25</b>
<b>3.5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>28</b>
<b>3.6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>39</b>
<b>3.7</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>52</b>
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>57</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>58</b>
	<b>ANEXO 1 – Aprovação do comitê de ética em pesquisa da UFPR</b>	<b>63</b>
	<b>ANEXO 2 – <i>Authors Guideline</i> do <i>journal</i> escolhido</b>	<b>68</b>
	<b>APÊNDICE 1 – Modelo da ficha usada na coleta de dados</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define droga como: “qualquer substância não produzida pelo organismo que tenha propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento”. As drogas ilícitas são aquelas substâncias em que a produção, comercialização e o consumo são proibidos por lei (CARVALHO, 2011).

O consumo de drogas ilícitas tem sido uma constante na história da humanidade que remonta desde a pré-história. Elas eram utilizadas em cerimônias religiosas, por curandeiros, e variava dependendo de cada região, do conhecimento sobre a substância, do período do tempo e da cultura. Atualmente, elas continuam sendo usadas com frequência e gerando polêmica (SILVA et al., 2010).

Atualmente existem inúmeros tipos e variações de drogas ilícitas, sendo mais frequente o uso da maconha, cocaína e crack nos dependentes que buscam tratamento (FALCÃO et al., 2015). A maconha é obtida a partir de certas partes da planta *Cannabis sativa* que é nativa de regiões equatoriais e temperadas. Ela é a droga ilícita mais consumida no mundo (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015) e seu consumo se dá principalmente na forma de cigarros. A cocaína, alcaloide extraído das folhas de coca, é oferecida no mercado na aparência de pó branco para ser aspirado, friccionado contra as gengivas ou até injetado por via intravenosa. O *crack* é um subproduto do refino da cocaína, em que a pasta base é misturada a bicarbonato de sódio formando pequenas pedras. Ele possui um mecanismo de atuação similar ao da cocaína, porém mais lesivo e com a capacidade viciante maior; é a droga mais usada no Sul e Sudeste do Brasil (MARQUES et al., 2016).

O uso desmedido de algumas drogas ilícitas influencia o usuário a cometer atos impensados que acarretam em risco tanto para o usuário quanto para aqueles que o cercam, tais como: familiares, amigos e a sociedade. Isto gera um problema de Saúde Pública, haja vista que seus usuários podem cometer crimes e onerar os sistemas de saúde (NASCIMENTO, 2012).

O usuário de drogas ilícitas, que passa por comportamentos de delinquência, instiga a sociedade a criar meios de controle sobre as substâncias psicoativas e acesso a estas para tentar dirimir danos sociais, tal como a perda de recursos humanos para o trabalho. Esse controle se reflete majoritariamente em sanções penais de restrição de liberdade do indivíduo já marginalizado (ARGUELLO, 2012; NASCIMENTO, 2012).

Os efeitos bucais das drogas ilícitas ainda são pouco estudados (MARQUES et al., 2016). As principais alterações encontradas na literatura foram as lesões por mordiscamento, manchamentos, queimaduras, xerostomia, candidíase, bruxismo, atrição, recessões gengivais, doença periodontal e a cárie. No entanto, as evidências não permitem uma maior precisão sobre a associação desses efeitos com as drogas. Isto dificulta o esclarecimento sobre essas condições, tendo em vista que os usuários costumam utilizar mais de uma droga e estas estão associadas ao uso concomitante de álcool e cigarro (ANTONIAZZI et al., 2013; FALCÃO et al., 2015).

Entende-se que usuários de maconha possam ter um aumentado índice de doenças oportunistas como a candidose. O *crack*, por sua vez, pode ocasionar úlceras na mucosa bucal, lesões necróticas na língua e epiglote e erosões no esmalte dentário, causados principalmente pela fumaça e alta temperatura. A cocaína, ao ser usada na boca, pode ocasionar lesões em regiões de menor aporte sanguíneo, devido ao seu poder de vasoconstrição, como o palato duro (FALCÃO et al., 2015).

O combate às drogas no Brasil pode ser dividido em dois momentos, o sanitário e o bélico. O período sanitário compreende o período de 1914 até 1964, em que a internação do viciado podia se dar de maneira compulsória e o usuário de drogas não era criminalizado. Foi iniciado após a assinatura do protocolo complementar na Conferência Internacional do Ópio em 1912. O período bélico teve início com a Ditadura Militar em 1964, salientando a mentalidade de que o combate às drogas ilícitas deveria ser feito por meio de equipamentos bélicos (ARGUELLO, 2012).

No Decreto-Lei 891 de 1938, apesar de o artigo 27 considerar o toxicômano como um doente, o artigo 33 do mesmo diploma implicava em pena de um a cinco anos de prisão celular e multa (BRASIL, 1938). Com a

Nova Lei de Drogas, seguindo a inovação da Lei 5.991/73, houve uma preocupação por parte do legislador em dissociar a figura do usuário de drogas daquela do traficante. Ela foi além, pois preocupou-se também em desapenar o crime de uso. Este fato não era visto antes, já que na Lei de 1973 dissociava o usuário do traficante, porém as penas eram as mesmas (BRASIL, 1973, 2006).

No trabalho da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos no Departamento Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas do Paraná, no ano de 2014, deixa bem evidente que: “Diante da ausência de literatura especializada e de referências sobre o perfil dos usuários de drogas no Brasil, o presente estudo técnico busca sistematizar diferentes pesquisas que subsidiem a aplicação da Lei nº 11.343/2006 especificamente em relação à análise dos critérios objetivos que embasam a diferenciação entre a natureza e quantidade de droga considerada compatível a média de uso pessoal e para o comércio ilícito de substâncias” (GOMES et al., 2014).

Um dos mecanismos da Lei 11.343/06 para enquadramento do delito é dado pela quantidade e tipo da droga apreendida junto do indivíduo. O artigo 28, III, § 2º diz que para determinar se a droga se destinava a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente (BRASIL, 2006).

O usuário de drogas deveria ser visto como alguém que necessita de tratamento médico em primeira instância (BMA BOARD OF SCIENCE, 2013). Porém, como essa não é a realidade, um usuário que for enquadrado como traficante será encarcerado, sendo improvável o recebimento de tratamento para o vício, dando continuidade ao estado de doença e de violência em que geralmente está inserido. O critério objetivo da Lei de Drogas em relação a quantidade de drogas apreendidas não segue um valor definido com base no perfil de consumo dos usuários em estudos científicos, sendo, então, arbitrado no caso concreto (KRAWCZYK; FILHO; BASTOS, 2015).

É estimado no mundo que 1 em cada 6 pessoas que sofram com desordens por uso de drogas ou dependência química recebam tratamento todo ano. Não está incluída nesse grupo uma grande proporção de usuários de



drogas que podem não ser dependentes, mas ainda assim precisar de intervenção para prevenir o aumento das comorbidades relacionadas ao uso de drogas ilícitas (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Uma revisão sistemática realizada sobre trabalhos acadêmicos em nível de Mestrado e Doutorado demonstrou que a produtividade não tem acompanhado a preocupação geral da drogadição como um problema de saúde pública, bem como demonstrar a cultura do *crack* de maneira a reconhecer o perfil do usuário e o seu padrão de consumo. Embora a produção científica brasileira seja inicial e pouco resolutiva, é promissora frente às implicações que esta epidemia impõe à sociedade (RODRIGUES et al., 2012).

Segundo levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, no ano de 2010, foi verificado entre escolares da rede pública e privada que a média de idade de início de uso de drogas como maconha, cocaína e crack, ficou dentro da idade dos 14 anos. Há também um fator relacionando o baixo rendimento escolar com o uso de drogas (CEBRID, 2010).

A maior parte dos usuários a consome de maneira compulsiva até o esgotamento psíquico, físico ou financeiro. Em função da dependência química, o usuário foca sua vida no consumo da droga de forma que sono, alimentação, afeto, senso de responsabilidade e sobrevivência perdem o significado, e devido a sensação de urgência pela droga e falta de condições financeiras, o usuário geralmente participa de atividades ilícitas (tráfico, roubos e assaltos) ou troca sexo por crack ou dinheiro, correndo risco de infecções sexualmente transmissíveis. Tais características interferem negativamente na saúde e funcionamento social do usuário de crack de forma a marginalizá-lo, tanto no contexto da rede de uso quanto da comunidade e serviço de saúde (BOTTI; MACHADO; TAMEIRÃO, 2014).

Os dados obtidos dos Hospitais Psiquiátricos e dos pacientes, e apesar deste último - auto relatado - não representar um quadro preciso da situação, constituem úteis fontes de informação para avaliação de custos socioeconômicos e consequência do tratamento, permitindo reavaliar políticas de tratamento e prevenção (BORINI; GUIMARÃES; BORINI, 2003).

Países latino-americanos e Portugal possuem uma quantidade próxima estimada de consumo diário de drogas ilícitas por dependentes químicos, a exemplo da cocaína em que Portugal estabeleceu em 2 gramas/dia. Porém, em estudo realizado na Santa Casa de Misericórdia do Paraná foi constatado que pacientes viciados em cocaína chegavam a utilizar 3,8 g/dia (GOMES et al., 2014). No estudo realizado por Borini (BORINI; GUIMARÃES; BORINI, 2003), com uma amostra de 193 pacientes do sexo masculino internados em Hospital Psiquiátrico, foi constatado que utilizavam uma média diária de 5,7 g para o *crack*, 4,1 g para a maconha e 4,8 g para a cocaína.

É estimado que quase 250 milhões de pessoas entre a idade de 15 e 64 anos usaram drogas ilícitas no ano de 2013. Isso corresponde a uma prevalência global de 5,2%. Na ausência de informação sobre os padrões dos problemas no uso das drogas, informação sobre usuários em tratamento são utilizados como substitutos. A demanda de tratamento por diversas substâncias varia para cada região, porém quase metade dos indivíduos que procuram tratamento para o uso de drogas o estão fazendo pela primeira vez. A maioria dos indivíduos que estão em tratamento é devido a múltiplas drogas e 20% dos usuários de drogas é pelo uso exclusivo da cocaína (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

A tendência a longo termo tem mostrado que a quantidade de cocaína apreendida no mundo tem se mantido estável. Na América do Sul, a prevalência do uso de cocaína aumentou do ano de 2010 para 2012, em torno de 3 vezes a média de consumo esperada, e se manteve em 2013. Esse aumento no consumo de cocaína deve-se principalmente pelo Brasil, que é o maior mercado na América do Sul (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

A prevalência do uso de drogas ilícitas entre mulheres ainda é pequena quando comparado com os homens. E, numa escala global, os homens são 3 vezes mais propensos à utilização de *cannabis*, cocaína ou anfetaminas. Em contrapartida, as mulheres são mais propensas a utilizarem de maneira abusiva drogas de prescrições, como opioides e calmantes. Essa situação reflete principalmente as diferenças entre as oportunidades de uso das drogas

em relação a influência do meio social do que uma vulnerabilidade intrínseca do sexo (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Essa pesquisa teve por objetivo avaliar as condições de saúde bucal de pacientes em tratamento hospitalar para dependência química no maior Hospital Psiquiátrico do Estado do Paraná para estudar o impacto das drogas ilícitas na saúde bucal e geral e identificar o perfil sociodemográfico. Outro objetivo foi correlacionar a quantidade e os tipos de drogas consumidas, com processos criminais de drogas apreendidas. Além disso, correlacionou a média da quantidade de drogas consumidas (e os tipos) com a média que foi encontrada nos processos criminais.

## **2 PROPOSIÇÃO**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar as condições clínicas e jurídicas de indivíduos com diagnóstico de dependência química, especialmente, às drogas ilícitas. Adicionalmente, correlacionar o perfil de consumo do dependente químico de drogas ilícitas com as condições de saúde bucal.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar o perfil sócio demográfico dos pacientes dependentes químicos por drogas ilícitas;
- Identificar o motivo da internação;
- Avaliar as condições de saúde bucal dos dependentes de drogas ilícitas;
- Identificar as drogas ilícitas consumidas pelos pacientes internados por dependência química;
- Identificar o perfil de consumo e aquisição de drogas ilícitas;
- Identificar o histórico de overdose e de prisões e/ou detenções;
- Identificar a quantidade de drogas ilícitas apreendidas com indivíduos detidos e a caracterização do crime.

### 3 ARTIGO

**3.1 TÍTULO:** Avaliação do perfil da saúde bucal, sociodemográfico e o envolvimento com drogas ilícitas de pacientes internados para tratamento da dependência química.

Pablo Alexandre Alves Servilha<sup>1</sup>

Lucas de Matos Leme<sup>1</sup>

Juliana Marfut<sup>1</sup>

Beatriz Helena Sotille França<sup>2</sup>

Antonio Adilson Soares de Lima<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Estomatologia da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

Autor para correspondência:

Antonio Adilson Soares de Lima

Departamento de Estomatologia da UFPR

Rua Prefeito Lothário Meissner, 632, Jardim botânico

81210-170 Curitiba/PR Brasil

Telefone: +55 41 33604026 Fax: +55 41 33604134

Email: aas.lima@ufpr.br

### 3.2 RESUMO

O uso de drogas ilícitas é considerado um problema de saúde pública em muitos países. O abuso de substâncias psicoativas causa grande prejuízo financeiro para o país, pois gera gastos com a saúde, justiça e ainda perda de produtividade. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil sociodemográfico, a condição de saúde bucal e o envolvimento com as drogas ilícitas dos pacientes internados em hospital psiquiátrico. Além disso, correlacionar o perfil epidemiológico das condições bucais e informações criminais. Indivíduos com diagnóstico de dependência química e internados num hospital psiquiátrico foram entrevistados e submetidos a um exame clínico odontológico. Foi realizada busca em processos criminais e adquiridas informações sobre apreensões e julgamentos de indivíduos com drogas ilícitas por meio dos sites dos Tribunais de Justiça. Este estudo incluiu 163 homens na faixa etária dos 18 aos 58 anos de idade, brancos, solteiros e com nível de escolaridade fundamental. O exame clínico mostrou que o índice de dentes cariados, perdidos e obturados médio foi de 11,8 e que a condição bucal era geralmente ruim. O exame físico dos pacientes revelou que as principais alterações bucais eram a presença de cálculo dental (92%), cárie (86%), dentes perdidos (83%), língua saburrosa (76%), ressecamento da mucosa (49%) e a doença periodontal (46%). Foi registrado um consumo médio diário de cocaína crack, cocaína sal e maconha de 3,7 g, 0,9 g e 5,7 g, respectivamente. Sessenta e três por cento da amostra (n=104) já foi preso ou detido ao menos uma vez. Cinquenta e sete por cento dos indivíduos (n=60) foram presos ou detidos por furto, roubo ou tráfico, associado, ou não, a outro crime. Treze por cento (n=14) foi preso ou detido por porte de drogas ilícitas. Houve uma correlação estatisticamente significativa quando os dados de quantidade de drogas apreendidas e a decisão dos processos criminais (p=0,003). Baseado nestes achados pode-se concluir que o perfil sociodemográfico dos pacientes era de indivíduos jovens poliusuários de drogas ilícitas, com condição de saúde bucal ruim e apresentando diversas alterações bucais. Além disso, estes indivíduos já tinham passagem pela polícia.

Palavras-chaves: Street Drugs; Criminal Laws; Oral Health.

### 3.3 INTRODUÇÃO

O uso inconsequente de drogas ilícitas além de expor o sujeito e familiares a riscos também gera problemas de saúde pública<sup>1</sup>, pois o usuário passa por comportamentos de delinquência. Este fato instiga a sociedade a criar meios de controle sobre as substâncias e acesso à estas, sendo a restrição de liberdade o principal meio de controle<sup>2,3</sup>. A exemplo disso, pode-se citar as características dos usuários de crack que interferem negativamente sobre a saúde e funcionamento social de forma a marginalizá-lo, tanto no contexto da rede de uso, quanto da comunidade e serviço de saúde<sup>4</sup>.

A literatura demonstra que existe relação entre o consumo de drogas ilícitas e a saúde bucal. Alguns estudos apontam que as principais alterações bucais relacionadas são: as lesões por mordiscamento, pigmentadas, associada a queimaduras, xerostomia, candidose, bruxismo, atrição, recessões gengivais, doença periodontal e a cárie<sup>5,6</sup>. Usuários de maconha apresentam um risco maior ao desenvolvimento de doenças oportunistas, tal como a candidose. O *crack* pode ocasionar úlceras na mucosa bucal, lesões necróticas na língua e epiglote e erosões no esmalte dentário, causados principalmente pela fumaça e alta temperatura; já a cocaína pode ocasionar lesões em regiões de menor aporte sanguíneo devido ao seu poder de vasoconstrição<sup>6</sup>.

Com a intenção de desmarginalizar o sujeito, a legislação brasileira se preocupa em dissociar a figura do usuário de drogas daquela do traficante<sup>11</sup>. Corroborando com isso, a Lei 11.343/06 denota que, um dos quesitos a serem avaliados para o enquadramento do delito, é dado pela quantidade e tipo da droga apreendida junto do indivíduo<sup>7</sup>. No entanto, como essa não é a realidade, um usuário que for enquadrado como traficante será encarcerado, sendo improvável o recebimento de tratamento para o vício, dando continuidade ao estado de doença e de violência em que geralmente está inserido. O critério objetivo da Lei de Drogas em relação a quantidade de drogas apreendidas não segue um valor definido com base no perfil de consumo dos usuários em estudos científicos, sendo então, arbitrado no caso concreto<sup>8</sup>.

Levando em conta esse contexto quantitativo de drogas relacionado as lesões bucais encontradas, esta pesquisa teve por objetivo avaliar o perfil sociodemográfico, a condição de saúde bucal e o envolvimento com as drogas ilícitas dos pacientes internados em hospital psiquiátrico. Além disso, correlacionou a média da quantidade de drogas consumidas (e os tipos) com a média que foi encontrada nos processos criminais.



### 3.4 MATERIAIS E MÉTODOS

#### a) Aprovação no CEP

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (n. 1.998.559).

#### b) Amostra:

A amostra por conveniência foi composta de 163 indivíduos do sexo masculino, adultos, idade mínima de 18 anos, internados no Hospital Psiquiátrico San Julian em tratamento para dependência química, localizado em Piraquara/PR. O período de coleta foi de abril a dezembro de 2017. O tempo de internamento era de 45 dias, sendo os primeiros em leito para desintoxicação via medicação, até estar apto ao convívio nas alas coletivas.

A amostra de processos criminais foi localizada por meio de ferramentas de busca *online* oficiais de sentenças, sendo de 1º e de 2º graus [<https://www.tjpr.jus.br/sentenca-digital>; <http://www.tjsp.jus.br/Processos>].

#### c) Método da análise:

Para inclusão na pesquisa os participantes deveriam ser usuários de drogas ilícitas em tratamento para a dependência química constantes em prontuário. Foram excluídos da pesquisa e da amostra os participantes que não possuíam capacidade intelectual para entender e responder adequadamente as perguntas da entrevista.

Foi confeccionado um questionário específico para esta pesquisa a ser utilizado na entrevista dos pacientes. Foram coletados dados sociodemográficos e de saúde geral como cor da pele, estado civil, profissão, idade, escolaridade, motivo do internamento, vez do internamento, se possuía alguma doença sistêmica, se era tabagista e quantidade consumida, se era alcoolista e quantidade consumida; dados de saúde bucal (considerados os 32 dentes) como o valor de CPO-D, condição bucal geral, presença ou ausência de cáries, problemas periodontais, raízes residuais, ausências dentárias, atrição dental, abrasão dental, fístula, ressecamento da mucosa e queilite

glandular; dados sobre o consumo de drogas ilícitas como tipo da droga, quantidade consumida, quantidade adquirida, frequência de consumo, se consumia sozinho ou em grupo, histórico de overdose; e antecedentes criminais.

O mesmo pesquisador realizou todas as entrevistas e exames físicos. Após a entrevista foi executado um exame físico intra e extrabucal. Foi avaliado no exame intrabucal a presença das lesões dentárias e de mucosa. Além disso, foi feito um levantamento do índice CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) nos pacientes. O exame clínico foi realizado com o auxílio de palitos de madeira, luvas de látex e iluminação artificial. A cárie dentária foi determinada como presente naqueles em que havia cavitações, e marcado em ficha quais os dentes acometidos. A mucosa ressecada foi determinada pelo teste com palito de madeira se este grudava na mucosa. A condição periodontal foi avaliada pela presença de cálculo dental, inflamação gengival e mobilidade dentária. Tanto a entrevista quanto o exame físico foram conduzidos em consultório odontológico do próprio Hospital.

A condição de saúde bucal foi determinada pelos seguintes critérios estabelecidos pelos pesquisadores:

- BOA – Nenhum sinal clínico de cárie, doença periodontal e lesões na mucosa.
- REGULAR – Sinais clínicos de doença periodontal (presença de biofilme e inflamação nas gengivas), alterações na mucosa e lesões de cárie em até cinco dentes;
- RUIM – Sinais clínicos de doença periodontal (presença de cálculo dental e inflamação nas gengivas, mobilidade dentária, exposição radicular, posição dentária e oclusão alteradas por perda dentária), alterações na mucosa e lesões de cárie em mais de cinco dentes.

As informações sobre o *crack* ditas em números de pedras consumidas, foi convertida por um valor médio de 0,3 g para cada pedra<sup>9</sup>.

Nos processos criminais foram procuradas informações como número do processo, Estado de origem, instância, tipo da droga apreendida, quantidade

da droga, embalagem da droga e a decisão do magistrado. Os processos criminais pesquisados não eram específicos da amostra de indivíduos internados para tratamento de dependência química. A busca feita nos *sites* oficiais dos Tribunais de Justiça era realizada por meio de mecanismo próprio de cada página, havendo possibilidade de inserir critérios de busca como comarca, assunto, número do processo, juiz e nome da parte.

#### **d) Análise estatística:**

Os resultados de variáveis quantitativas foram descritos por média, mediana, valor mínimo, valor máximo e desvio padrão. Variáveis categóricas foram descritas por frequências e percentuais. Para a comparação de dois grupos definidos pelas classificações de variáveis categóricas, foi usado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Mais de dois grupos foram comparados considerando-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. A associação entre duas variáveis quantitativas foi analisada estimando-se o coeficiente de correlação de Spearman. Para a análise da associação entre duas variáveis categóricas foi usado o teste exato de Fisher ou o teste de Qui-quadrado. Valores de  $p < 0,05$  indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v.20.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Foram realizadas correlações entre o vínculo empregatício e se usa drogas ilícitas (teste de Qui-quadrado); vínculo empregatício e a quantidade de drogas ilícitas consumidas (teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis e teste não-paramétrico de Mann-Whitney); escolaridade e a quantidade de drogas ilícitas consumidas (teste não-paramétrico de Mann-Whitney); número de internamento e a quantidade de drogas ilícitas consumidas (teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis); número de prisões/detenções e o número de internamento (teste de Qui-quadrado); o valor CPO-D e a quantidade de drogas ilícitas consumidas (coeficiente de correlação de Spearman); o valor CPO-D e o número de prisões/detenções (teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis); a condição bucal geral e a quantidade de drogas ilícitas consumidas (teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis); e a condição bucal geral e o número de prisões/detenções (teste de Qui-quadrado).

### 3.5 RESULTADOS

O perfil da amostra foi de homens na faixa etária dos 18 aos 58 anos de idade, brancos, solteiros e com nível de escolaridade até fundamental completo. A maior parte estava internada pela primeira vez, devido ao consumo de álcool e drogas, especialmente o *crack*. Oitenta e nove por cento dos internados foram incentivados pela família ou por vontade própria. Quase metade da amostra possuía vínculo empregatício com carteira assinada antes do internamento e 25,2% (n=40) dos indivíduos relataram trabalhar com atividades referentes a construção civil.

O consumo de cigarro e álcool pelos internados mostrou que 85,3% dos indivíduos eram tabagistas e 62% eram alcoolistas. A maioria dos indivíduos (75,6%) consumia até 20 cigarros industrializados por dia. Mais da metade dos pacientes (51,5%) ingeriam até 1 L de bebida alcoólica por dia, especialmente as destiladas como a cachaça. O tempo de consumo de cigarros e bebidas alcoólicas para 43% dos internados variou entre 11 e 20 anos.

TABELA 1 - DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

IDADE			QUANT. INTERNAMENTO		
	n	%		n	%
18-28 anos	75	46%	1 vez	68	41,7%
29-38 anos	57	35%	2-3 vezes	57	35%
39-48 anos	28	17,2%	4 ou mais vezes	38	23,3%
49-58 anos	3	1,8%			
ESCOLARIDADE			MOTIVO DO INTERNAMENTO		
Fundamental	95	58,3%	Álcool e drogas ilícitas	83	50,9%
Médio	60	36,8%	Drogas ilícitas	75	46%
Superior	6	3,7%	Álcool	5	3,1%
Não alfabetizado	2	1,2%			
COR DA PELE			DROGA MOTIVADORA		
Branca	96	58,9%	Crack	105	64,4%
Pardo e Negro	65	39,9%	Cocaína	41	25,2%
Amarelo e Indígena	2	1,2%	Maconha	16	9,8%
			Ecstasy	1	0,6%
ESTADO CIVIL			INCENTIVO INTERNAMENTO		
Solteiro	125	76,8%	Vontade própria/família	145	89%
Separado/viúvo	21	12,8%	Judicial	18	11%
Casado	17	10,4%			
			VÍNCULO EMPREGATÍCIO		
			Carteira assinada	79	48,5%
			Autônomo/informal	66	40,5%
			Desempregado	17	10,4%
			Aposentado	1	0,6%

A Tabela 2 apresenta os valores da média, mínima e máxima para o consumo de cigarros industrializados e bebidas alcoólicas da amostra.

TABELA 2 - CONSUMO DE CIGARRO E BEBIDAS ALCOÓLICAS PELOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

Variável	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Cigarro quantidade (un./dia)	139	21,3	20	1	200	21,9
Cigarro tempo (anos)	139	15,5	13	1	39	8,4
Álcool quantidade (L/dia)	101	1,7	1	0,1	8,4	1,4
Álcool tempo (anos)	101	15,7	15	1	38	9,1

Os principais achados bucais e condição bucal geral da amostra são apresentados na Tabela 3. O CPO-D médio foi de 11,8, variando de 1 até 26. A Figura 1 exhibe o perfil geral da amostra em relação às características sociodemográficas, de internamento, dos vícios, criminal e bucais.

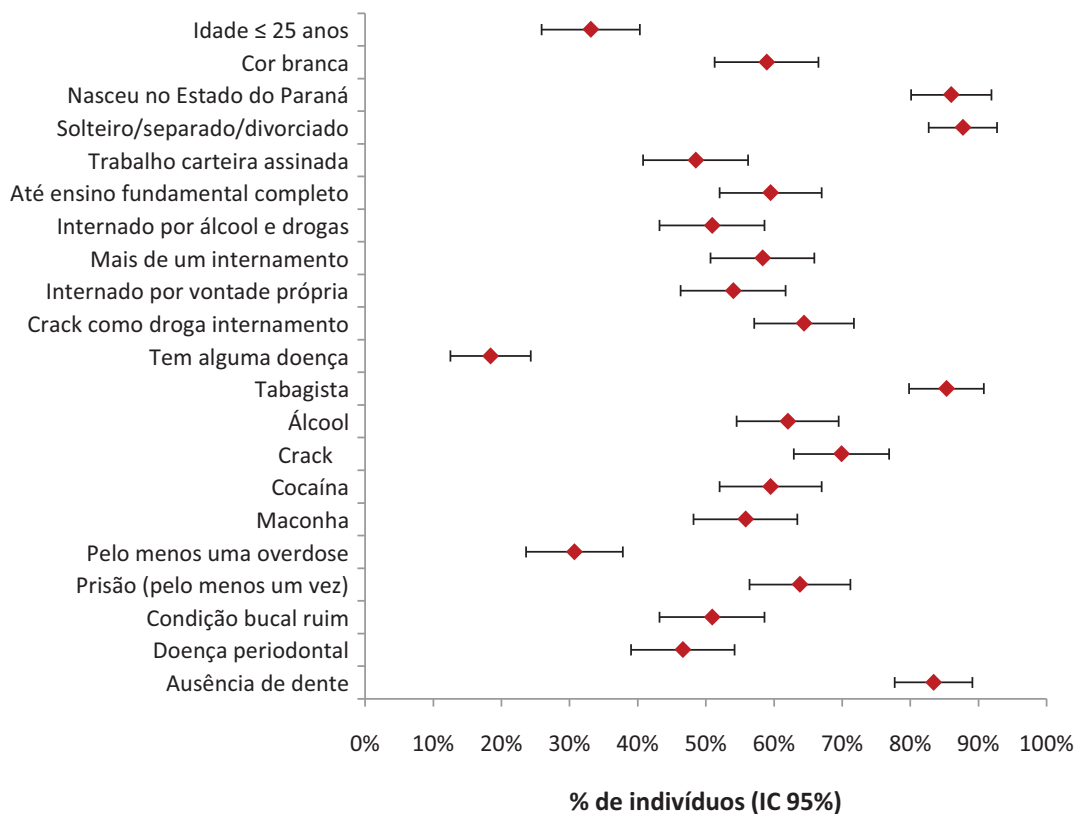
TABELA 3 - ACHADOS BUCAIS E CONDIÇÃO BUCAL GERAL DOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

Achados bucais	continua	
	n	%
Cálculo dentário	151	92,6%
Cárie	141	86,5%
Ausência dentária	136	83,4%
Língua Saburrosa	125	76,7%
Mucosa ressecada	81	49,7%
Problemas periodontais	76	46,6%
Raiz residual	73	44,0%
Língua crenada	63	38,7%
Atrição	47	28,8%
Pigmentação melânica	33	20,2%

TABELA 3 - ACHADOS BUCAIS E CONDIÇÃO BUCAL GERAL DOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

Achados bucais	conclusão	
	n	%
Melanose do fumante	26	16,0%
Abrasão	17	14,4%
Glossite atrófica	6	3,7%
Úlcera traumática	3	1,8%
<b>Condição Bucal Geral</b>		
Ruim	83	50,9%
Regular	60	36,8%
Boa	20	12,3%

FIGURA 1 - PERFIL GERAL DO PACIENTE INTERNADO PARA TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.



Um total de 104 (63%) indivíduos já foi preso ou detido ao menos uma vez. Cinquenta e sete por cento dos indivíduos (n=60) foram presos ou detidos por furto, roubo ou tráfico, associado, ou não, a outro crime. Quatorze pacientes já foram presos ou detidos por porte de drogas ilícitas. A média de prisões/detenções foi de 1,53 vezes.

O percentual de pacientes que já sofreu de overdose foi de 41,2% devido ao consumo de cocaína, 29,4% com crack e 23,5% foi uma associação de drogas.

Cinquenta e sete por cento dos entrevistados relataram que consumiam a droga sozinhos, enquanto que 42,6% (n=69) compartilhavam a droga com amigos, familiares ou cônjuges.

TABELA 4 - DESCRIÇÃO DO HÁBITO DE CONSUMO E AQUISIÇÃO DE DROGAS ILÍCITAS DOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

Variável	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Quantidade de Uso (grama/dia) *						
Crack	93	3,7	2,4	0,10	13,5	3,6
Cocaína	67	0,9	0,7	0,03	3,0	0,7
Maconha	68	5,7	4,0	0,14	21,4	5,4
Tempo de uso (anos)						
Crack	113	10,1	9	1	30	7,3
Cocaína	93	10,6	9	1	30	7,7
Maconha	83	13,8	12	1	32	7,8
Quantidade de Compra (g/vez)						
Crack	85	1,7	1,5	0,3	6	1,4
Cocaína	77	5,3	3	0,5	100	12,6
Maconha	60	56	20	0,5	1000	153,9
Quantidade Maior de Compra (g)						
Crack	85	26,9	10	0,6	500	72,4
Cocaína	77	46,4	10	1	1000	160,5
Maconha	62	356,6	70	5	3000	627,5
Vezes de compra**						
Crack/dia	85	5,8	4	1	30	6
Cocaína/semana	77	2,6	1	1	30	4,1
Maconha/semana	63	2	1	1	10	1,5

\*Foram excluídos os dados discrepantes.

\*\*Número de vezes em que o indivíduo ia comprar a droga.

Aproximadamente metade da amostra não realizava qualquer tipo de venda de drogas ilícitas. Entretanto, 34,9% dos entrevistados vendiam drogas



para poder comprar mais drogas ou para amigos e 15,3% vendiam drogas para obtenção de lucro financeiro. Foram retiradas da estatística, para as variáveis de compra, aqueles que relataram vender drogas pelo lucro (n=25).

A droga ilícita obtida pelos entrevistados já era embalada em porções pré-definidas, sendo 74% para o crack, 71,6% para a cocaína e 70,5% para a maconha. O crack era comercializado a pedra embalada em plástico ou alumínio. A cocaína era comercializada o grama da droga em pó embalada em plástico rígido. Enquanto a maconha, a quantidade de droga embalada era definida por quem a vendia.

Não existe uma correlação entre o vínculo empregatício e o uso de crack, cocaína e maconha segundo os testes do Qui-quadrado, Exato de Fisher e Kruskal-Wallis ( $p>0,05$ ). Da mesma forma, não foram observadas correlações entre o grau de escolaridade e número de vezes que o indivíduo foi internado com a quantidade de drogas ilícitas consumidas.

A correlação entre o número de vezes que o indivíduo foi internado e o número de vezes em que foi preso/detido demonstrou não haver correlação entre elas ( $p>0,05$ ).

Para determinar se a quantidade de droga ilícita consumida ou número de prisões/detenções poderiam influenciar no CPO-D do indivíduo, foram utilizados os testes de correlação de Spearman e Kruskal-Wallis, respectivamente. Os resultados dessas avaliações mostraram não haver correlação entre as variáveis.

A condição bucal pode ser influenciada por diversos fatores de natureza do próprio indivíduo e externos. Desta forma, essa variável foi correlacionada com a quantidade de drogas ilícitas consumidas, número de prisões/detenções e o consumo isolado de crack, cocaína e maconha. Os testes de Kruskal-Wallis e do Qui-quadrado revelaram a inexistência de correlação entre as mesmas, como demonstrado nas Tabelas 7, 8 e 9.

TABELA 5 - CORRELAÇÃO ENTRE O CPO-D E A QUANTIDADE DROGAS (MÉDIA POR DROGA) UTILIZADA PELOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

Variáveis	n	Coefficiente de correlação de Spearman	Valor de p
CPO-D x Quantidade de Crack	105	-0,10	0,305
CPO-D x Quantidade de Cocaína	90	-0,12	0,250
CPO-D x Quantidade de Maconha	73	0,10	0,393

TABELA 6 - CORRELAÇÃO ENTRE O CPO-D E O NÚMERO DE PRISÕES/DETENÇÕES DOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

Prisão	CPOD						p*
	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	
Nunca	59	11,4	11	2	25	5,2	
Uma vez	56	12,1	11	1	26	7,0	
Duas vezes	19	13,2	14	2	25	5,5	
3 vezes ou mais	25	11,2	12	3	19	4,7	0,532

\*Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis,  $p < 0,05$

TABELA 7 - CORRELAÇÃO ENTRE A CONDIÇÃO BUCAL E O CONSUMO DE CRACK, COCAÍNA E MACONHA DOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

Condição bucal	Usa crack		P*
	Não	Sim	
Boa	7 14,3%	13 11,4%	0,868
Regular	18 36,7%	42 36,8%	
Ruim	24 49,0%	59 51,8%	
Total	49	114	
Condição bucal	Usa cocaína		P*
	Não	Sim	
Boa	8 12,1%	12 12,4%	0,847
Regular	26 39,4%	34 35,1%	
Ruim	32 48,5%	51 52,6%	
Total	66	97	
Condição bucal	Usa maconha		P*
	Não	Sim	
Boa	7 9,7%	13 14,3%	0,502
Regular	25 34,7%	35 38,5%	
Ruim	40 55,6%	43 47,3%	
Total	72	91	

\*Teste de Qui-quadrado,  $p < 0,05$ )

TABELA 8 - CORRELAÇÃO ENTRE A CONDIÇÃO BUCAL E A QUANTIDADE DE CRACK, COCAÍNA E MACONHA CONSUMIDA PELOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

Variável	Condição bucal	n*	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	p*
Crack**	Boa	12	5,0	3,2	0,6	19,2	5,2	0,263
	Regular	39	5,6	1,8	0,1	36,0	7,9	
	Ruim	58	7,5	4,4	0,1	30,0	8,3	
Cocaína**	Boa	11	10,7	2,0	0,1	75,0	22,1	0,171
	Regular	33	4,8	1,4	0,0	50,0	9,1	
	Ruim	49	2,9	0,9	0,1	25,0	5,0	
Maconha**	Boa	9	4,5	4,0	0,3	10,0	3,4	0,301
	Regular	29	8,9	3,3	0,1	50,0	13,2	
	Ruim	38	14,1	5,0	0,2	100,0	21,0	

\*Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis,  $p < 0,05$

\*\*Quantidade de droga consumida.

TABELA 9 - CORRELAÇÃO ENTRE A CONDIÇÃO BUCAL E O NÚMERO DE PRISÕES/DETENÇÕES DOS PACIENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

Condição bucal	Prisão			
	Nunca	Uma vez	Duas vezes	3 vezes ou mais
Boa	7 11,9%	7 12,1%	2 10,0%	4 15,4%
Regular	24 40,7%	19 32,8%	8 40,0%	9 34,6%
Ruim	28 47,5%	32 55,2%	10 50,0%	13 50,0%
Total	59	58	20	26

Valor de  $p$ : 0,975 (teste de Qui-quadrado,  $p < 0,05$ )

Foram obtidos 100 processos sobre apreensões de drogas, sendo 31 deles de 1ª instância, 45 de segunda instância e 24 como prisões preventivas. Nesses processos, 51 deles eram sobre apreensões de maconha, 26 sobre cocaína, 22 sobre crack e um deles sobre LSD. Em 91% deles, o indivíduo foi considerado traficante enquanto em 9% foi considerado como usuário.

Em quantidade de até 100g (sem distinção de drogas) compreendeu 70% da amostra. Em 97% dos processos, a droga apreendida

encontrava-se embalada. A Tabela 10 mostra a média, mínimo e máximo de drogas apreendidas de maneira geral e separadas por drogas e decisão.

TABELA 10 - DESCRIÇÃO DA QUANTIDADE DE DROGAS APREENDIDAS NOS PROCESSOS CRIMINAIS COLHIDOS NA INTERNET.

Variável	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Quantidade apreendida (geral) (g)	99	9,195	28,40	0,30	442.900	52.733
Quantidade p/ usuário (g)						
Crack	3	7,2	7	4,8	10	2,6
Cocaína	3	9,6	3	0,85	25	13,3
Maconha	3	27,2	24	4,6	53	24,3
Quantidade p/ traficante (g)						
Crack	19	83,9	11,2	0,67	760	198,6
Cocaína	23	264,3	16,5	1	1964	569,1
Maconha	48	84.469	98,4	3	3.152.000	458.338,8

A Tabela 11, utilizando o teste de Mann-Whitney, demonstra haver relação entre a quantidade de drogas apreendidas com a decisão de classificar entre os crimes de tráfico de drogas ilícitas ou de usuário, para avaliação geral (todos os processos) e os de 2ª instância.

TABELA 11 - CORRELAÇÃO ENTRE A QUANTIDADE DE DROGA ILÍCITA APREENDIDA NOS PROCESSOS CRIMINAIS E A DECISÃO ENTRE OS CRIMES DE TRÁFICO E PORTE PARA CONSUMO PRÓPRIO.

Decisão	Quantidade apreendida (grama)						p*
	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	
Usuário/porte	9	14,7	7	0,85	53	16,8	
Tráfico	91	44639	34,5	0,30	3152000	333910	<b>0,003</b>

Decisão (1ª instância)	Quantidade apreendida (grama)						p*
	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	
Usuário/porte	4	8,8	4,7	0,8	25	11	
Tráfico	26	11606	57,5	0,67	245000	48589	0,144

Acórdão (2ª instância)	Quantidade apreendida (grama)						p*
	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	
Usuário/porte	4	8,8	4,7	0,8	25	11	
Tráfico	41	80816	30	4	3152000	492177	<b>0,008</b>

\*Teste não-paramétrico de Mann-Whitney,  $p < 0,05$

### 3.6 DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a condição bucal e o envolvimento judicial de um grupo de pacientes com diagnóstico de dependência química. Os resultados revelaram que a maioria desses indivíduos eram relativamente adultos jovens, com baixo nível de escolaridade, com uma condição bucal ruim e que consumiam crack, cigarros e bebidas alcoólicas de forma associada. Além disso, o envolvimento judicial desses indivíduos foi considerado elevado, pois muitos já haviam sido presos ou detidos por furto, roubo ou tráfico.

O último *World Drug Report* de 2017 afirmou que cerca de 5% da população adulta mundial usou drogas pelo menos uma vez em 2015. Além disso, 29,5 milhões desses usuários de drogas sofrem de transtornos por uso de drogas. Isso significa que o uso de drogas é prejudicial ao ponto de poderem ter dependência de drogas e necessitarem de tratamento<sup>10</sup>. A dependência química é um distúrbio psiquiátrico que pode gerar uma série de problemas sociais e ao próprio indivíduo.

Dentre as diversas drogas ilícitas, o *crack* é possivelmente a substância que mais tem demandado tratamento nos últimos anos<sup>11</sup> no Brasil. O perfil dos usuários tem permanecido constante e é de um homem jovem, de baixa escolaridade, sem vínculos empregatícios formais, de famílias desestruturadas, com histórico de uso de drogas injetáveis e comportamento sexual arriscado<sup>12,13</sup>. Devido aos efeitos adversos do crack, o seu consumo único torna-se raro. Além disso, os usuários consomem a droga até seu esgotamento físico e toda a noção de sobrevivência fica comprometida importando somente o uso e seus efeitos<sup>12</sup>.

O hospital onde a pesquisa foi realizada trata apenas indivíduos do sexo masculino e observou-se que cerca de 46% se encontravam dentro da faixa etária de até 28 anos de idade, sendo a média de 30 anos. Mesmo considerando diferenças entre os limites de faixa etária, a maior parte da amostra encontrava-se abaixo dos 30 anos de idade<sup>1,4,11,14-20</sup>. Outros estudos que verificaram o perfil dos usuários de drogas ilícitas nos Centros de

Assistência Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) acabaram demonstrando uma média de idade maior<sup>21</sup>, acima de 35 anos de idade<sup>6,22-24</sup>.

Em geral, os dependentes do crack fazem seu uso diário e em grande quantidade. Por outro lado, os usuários de cocaína em pó consomem a droga em menor quantidade do que o usuário de *crack*, mas com um maior tempo de uso<sup>11</sup>. Contudo, nesse estudo foi verificado que a média tempo de uso em anos de cocaína não foi muito diferente do crack.

A maioria dos indivíduos incluídos nesta pesquisa era de pele branca (58,9%). Este resultado corroborou aos achados de outros autores<sup>11,16,17,22</sup>, que observaram frequência maior de usuários de drogas ilícitas com pele branca que variou de 53% a 72%. A maior frequência de usuários de pele branca pode ser explicada pelo fato da população dessa região do Brasil ser formada por descendentes de imigrantes europeus provenientes da Itália, da Polônia e da Ucrânia. A maior parte dos pacientes incluídos no presente estudo era constituída por indivíduos solteiros (76%). Este dado corroborou aos resultados de outros estudos, em que a taxa de indivíduos solteiros ou que não possuíam companheiros (as) compunha a maioria e variou de 45% a 93%<sup>1,4,11,14,17-19,24,25</sup>. Este resultado pode ser explicado pelo fato da população que usa drogas ilícitas ser normalmente jovem e pelo fato da dependência química pesada contribuir para um aumento na delinquência, no desemprego, no número de casos de abortos e divórcios<sup>26</sup>.

O presente estudo demonstrou que a maioria dos pacientes em tratamento para dependência química possuíam um baixo nível de escolaridade (58%). Este achado tem sido observado por outros autores e varia de 30% a 83%<sup>1,4,24,25,27,6,11,14,18-20,22,23</sup>. A baixa escolaridade dos indivíduos da amostra é visível quando se compara a idade dos entrevistados a seu desempenho escolar. A baixa escolaridade da amostra pode ser entendida como consequência do uso precoce de drogas, que pode resultar em evasão escolar. Contudo, também é possível supor que o abandono da escola pode ter dado espaço para o comportamento de consumo dessas substâncias<sup>14</sup>. Eles comumente deixam de estudar e compõem o grupo de risco para o desemprego, geralmente estão respondendo por problemas legais, se envolvem com acidentes automobilísticos, atos violentos e suicídio<sup>1</sup>.



O desemprego foi relatado por 10% dos participantes dessa pesquisa. Esses dados entram em dissonância aos achados de outros autores que observaram que o desemprego variou de 36% a 50% entre os usuários de drogas ilícitas<sup>1,11,15,17,18,23</sup>. Outros estudos mostram uma taxa por volta de 20% de vínculos empregatícios formais<sup>17-19</sup>. Os chamados “bicos” foram a modalidade de sustento mais relatada<sup>28</sup>. Os voluntários apontaram a droga como o maior motivo para a perda de emprego<sup>21</sup>.

Um estudo mostrou que 16% dos dependentes químicos trabalhavam na área de construção civil<sup>17</sup>. Este achado foi inferior ao observado no presente estudo que encontrou uma porcentagem mais alta (25%). Uma pesquisa realizada apenas com trabalhadores da construção civil demonstrou que a droga de preferência naquela população eram as bebidas alcoólicas, especialmente, a cachaça. O trabalho na construção civil envolve grande parte das camadas pobres da população masculina e é considerada uma das áreas mais perigosas em todo o mundo<sup>29</sup>.

Este estudo revelou que a primeira experiência no uso de bebida alcoólica (média  $\pm$  desvio padrão = 15,7  $\pm$  9,1 anos) dos dependentes químicos coincidiu com a época do uso do primeiro cigarro (média  $\pm$  desvio padrão = 15,5  $\pm$  8,4 anos) e esse tempo de consumo mostrou-se maior do que outro estudo<sup>20</sup>. Além do uso de drogas ilícitas, uma grande parcela dos pacientes consumia cigarros (85,3%) e bebidas alcoólicas (62%). Este percentual foi similar ao observado por outros autores<sup>11,18,20,22</sup>. Estudos realizados no CAPS-AD revelaram uma porcentagem maior no uso de bebidas alcoólicas, chegando a 95,2%<sup>15,25</sup>. A associação de uso de tabaco também era frequentemente relacionada ao uso de crack<sup>11</sup>. Além disso, os usuários relataram durante a pesquisa que costumam utilizar as cinzas do cigarro para fumar crack.

Em relação ao consumo das drogas lícitas (álcool e cigarro), os entrevistados relataram o aumento de sua frequência e quantidade de uso depois de empregadas como drogas associadas. O uso de outras drogas ilícitas tende a diminuir após o início do uso de crack, principalmente, a maconha e o cloridrato de cocaína (via aspirada)<sup>12</sup>.

A primeira internação por consumo de drogas ilícitas representou 41% da amostra. Este resultado foi similar a outros estudos que observaram até 52% da amostra<sup>19,24</sup>. Outro estudo mostrou que o número de internações devido a dependência química varia de 1 a 5 internações.<sup>23</sup> A internação voluntária ou estimulada por familiares predominou em 89% da amostra. Outro estudo mostrou uma taxa voluntária de 97%<sup>23</sup>. Outro trabalho mostrou que apenas 27% dos que procuram ajuda passam por internação em hospital psiquiátrico<sup>4</sup>. O desejo de melhorar a situação em que se encontra é demonstrada pela alta taxa de internamento voluntário e corroborado por outros estudos que mostram essa tendência<sup>8,27</sup>. Foi observado que 46% dos indivíduos que utilizam a hospitalização como forma de tratamento não conseguem se manter em abstinência após a alta, elevando as estatísticas de mortalidade e de prisão<sup>17</sup>. O acesso a qualquer tipo de tratamento para a dependência química reduziu a taxa de recidiva, o tempo de prisão, o uso de substâncias, a atividade ilícita geral e melhorou a empregabilidade<sup>30</sup>.

Neste estudo, o *crack*, associado ou não à outra droga ilícita, foi a droga mais consumida (69,9%), seguido da cocaína (59,5%) e da maconha (55,8%). Esses resultados estão em desacordo com o último *World Drug Report*<sup>10</sup>. Segundo esse relatório preparado pelo *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), a maconha é a droga ilícita mais usada no Mundo com 183 milhões de usuários em 2015. O *crack* é uma droga extremamente difundida no Brasil. É sabido que, ao se comparar o consumo dessa droga entre homens e mulheres, a predominância do uso do *crack* é no sexo masculino<sup>14</sup>. A taxa de usuários exclusivos de *crack* foi de 16,5% (n=27) da amostra, 12,2% (n=20) para cocaína e 4,9% (n=8) para maconha. Um trabalho constatou que 60% faziam associação de duas ou mais drogas durante o consumo<sup>6</sup>. O baixo percentual de usuários exclusivos de maconha internados pode ser devido a mentalidade de não considerá-la como uma substância nociva.

Essas observações sugerem que a taxa de internação guarda relação com as observadas em levantamentos epidemiológicos, ou seja, a taxa de internação seria reflexo da taxa de uso observada na amostra. No

levantamento de idade, o maior número de pessoas estava consumindo *crack*, o que corrobora os achados em nosso estudo. Em geral, os produtos da cocaína são consumidos por uma pequena parcela da população brasileira (2,3%), com as maiores taxas no Sul e Sudeste. O uso de cocaína é mais comum entre jovens adultos. A apresentação da droga representa uma variação importante entre as regiões, sendo o *crack* mais comum no Sul e Sudeste e a merla no Norte<sup>13</sup>. A merla é um produto grosseiro, obtido das primeiras fases de separação da cocaína, a partir do processamento da planta.

O presente estudo revelou que tempo de uso médio para o *crack* foi de 10,1 anos. A cocaína e a maconha apresentaram tempos de uso médio de 10,6 e 13,8 anos, respectivamente. Ao que parece, os usuários iniciam no mundo das drogas por meio da maconha e partem para experimentar as outras. Esses valores se mostraram mais elevados quando comparados aos achados de outros autores que observaram um tempo médio de 5 anos de uso<sup>6,8,19,22</sup> ou até 5 anos de uso<sup>4</sup>. Estes dados corroboram com a literatura, onde salientam o início precoce do uso de substâncias e a adolescência como um período crítico pela maior exposição e grande penetração das drogas entre os jovens<sup>11,14</sup>.

Este estudo demonstrou que o *crack* tem sido consumido diariamente por 76% dos usuários, sendo similar a outros estudos<sup>14,17,19,24</sup>. A cocaína foi demonstrada ser utilizada com mais frequência em parcelas semanais. Este comportamento do usuário de cocaína também foi observado por Guimarães et al. (2003).<sup>17</sup> Já o consumo da maconha era feito de forma diária por cerca de 45,7% dos participantes desse estudo. Esse valor foi inferior ao encontrado por Guimarães et al. (2003).<sup>17</sup> Outros estudos demonstraram que os usuários consumiam drogas em regime diário, indo de 70% a 82% da amostra.<sup>22,25</sup> O presente estudo revelou que mais da metade da amostra consumia a droga sozinho. Essa forma de consumo também foi vista por outro autor<sup>19</sup>.

Este estudo mostrou que os indivíduos consumiam uma média de 3,7 g de crack por dia (mediana = 2,7), podendo chegar a 13,5 g. Outros estudos mostraram que os usuários chegam a utilizar mais de 3 g por episódio de consumo<sup>17,19</sup> e até 15 g<sup>16</sup> ou 150 pedras<sup>31</sup>. A cocaína foi consumida numa média de 0,9 g por dia e 5,7 g para maconha. Borini et al. (2013) relataram o uso de até 5 g para o crack, a cocaína e a maconha em 69%, 91% e 80% da amostra, respectivamente<sup>16</sup>.

Em nosso estudo, foi observado que o uso conjunto de várias drogas era feito por mais da metade da amostra. O uso de crack, em associação com outras drogas, a maconha e o álcool, esteve relacionado, segundo as informações colhidas dos usuários, com a redução da intensidade dos efeitos alucinatórios do crack, que envolvem sensações de medo ou alienação. Dizem os usuários de crack que o álcool e a maconha acalmam. O consumo elevado de álcool e crack tem se notabilizado nos pacientes pesquisados, o que pode vir a concordar com a baixa renda apresentada pelos mesmos. Esse cenário está superando o consumo da maconha e a cocaína<sup>6</sup>. Outro estudo apontou que o uso de cocaína sal (via aspirada) aumenta a intensidade e duração dos efeitos positivos do crack, assim como dirimindo os negativos<sup>12,23,32</sup>.

O uso concomitante de drogas ilícitas e álcool é relativamente alto, mas pouco se sabe sobre o padrão de uso de polidrogas com diferentes níveis de envolvimento com o álcool. Tem sido apontada a existência de um padrão consistente quanto à idade de início do uso de substâncias psicoativas: álcool/cigarro, seguido por maconha e, então, outras drogas ilícitas<sup>4,20</sup>. Essa situação tem sido conhecida como “a carreira das drogas”.

A serenidade ocasionada pela maconha ajudaria os participantes em controlarem a “fissura” de fumar crack. Dessa forma, a vontade incontrolável de obter mais droga é controlada, evitando atitudes delitivas como roubos e furtos e fazendo-os esquecer temporariamente sobre o crack<sup>32</sup>.

No momento em que os efeitos da falta de droga acontecem, o usuário sucumbe a sua necessidade de obter mais do tóxico. Quando o mesmo não

dispõe de mais recursos financeiros, ele passa a cometer delitos não importando suas consequências, afim de obter mais do seu vício. Por isso, é frequente o relato entre os usuários de drogas de mudanças de comportamento, tais como: prostituição, tráfico, roubo, sequestro e golpes para financiar a dependência química<sup>8,12</sup>.

Devido a proibição do entorpecente, não há controle de qualidade. Sendo assim, não se pode saber que tipo de substância química está sendo consumida. Dessa forma, aumentam os riscos à saúde, tornando as necessidades básicas precárias. E para consumir uma droga com melhores componentes, conseqüentemente mais cara, o consumidor passa para a criminalidade, insere-se no comércio ou prostitui-se para obtê-la<sup>3</sup>.

O padrão controlado foi definido pelo uso em menos dias de crack, não impedindo a socialização. Os usuários contidos não informaram a prática de transgressões, mantendo uma certa ordem na vivência diária<sup>12</sup>. Segundo um estudo, o consumo controlado ocorreu em usuários que já tivessem experimentado a compulsão pela droga. A passagem entre a fase compulsiva para a controlada se deu a partir da compreensão do sujeito, após anos de consumo, sobre as consequências e concessões para a continuidade do uso do crack<sup>12</sup>. Apesar dessa informação, encontramos que 78% dos indivíduos com mais de 5 anos de uso de crack o consumiam diariamente, em uma média de 3,8 g.

A infecção por HIV e as infecções sexualmente transmitidas são fatores de destaque ligado ao consumo de crack e cocaína, pois várias pesquisas apontam que essas drogas se tornaram responsáveis pela amplificação dos riscos de infecções dessa natureza, devido ao número de contatos sexuais e deficiência no uso de preservativos ao usar o sexo como moeda de troca pela droga<sup>13</sup>. O consumo de substâncias psicoativas é responsável, direta e indiretamente, por 8,9% das taxas de doenças da população<sup>33</sup>. Neste estudo foi revelado que a maior parte (81,6%) não possui doenças sistêmicas, no entanto revelaram infecção por HIV/AIDS (3,1%), que é considerada um risco para quem utiliza drogas ilícitas.

Estudos têm revelado que esses indivíduos geralmente apresentam condição bucal ruim, maior susceptibilidade a desenvolver doenças bucais e também a complicar aquelas pré-existentes<sup>34-39</sup>. Além disso, são indivíduos que não realizam higiene oral adequada, tendem a consumir uma quantidade maior de doces, não se alimentam de maneira correta e não costumam procurar por atendimento odontológico<sup>40-42</sup>. Porém foi visto que ao verificar a média de idade para as condições bucais boa, regular e ruim foram encontrados os valores de 24,4 anos, 29,5 anos e 32,3 anos de idade. Esta informação indica que a condição bucal geral vai piorando ao passar dos anos de uso.

Nesta pesquisa, o CPO-D médio dos usuários de drogas foi de 11,8. Um estudo desenvolvido por Falcão et al. (2015) mostrou um resultado similar, pois o CPO-D médio foi de 13,6<sup>6</sup>. Assim como, a baixa qualidade de vida dos dependentes químicos pode estar relacionada a um alto valor CPO-D, baixa remuneração e uso de cocaína/*crack*<sup>43</sup>. Vale ressaltar que a média do índice CPO-D aumentou quando avaliado os grupos e idades, sendo de 9,8 para o grupo de 18 a 28 anos, 12,2 para 29 a 38 anos, 16,1 para 39 a 48 anos e 18 para 49 a 58 anos. Porém, quando comparado com a informação divulgada pelo Saúde Bucal Brasil<sup>44</sup>, notou-se que na faixa de idade de 15 a 19 anos, o índice CPO-D foi de 9,09, 5 pontos maior que a média para o Sul do país; quando comparada a faixa de 35 a 44 anos a média de 14,3 ficou menor que a comparada entre os estados do Sul, sendo maior apenas que o Rio Grande do Sul.

Um estudo baseado numa revisão de literatura apontou a possibilidade de haver uma associação entre a condição bucal do indivíduo e a exposição à drogas ilícitas. Segundo esse estudo, os usuários de crack estão mais sujeitos a apresentar uma maior prevalência de lesões cárie, erosão dentária, doença periodontal e lesões na mucosa bucal, tais como: úlceras, candidose, halitose, estomatite, bruxismo, desgastes dentais, queilite angular, desgaste dentário por atrição, mucosa mordiscada e recessão gengival<sup>5,6,33</sup>. Esta pesquisa evidenciou uma prevalência de cárie e de problemas periodontais de 86% e 46%, respectivamente.

A cocaína e seus derivados (por exemplo: *crack*) podem contribuir para o surgimento na boca do usuário de diversas condições clínicas, tais como: alto índice de cáries e de dentes perdidos, candidose, bruxismo gengivite ulcerativa necrosante, periodontite avançada, laceração gengival e principalmente lesões na gengiva semelhantes a queimaduras<sup>33</sup>. No nosso estudo, não foi possível atribuir lesões específicas a um tipo de droga, tendo em vista que a maioria dos participantes era multiusuário de drogas e não a haviam consumido recentemente.

Na literatura, há um relato de caso em que o paciente usava crack e desenvolveu rapidamente recessões gengivais, erosão dental, perda óssea avançada e episódios de dor aguda na gengiva que foi atribuída à fricção de cocaína no local<sup>5</sup>. No presente estudo foi encontrada uma taxa de 14% da amostra com lesões por abrasão, em que o relato era fricção de cocaína pó e pó de crack na gengiva.

O uso de maconha pode ocasionar diversas alterações bucais, tais como: lesões de cárie dentária, doenças periodontais, “estomatite canábica”, xerostomia e candidose. Acredita-se que fumaça da maconha possui um potencial cancerígeno semelhante ao tabaco. Dessa forma, não se pode descartar a possibilidade do surgimento na mucosa oral da leucoplasia e eritroplasia<sup>33</sup>. Neste estudo não foi encontrado nenhum caso de leucoplasia, candidose ou eritroplasia.

Neste estudo foi observado que 50% da amostra apresentava uma condição bucal geral ruim e apenas 12% foi considerada boa. Outro estudo mostrou uma situação pior de saúde bucal, pois ela variou de 77%, 20% e 2,9% para saúde bucal precária, regular e boa, respectivamente<sup>22</sup>.

Sabe-se que as drogas causam efeitos indesejados. Entretanto, como muitos usuários fazem o uso associado de diferentes drogas, torna-se difícil relacionar determinada alteração ao uso de um tipo de droga isolado<sup>6</sup>. Em geral, os usuários de drogas exibem uma condição de higiene bucal precária devido a vários fatores que incluem: a perda da autoestima, o estilo de vida e a marginalização social<sup>6</sup>. A dificuldade de incluir nos estudos usuários que

consumam apenas um tipo de droga, dificulta a possibilidade de esclarecer a relação entre as alterações nas condições bucais e o uso da droga. Uma limitação também pode ser decorrente da dificuldade de acesso às instituições de atendimento aos dependentes<sup>5</sup>.

De acordo com o Departamento Penitenciário Nacional (2016), o sistema prisional acomodava 726,7 mil detentos. Destes 45% respondiam por crimes patrimoniais e 28% por crimes da Lei de Drogas, juntamente correspondendo a 73% dos indivíduos, ou seja, a maior parte da população em questão<sup>45</sup>.

Sessenta e três por cento da amostra (n=104) informou já ter sido preso ou detido ao menos uma vez. Esse resultado corrobora aos achados de outros autores que demonstraram a facilidade do usuário de drogas em se envolver judicialmente e ter sido detido ou preso ao menos uma vez<sup>1,4,11,17,31</sup>.

Cinquenta e sete por cento dos indivíduos (n=60) relataram terem sido presos ou detidos por furto, roubo ou tráfico, associado, ou não, a outro crime. Treze por cento (n=14) havia sido preso ou detido por porte de drogas ilícitas. A média de prisões/detenções foi de 1,53 vezes. Outro estudo mostrou que 78% da amostra já teve algum envolvimento com a polícia<sup>14</sup> e a maioria era devido ao crack<sup>1</sup>. A literatura aponta que, em geral, os crimes começam a ser cometidos após o início do uso de cocaína ou crack<sup>17</sup>.

A não existência de uma maior proporção de antecedentes criminais entre os usuários de crack é um achado importante, pois ressalta o cuidado que precisa se ter em relação a associação entre uso de drogas e comportamento violento<sup>4,17</sup>. A teoria prevalente para explicar essa relação passa pelas razões farmacológica (“fissura”), econômica (conseguir dinheiro), ou sistêmica (proteção da rede de distribuição). No entanto, essa teoria explica parcialmente o uso de droga entre criminosos, mas fatores psicossociais que levam ao uso da droga são deixados sem explicação<sup>30</sup>.

Aproximadamente metade da amostra não realizava qualquer tipo de venda de drogas ilícitas. Entretanto, 35% dos entrevistados vendia drogas



para poder comprar mais drogas ou para amigos, uma porcentagem maior do que a encontrada em outro estudo<sup>31</sup> que observou apenas 25%. Além disso, 15% vendia drogas para obtenção de lucro financeiro, em concordância com outro estudo<sup>31</sup>. Foram retiradas da estatística, para as variáveis de compra, aqueles que relataram vender drogas pelo lucro (n=25). Desta forma, foi levantada a possibilidade de que a remuneração obtida no tráfico é destinada quase em sua totalidade à aquisição de mais drogas<sup>28,46</sup>. Além disso, também é reconhecido nos tribunais a figura do usuário que trafica para sustentar o vício<sup>47</sup>.

Dados apontam como ocorria o custeamento da droga, 37% declaravam ser de renda própria, 16,8% por meio de furtos, 12,9% por trabalho com tráfico, 10,4% obtinham verba familiar, 17,5% contavam com amigos para a aquisição e 5,5% outros meios<sup>48</sup>. Nessa pesquisa encontramos que 89% possuíam algum meio de obtenção lícita de dinheiro, mas ainda assim, 34% vendiam drogas ilícitas a fim de comprarem mais drogas para consumo próprio, corroborando que os usuários tendem ao consumo até o esgotamento financeiro e partindo para atividades ilícitas.

Uma pesquisa realizada no sistema prisional do Rio Grande do Sul, demonstrou que 37% cumpriam pena por tráfico de drogas, 14% por assalto, 13% por roubo. Dos 42% que estavam sob efeito quando cometeram o ato delitivo, estes foram em maior frequência, tráfico (11%), roubo (9%) e assalto (8%)<sup>27</sup>. Esses dados se mostram em uma taxa menor que a encontrada neste estudo em relação a porcentagem dos crimes de furto, roubo e tráfico.

Na Austrália, foram elaboradas 4 categorias de classificação dos presos com drogas ilícitas: pequena, traficável, indiciável e comercial. Elas foram discernidas de acordo com o volume de drogas apreendidas com o suspeito. Com isso, foi possível discriminar o traficante em grandes escalas, daqueles com menor e maior patamar dentro do esquema de tráfico de drogas<sup>49</sup>. Porém, o regimento penal pátrio traz o elemento objetivo de quantidade de droga, mas faz nenhum discernimento a respeito.

Uma pesquisa sobre causas judiciais de tráfico de drogas concluiu que a prática nos tribunais é com apreensões de pequenas quantidades de drogas que se opõe ao que a mídia e a literatura expõem, e que isso ocorre em função de uma prática seletiva do direito criminal<sup>3,49</sup>. Os processos colhidos nesta pesquisa demonstram que a maioria das apreensões se situou abaixo das 100 g de drogas ilícitas.

De acordo com Pedroso, no que diz respeito ao tráfico de entorpecentes, o que constitui prova indiciária é a quantidade apreendida e essa exibindo incompatibilidade com volume de uso próprio. Outros pontos levados em consideração são: a fragmentação e acondicionamento da substância que podem indicar a intenção de venda<sup>47</sup>. Nos processos criminais colhidos, quando limitados à quantidade máxima daqueles em que foram considerados usuários, foi observado que para a maconha a quantidade apreendida foi de 4,6 g a 53 g (usuário) e 3 g a 53 g (tráfico). Para a cocaína foi de 0,85 g a 25 g (usuário) e 1 g a 28g (tráfico). Para o crack 4,8 g a 10 g (usuário) e 0,67 g a 11,26 g (tráfico). Nota-se que a quantidade de drogas ilícitas não foi o quesito primordial para a diferenciação, ainda mais quando esses são compatíveis com a quantidade consumida pelos indivíduos. Porém, cabe ressaltar, que a lei traz critérios subjetivos como o local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente para proferir a sentença.

Pesquisas que indicam o consumo médio e máximo diário de certas drogas juntamente com outros estudos de mesmo foco em diferentes regiões, poderiam caracterizar o quantitativo de droga, instituindo a quantidade que faria a diferença entre consumidor e traficante<sup>16</sup>.

Há um entusiasmo no sentido de reformar a política de drogas sendo influenciada por evidências científicas, em oposição aos ideais filosóficos ou por demandas de interesse de certos grupos, e que as evidências tenham impacto nas decisões políticas<sup>9,50</sup>. É considerado inapropriado “tratar” a dependência química dentro dos sistemas prisionais que foram desenvolvidos

para punição, e que o tratamento compulsório serve para outra coisa, mas não à função terapêutica<sup>51</sup>.

É importante ressaltar que os resultados desse estudo foram colhidos em um único hospital psiquiátrico e os resultados podem não ser passíveis de generalização para outras instituições. Sabe-se das diferenças regionais e individuais quanto a circunstância das internações e tipos de drogas mais consumidas pelos pacientes.

Baseado nos resultados deste estudo pode-se concluir que os usuários de drogas ilícitas internados em Hospital Psiquiátrico são jovens, brancos, geralmente com algum tipo de remuneração, internados por motivação familiar ou própria, com alguma passagem pela polícia, com uma condição de saúde bucal precária e apresentando diferentes alterações bucais patológicas. Além disso, foi verificado que a quantidade de drogas apreendidas não foi o fator principal para o enquadramento como traficante ou usuário.

### 3.7 REFERÊNCIAS

1. Silva LHP da, Borba L de O, Paes MR, Guimarães AN, Mantovani MDF, Maftum MA. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2010;14(3):585–90. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000300021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
2. Nascimento PEM do. Considerações Acerca das Consequências Penais do Uso de Drogas Ilícitas no Direito Brasileiro. *Rev Jus Navig* [Internet]. 2012;17(3251). Available from: <https://jus.com.br/artigos/21873>
3. Arguello K. O Fenômeno das Drogas Como um Problema de Política Criminal. *Rev da Fac Direito - UFPR*. 2012;56:177–92.
4. Botti NCL, Machado JS de A, Tameirão FV. Perfil sociodemográfico e padrão do uso de crack entre usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. *Estud Pesqui Psicol* [Internet]. 2014;14(1):290–303. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812014000100016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000100016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
5. Antoniazzi RP, Bortolotto FC, Backes DS, Zanatta FB, Feldens CA. Efeito do crack nas condições bucais: revisão de literatura. *Braz J Periodontol*. 2013;23(1):13–8.
6. Falcão CAM, Santos RO dos, Pereira RM de S, Silva TS de O, Ferreira R de S, Silva FWC, et al. Saúde Bucal em Dependentes Químicos. *Rev Interd Ciên Saúde*. 2015;2(3):112–21.
7. Brasil. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repr [Internet]. 2006 [cited 2018 Jun 19]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)
8. Krawczyk N, Filho CLV, Bastos FI. The interplay between drug-use behaviors, settings, and access to care: a qualitative study exploring attitudes and experiences of crack cocaine users in Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. *Harm Reduct J* [Internet]. 2015;12:24. Available from: <http://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-015-0059-9>
9. Gomes MTU, Giamberardino PR, Baptista CAP, Carvalho HO, Ziliotto FP de O. Estudo Técnico para Sistematização de Dados Sobre Informações do Requisito Objetivo da Lei no 11.343/2006. *Secr Estado da Justiça, Cid e Direitos Humanos*. 2014;
10. UNODC UNO on D and C. World Drug Report [Internet]. 2017 [cited 2018

Jun 19]. Available from: <https://www.unodc.org/wdr2017/index.html>

11. Filho OFF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Epidemiological profile of cocaine users on treatment in psychiatric hospitals, Brazil . *Rev Saude Publica* [Internet]. 2003;37(6):751–9. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0347268985&partnerID=40&md5=3d22c2b56212681a8a46074c0d5317ca>
12. Oliveira LG de, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):664–71.
13. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of Cocaine and Crack Users in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(4):545–57.
14. Garcia EL, Zacharias DG, Winter G, Sontag J. (Re)conhecendo o Perfil do Usuário de Crack de Santa Cruz do Sul. *Barbarói*. 2012;36:83–95.
15. Quinderé PHD, Tófoli LF. Análise do Perfil Epidemiológico dos Clientes do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) de Sobral-CE. *SANARE*. 2007;6(2):62–6.
16. Borini P, Guimarães RC, Borini SB. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: Padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. *J Bras Psiquiatr*. 2003;52(3):171–9.
17. Guimarães CF, Santos DVV dos, Freitas RC de, Araujo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* [Internet]. 2008;30(2):101–8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a05.pdf>
18. Formiga LT, Dumcke TS, Araujo RB. Comparing the Profile of Chemical Dependents Hospitalized At a Chemical. *Rev do Hosp Clínicas Porto Alegre*. 2009;29(2):120–6.
19. Horta RL, Horta BL, Rosset AP, Horta CL. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad Saude Publica*. 2011;27(11):2263–70.
20. Cunha SM da, Araujo RB, Bizarro L. Profile and Pattern of Crack Consumption Among Inpatients in a Brazilian Psychiatric Hospital. *Trends Psychiatry Psychother*. 2015;37(3):126–32.
21. van der Meer Sanchez Z, Nappo SA. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):420–30.
22. Costa SKP da, Godoy GP, de Gomes DQ, Pereira JV, Lins RDAU. Fatores Sociodemográficos e Condições de Saúde Bucal em Droga-Dependentes. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2011;11(1):99–104.

23. Ferreira ACZ, Capistrano FC, Maftum MA, Kalinke LP, Lúcia A, Kirchof C. Caracterização de Internações de Dependentes Químicos em Uma Unidade de Reabilitação. *Cogitare Enferm*. 2012;17(3):444–51.
24. Almeida CS de, Luis MAV. Características Sociodemográficas e padrão de uso de crack e outras drogas em um CAPS AD. *Rev Enferm UFPE line*. 2017;11(4):1716–23.
25. Alves DM, Nai GA, Parizi JLS. Avaliação Da Ação Do Uso De Drogas Na Saúde Bucal De Dependentes Químicos. *Colloq Vitae [Internet]*. 2013;5(1):40–58. Available from: <http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/view/894/1118>
26. Kandel D, Davies M, Karus D, Yamaguchi K. The Consequences in Young Adulthood of Adolescent Drug InvolvementAn Overview. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43(8):746–54.
27. Girardi MS dos S, Silva FA. Relação Delito e Drogas Psicoativas, Perspectivas de Prevenção e Tratamento da Dependência Química no Sistema Prisional. 2011;1–17.
28. Sanchez ZVDM, de Oliveira LG, Nappo SA. Main reasons for non-use of illicit drugs by young population exposed to risk situations. *Rev Saude Publica*. 2005;39(4):599–605.
29. Martins BF, Beraldo BR, Silva LFF da, Alves BD, Oliveira MLF de. Olhar de Trabalhadores da Construção Civil Sobre as Drogas na Vida de Sua Família. *J Heal Sci*. 2018;20(1):68–72.
30. Gonzalez JMR, Walters ST, Lerch J, Taxman FS. The relationship between drug use, drug-related arrests, and chronic pain among adults on probation. *J Subst Abus Treat*. 2015;53:33–8.
31. Oliveira Villarinho Rodrigues L, Roberto de Castro Silva C, Rejane Cruz de Oliveira N, São Paulo D, Paulo S, Adriana Marcassa Tucci B. Perfil de Usuários de Crack no Município de Santos. *Trends Psychol*. 2017;25(2):675–89.
32. Gonçalves JR, Nappo SA. Factors that lead to the use of crack cocaine in combination with marijuana in Brazil: a qualitative study. *BMC Public Health [Internet]*. 2015;15(1):706. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2063-0>
33. Marques LARV, Lotif MAL, Neto EMR, Neto APN, Melo CCSA, Lobo PLD. Abuso de Drogas e Suas Consequências na Saúde Bucal: Uma Revisão de Literatura. *Rev Fac Odontol Lins [Internet]*. 2016;26(1):29–35. Available from: <http://www.bibliotekevirtual.org/index.php/2013-02-07-03-02-35/2013-02-07-03-03-11/1909-fol/v26n01/19819-abuso-de-drogas-e-suas-consequencias-na-saude-bucal-uma-revisao-de-literatura.html>
34. Shekarchizadeh, Khami H, Mohebbi S, Virtanen J. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. *BMC Oral Health*. 2013;31(13):11.

35. Shekarchizadeh H, Khami M, Mohebbi S, Ekhtiari H, Virtanen J. Oral health of drug abusers: A review of health effects and care. *Iran J Public Heal.* 2013;42(9):929–40.
36. Pourhashemi S, Ghane M, Shekarchizadeh H, Jafari A. Oral health determinants among female addicts in Iran. *Contemp Clin Dent.* 2015;6(3):375–80.
37. Stanciu C, Glass M, Muzyka B, Glass O. “Meth Mouth”: An Interdisciplinary Review of a Dental and Psychiatric Condition. *J Addict Med.* 2017;11(4):250–5.
38. Cury P, Oliveira M, de Andrade K, de Freitas M, Dos Santos J. Dental health status in crack/cocaine-addicted men: a cross-sectional study. *Env Sci Pollut Res Int.* 2017;24(8):7585–90.
39. Antoniazzi R, Lago F, Jardim L, Sagrillo M, Ferrazzo K, Feldens C. Impact of crack cocaine use on the occurrence of oral lesions and micronuclei. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2018;47(7):888–95.
40. Morio K, Marshall T, Qian F, Morgan T. Comparing diet, oral hygiene and caries status of adult methamphetamine users and nonusers: a pilot study. *J Am Dent Assoc.* 2008;139:171–6.
41. 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;191:453–7.
42. Bassiouny M. Dental erosion due to abuse of illicit drugs and acidic carbonated beverages. *Gen Dent.* 2013;61(2):38–44.
43. Marques TCN, Sarracini KLM, Cortellazzi KL, Mialhe FL, de Castro Meneghim M, Pereira AC, et al. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. *BMC Oral Health* [Internet]. 2015;15:38. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4382833&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
44. Brasil. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais [Internet]. Vol. 1, MS. 2012. 116 p. Available from: [http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0142922%5Cnhttp://www.ama.ba/index.php/ama/article/view/188%5Cnhttp://www.trialsjournal.com/content/16/1/426%5Cnhttp://www.biomedcentral.com/1472-6831/12/52%5Cnhttp://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_naci](http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0142922%5Cnhttp://www.ama.ba/index.php/ama/article/view/188%5Cnhttp://www.trialsjournal.com/content/16/1/426%5Cnhttp://www.biomedcentral.com/1472-6831/12/52%5Cnhttp://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_naci)
45. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 19]. Available from: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/apresentacao-coletiva-08-12-2017.pdf>

46. Valdez A, Kaplan C, Nowotny KM, Natera-Rey G, Cepeda A. Emerging Patterns of Crack Use in Mexico City. *Int J Drug Policy*. 2016;116(8):1477–90.
47. Brasil. Acórdão 2015.0000734123. Trib Justiça São Paulo. 2015;
48. Bastos F, Lopes C, Dias P, Lima E, Oliveira S, Luz T. Perfil de Usuários de Drogas I - Estudo de Características de Pacientes do NEPAD/EURJ. *Rev ABP-APAL*. 1988;10:47–52.
49. Elizabeth C, Ritter A, Cowdery N. International Journal of Drug Policy Legislating thresholds for drug trafficking: A policy development case study from New South Wales , Australia. *Int J Drug Policy [Internet]*. 2014;25(5):992–1000. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.03.002>
50. Nosyk B, Wood E. Evidence-based Drug Policy: It Starts With Good Evidence and Ends With Policy Reform. *Int J Drug Policy*. 2015;23(6):423–5.
51. Birgden A, Grant L. Establishing a compulsory drug treatment prison: Therapeutic policy, principles, and practices in addressing offender rights and rehabilitation. *Int J Law Psychiatry*. 2010;33(5–6):341–9.



## 4 CONCLUSÃO

Com base nos resultados deste estudo pode-se concluir que:

- O perfil do usuário é de um indivíduo adulto jovem, branco, solteiro, com baixa escolaridade, com vínculo empregatício formal, geralmente no primeiro internamento e internado por vontade própria ou incentivo familiar.
- O motivo do internamento para tratamento da dependência química foi devido ao uso de álcool e drogas ilícitas para a metade dos dependentes químicos.
- A condição de saúde bucal dos dependentes de drogas ilícitas avaliados se mostrou ruim, devido a uma maior prevalência de afecções bucais.
- As principais drogas ilícitas identificadas foram, em ordem decrescente de uso, o crack, a cocaína e a maconha.
- O consumo médio de crack, cocaína sal e maconha foram, respectivamente de 3,7 g, 0,9 g e 4,7 g de maconha. Os dependentes químicos usavam diariamente o crack e a maconha. Por outro lado, a cocaína era usada semanalmente. Na maioria das vezes, a droga era comprada pelo próprio usuário. A droga ilícita era obtida já embalada em porções pré-definidas. A pedra de crack era comercializada embalada em plástico ou alumínio. A cocaína em pó (1 g) era comercializada e embalada em plástico rígido. A quantidade de maconha embalada era definida por quem a vendia.
- O percentual de pacientes que já sofreu de overdose devido ao consumo de cocaína, crack ou pela associação de drogas foi alta. Grande parte dos dependentes químicos já foi preso ou detido ao menos uma vez.
- Nos processos criminais colhidos, quando limitados à quantidade máxima de drogas apreendidas daqueles em que foram considerados usuários, foi observado que para a maconha, cocaína e crack não houve diferença entre os valores para realizar a distinção entre usuário e traficante

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. S. DE; LUIS, M. A. V. Características Sociodemográficas e padrão de uso de crack e outras drogas em um CAPS AD. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 4, p. 1716–1723, 2017.
- ALVES, D. M.; NAI, G. A.; PARIZI, J. L. S. Avaliação Da Ação Do Uso De Drogas Na Saúde Bucal De Dependentes Químicos. **Colloquium Vitae**, v. 5, n. 1, p. 40–58, 2013.
- ANTONIAZZI, R. et al. Impact of crack cocaine use on the occurrence of oral lesions and micronuclei. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 47, n. 7, p. 888–895, 2018.
- ANTONIAZZI, R. P. et al. Efeito do crack nas condições bucais: revisão de literatura. **Braz J Periodontol**, v. 23, n. 1, p. 13–18, 2013.
- ARGUELLO, K. O Fenômeno das Drogas Como um Problema de Política Criminal. **Revista da Faculdade de Direito - UFPR**, v. 56, p. 177–192, 2012.
- BASSIOUNY, M. Dental erosion due to abuse of illicit drugs and acidic carbonated beverages. **Gen Dent**, v. 61, n. 2, p. 38–44, 2013.
- BASTOS, F. et al. Perfil de Usuários de Drogas I - Estudo de Características de Pacientes do NEPAD/EURJ. **Rev ABP-APAL**, v. 10, p. 47–52, 1988.
- BIRGDEN, A.; GRANT, L. Establishing a compulsory drug treatment prison: Therapeutic policy, principles, and practices in addressing offender rights and rehabilitation. **International journal of law and psychiatry**, v. 33, n. 5–6, p. 341–349, 2010.
- BMA BOARD OF SCIENCE. **Drugs of Dependence: The Role of Medical Professionals**. [s.l.: s.n.].
- BORINI, P.; GUIMARÃES, R. C.; BORINI, S. B. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: Padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. **J Bras Psiquiatr**, v. 52, n. 3, p. 171–179, 2003.
- BOTTI, N. C. L.; MACHADO, J. S. DE A.; TAMEIRÃO, F. V. Perfil sociodemográfico e padrão do uso de crack entre usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. **Estud Pesqui Psicol**, v. 14, n. 1, p. 290–303, 2014.
- BRASIL. **Decreto-Lei n. 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm)>. Acesso em: 19 jun. 2018.
- BRASIL. **Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos**

**e Correlatos, e dá outras Providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L5991.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5991.htm)>. Acesso em: 19 jun. 2018.

BRASIL. **Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repr.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>. Acesso em: 19 jun. 2018.

BRASIL. **Saúde Bucal Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais.** [s.l: s.n.]. v. 1

BRASIL. Acórdão 2015.0000734123. **Tribunal de Justiça de São Paulo**, 2015.

CARVALHO, J. C. DE. Uma História Política Da Criminalização Das Drogas No Brasil; a Construção De Uma Política Nacional. **Anais da VI Semana de História e III Seminário Nacional de História.** Rio de Janeiro, p. 01-17, 2011.

CEBRID. **VI Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas Entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras.** [s.l: s.n.].

COSTA, S. K. P. DA et al. Fatores Sociodemográficos e Condições de Saúde Bucal em Droga-Dependentes. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 11, n. 1, p. 99–104, 2011.

CUNHA, S. M. DA; ARAUJO, R. B.; BIZARRO, L. Profile and Pattern of Crack Consumption Among Inpatients in a Brazilian Psychiatric Hospital. **Trends Psychiatry Psychother.**, v. 37, n. 3, p. 126–132, 2015.

CURY, P. et al. Dental health status in crack/cocaine-addicted men: a cross-sectional study. **Environ Sci Pollut Res Int**, v. 24, n. 8, p. 7585–7590, 2017.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen.** Disponível em: <<http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/apresentacao-coletiva-08-12-2017.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of Cocaine and Crack Users in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 545–557, 2008.

ELIZABETH, C.; RITTER, A.; COWDERY, N. International Journal of Drug Policy Legislating thresholds for drug trafficking: A policy development case study from New South Wales, Australia. **International Journal of Drug Policy**, v. 25, n. 5, p. 992–1000, 2014.

FALCÃO, C. A. M. et al. Saúde Bucal em Dependentes Químicos. **Rev Interd Ciên Saúde**, v. 2, n. 3, p. 112–121, 2015.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Caracterização de Internações de Dependentes Químicos em Uma Unidade de Reabilitação. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 3, p. 444–451, 2012.

FILHO, O. F. F. et al. Epidemiological profile of cocaine users on treatment in psychiatric hospitals, Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 37, n. 6, p. 751–759, 2003.

FORMIGA, L. T.; DUMCKE, T. S.; ARAUJO, R. B. Comparing the Profile of Chemical Dependents Hospitalized At a Chemical. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, v. 29, n. 2, p. 120–126, 2009.

GARCIA, E. L. et al. (Re)conhecendo o Perfil do Usuário de Crack de Santa Cruz do Sul. **Barbarói**, v. 36, p. 83–95, 2012.

GIRARDI, M. S. DOS S.; SILVA, F. A. Relação Delito e Drogas Psicoativas, Perspectivas de Prevenção e Tratamento da Dependência Química no Sistema Prisional. p. 1–17, 2011.

GOMES, M. T. U. et al. Estudo Técnico para Sistematização de Dados Sobre Informações do Requisito Objetivo da Lei no 11.343/2006. **Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos**, 2014.

GONÇALVES, J. R.; NAPPO, S. A. Factors that lead to the use of crack cocaine in combination with marijuana in Brazil: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 706, 2015.

GONZALEZ, J. M. R. et al. The relationship between drug use, drug-related arrests, and chronic pain among adults on probation. **J Subst Abuse Treat**, v. 53, p. 33–38, 2015.

GUIMARÃES, C. F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 30, n. 2, p. 101–108, 2008.

HORTA, R. L. et al. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2263–2270, 2011.

KANDEL, D. et al. The Consequences in Young Adulthood of Adolescent Drug Involvement: An Overview. **Arch Gen Psychiatry**, v. 43, n. 8, p. 746–754, 1986.

KRAWCZYK, N.; FILHO, C. L. V.; BASTOS, F. I. The interplay between drug-use behaviors, settings, and access to care: a qualitative study exploring attitudes and experiences of crack cocaine users in Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. **Harm Reduction Journal**, v. 12, p. 24, 2015.

MARQUES, L. A. R. V. et al. Abuso de Drogas e Suas Consequências na Saúde Bucal: Uma Revisão de Literatura. **Rev Faculdade Odontol Lins**, v. 26, n. 1, p. 29–35, 2016.

MARQUES, T. C. N. et al. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. **BMC oral health**, v. 15, p. 38, 2015.

MARTINS, B. F. et al. Olhar de Trabalhadores da Construção Civil Sobre as Drogas na Vida de Sua Família. **J Health Sci**, v. 20, n. 1, p. 68–72, 2018.

MORIO, K. et al. Comparing diet, oral hygiene and caries status of adult methamphetamine users and nonusers: a pilot study. **J Am Dent Assoc**, v. 139, p. 171–176, 2008.

NASCIMENTO, P. E. M. DO. Considerações Acerca das Consequências Penais do Uso de Drogas Ilícitas no Direito Brasileiro. **Revista Jus Navigandi**, v. 17, n. 3251, 2012.

NOSYK, B.; WOOD, E. Evidence-based Drug Policy: It Starts With Good Evidence and Ends With Policy Reform. **Int J Drug Policy**, v. 23, n. 6, p. 423–425, 2015.

OLIVEIRA, L. G. DE; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 664–671, 2008.

OLIVEIRA VILLARINHO RODRIGUES, L. et al. Perfil de Usuários de Crack no Município de Santos. **Trends in Psychology**, v. 25, n. 2, p. 675–689, 2017.

POURHASHEMI, S. et al. Oral health determinants among female addicts in Iran. **Contemp Clin Dent**, v. 6, n. 3, p. 375–80, 2015.

QUINDERÉ, P. H. D.; TÓFOLI, L. F. Análise do Perfil Epidemiológico dos Clientes do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) de Sobral-CE. **SANARE**, v. 6, n. 2, p. 62–66, 2007.

RODRIGUES, D. S. et al. Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1247–1258, 2012.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; DE OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Main reasons for non-use of illicit drugs by young population exposed to risk situations. **Revista de saude publica**, v. 39, n. 4, p. 599–605, 2005.

SHEKARCHIZADEH et al. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. **BMC Oral Health**, v. 31, n. 13, p. 11, 2013a.

SHEKARCHIZADEH, H. et al. Oral health of drug abusers: A review of health effects and care. **Iran J Public Health**, v. 42, n. 9, p. 929–40, 2013b.

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**, v. 191, p. 453–457, 2001.

SILVA, L. H. P. DA et al. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 585–590, 2010.

STANCIU, C. et al. “Meth Mouth”: An Interdisciplinary Review of a Dental and Psychiatric Condition. **J Addict Med**, v. 11, n. 4, p. 250–255, 2017.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2015**.

UNODC, U. N. O. ON D. AND C. **World Drug Report**. Disponível em: <<https://www.unodc.org/wdr2017/index.html>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

VALDEZ, A. et al. Emerging Patterns of Crack Use in Mexico City. **Int J Drug Policy**, v. 116, n. 8, p. 1477–1490, 2016.

VAN DER MEER SANCHEZ, Z.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 420–430, 2002.

## ANEXOS

### ANEXO 1 – Aprovação do comitê de ética em pesquisa da UFPR PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estudo clínico-jurídico dos usuários de drogas ilícitas internados em Hospitais Psiquiátricos de Curitiba e Região Metropolitana

**Pesquisador:** ANTONIO ADILSON SOARES DE LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 64572217.7.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Odontologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER Número do Parecer:** 1.998.559

#### **Apresentação do Projeto:**

Projeto intitulado: Estudo clínico-jurídico dos usuários de drogas ilícitas internados em Hospitais Psiquiátricos em Curitiba e Região Metropolitana.

NOME DO PESQUISADOR PRINCIPAL: Prof. Dr. Antônio Adilson Soares de Lima.

NOME DOS COLABORADORES: Pablo Alexandre Alves Servilha, Profa. Dra. Beatriz Helena Sottile França, Vitória Piovezan Cavalaro e Raquel Lachowski.

Projeto oriundo do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, de caráter Analítico Misto: Transversal e Retrospectivo. Pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. A amostra será composta de 500 indivíduos, do sexo masculino, com idade mínima de 12 anos, que estejam internados e em tratamento devido ao uso de drogas ilícitas, associadas a outras drogas ou não. A coleta de dados será por meio de um questionário que visa traçar o perfil sócio demográfico do usuário, seu histórico com as drogas ilícitas, antecedentes criminais relacionados e exame clínico intra e extrabucal. Os participantes serão informados da pesquisa por meio de cartazes afixados na instituição e palestra coletiva, em que serão explicitadas todas as informações pertinentes. Para os menores de 18 anos ocorrerá nos dias de visita da família ao Hospital.

Os responsáveis legais dos menores receberão todas as informações pertinentes ao estudo e poderão acompanhar as etapas caso queiram. Os que aceitarem

participar do trabalho, por livre e espontânea vontade, assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, e só então passarão a ser coletado os dados.

### **Objetivo da Pesquisa:**

#### Objetivo Geral

- Relacionar o perfil do dependente químico de drogas ilícitas com as condições de saúde bucal.

#### Objetivos Específicos

- Avaliar as condições de saúde bucal dos dependentes de drogas ilícitas;
- Identificar as drogas ilícitas consumidas pelos pacientes internados por dependência química;
- Traçar o perfil sócio demográfico dos pacientes dependentes químicos por drogas ilícitas;
- Estimar a quantidade de drogas ilícitas consumidas e a frequência;
- Determinar o modo de aquisição e embalagem das drogas ilícitas;
- Levantar o histórico de overdose e de prisões e/ou detenções por uso de drogas ilícitas;
- Identificar o motivo da internação;
- Determinar a quantidade de drogas ilícitas apreendidas com indivíduos detidos e a caracterização do crime.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os pesquisadores informam: "Há riscos durante a análise dos prontuários de se expor as condições de saúde do paciente. No caso do exame de cavidade bucal, os riscos se devem à possibilidade de constrangimento e leve desconforto durante o exame, bem como da exposição da privacidade do paciente e dos dados de sua saúde e histórico social.

Os benefícios envolvem o conhecimento acerca do impacto do uso de drogas ilícitas sobre a saúde bucal que permitirá uma forma de monitoramento das estimativas de necessidade de tratamento. Além disso, trará mais informações sobre o perfil sócio demográfico, o padrão de consumo e obtenção de drogas ilícitas dos usuários, podendo oferecer embasamento na tomada de decisões nos juizados criminais e melhorias em políticas públicas".



### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo é relevante e o projeto de pesquisa teve sua concepção a partir de observações feitas durante as atividades do Projeto de Extensão BOCA ABERTA (Registro PROEC 829/13) do curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná, cujo objetivo é visitar Hospitais Psiquiátricos e ministrar palestras de conscientização sobre os efeitos nocivos do consumo de drogas ilícitas. Além disso, os alunos envolvidos realizam o exame clínico, procedimentos simples de urgência, biópsias simples e encaminham os participantes para atendimento na Universidade quando tiverem alta do Hospital".

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos fora, originalmente anexados.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências atendidas.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo. Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio).

### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_863186.pdf	26/03/2017 22:16:55		Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESPONSAVEIS_CORRIGIDO.docx	26/03/2017 22:16:43	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARTICIPANTE_CORRIGIDO.docx	26/03/2017 22:16:32	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_CORRIGIDO.docx	26/03/2017 22:15:27	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	OFICIO_DE_RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.pdf	08/03/2017 14:43:30	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PRE_PROJETO_CORRIGIDO.docx	08/03/2017 14:43:05	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	OFICIO_DE_ENCAMINHAMENTO_DA_PESQUISA_CORRIGIDO.pdf	07/03/2017 08:38:48	ANTONIO ADILSON SOARES DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARTICIPANTE_CORRIGIDO.pdf	07/03/2017 08:27:40	ANTONIO ADILSON SOARES DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESPONSAVEIS_CORRIGIDO.pdf	07/03/2017 08:25:58	ANTONIO ADILSON SOARES DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_CORRIGIDO.pdf	07/03/2017 08:24:59	ANTONIO ADILSON SOARES DE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PRE_PROJETO.docx	07/02/2017 23:35:39	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	07/02/2017 20:15:08	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_INICIO_DA_PESQUISA.pdf	07/02/2017 20:14:46	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SAN_JULIAN.pdf	07/02/2017 20:13:22	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	07/02/2017 20:12:40	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/02/2017 20:12:40	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	07/02/2017 20:12:23	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ESTRATO_DE_ATA.pdf	07/02/2017 20:11:55	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	OFICIO_DE_ENCAMINHAMENTO_DA_PESQUISA.pdf	07/02/2017 20:11:36	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_USO_ESPECIFICO_DE_MATERIAL.pdf	07/02/2017 20:11:08	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_TORNAR_PUBLICO_OS_RESULTADOS.pdf	07/02/2017 20:10:53	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_RESPONSABILIDADE_NO_PROJETO.pdf	07/02/2017 20:10:38	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA_DO_ORIENTADOR.pdf	07/02/2017 20:10:25	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Outros	CHECKLIST.pdf	07/02/2017 20:10:11	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANALISE_DE_MERITO_CIENTIFICO.pdf	07/02/2017 20:09:40	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	07/02/2017 20:07:58	PABLO ALEXANDRE ALVES SERVILHA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 04 de Abril de 2017

---

**Assinado por:  
IDA CRISTINA GUBERT  
(Coordenador)**

## **ANEXO 2 – Authors Guideline do journal escolhido**

### **Guidelines for contributors**

*Bulletin of the World Health Organization* 2018; 96:75-76.  
doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.990118>

#### **1. Scope and editorial policy**

##### **1.1 Content**

The mission of the *Bulletin of the World Health Organization* is “to publish and disseminate scientifically rigorous public health information of international significance that enables policy-makers, researchers and practitioners to be more effective; it aims to improve health, particularly among disadvantaged populations”.

The *Bulletin* welcomes a variety of unsolicited manuscripts (see below, 1.1.1.). These are initially screened in house for originality, relevance to an international public health audience and scientific rigour. If they pass the initial screening, they are sent to peer reviewers whose opinions are taken into account by the journal’s editorial advisers when they decide whether to accept a manuscript for publication. Accepted papers are subject to editorial revision, which may involve substantive changes, shortening or restructuring the text and deleting superfluous tables and figures. The word limits given for each type of contribution do not include the abstract (where applicable), tables, boxes, figures and references or appendices, if any. The principal types of manuscripts are outlined below.

##### **1.1.1 Unsolicited manuscripts**

We welcome unsolicited submissions to the Research, Systematic reviews, Policy & practice, Lessons from the field and Perspectives sections of the *Bulletin*. All manuscripts destined for the first four of these sections must include two paragraphs indicating what they add to the literature. The paragraphs should briefly explain:

- what was already known about the topic concerned;
- what new knowledge the manuscript contributes.

### **Research**

Research, methodologically rigorous, of relevance to international public health. Formal scientific presentations having not more than 3000 words and 50 references, plus a structured abstract (see below, 2.7); peer reviewed. As clear reporting is needed for readers and reviewers when judging the quality of research, studies should comply with the relevant reporting guidelines, available on the EQUATOR Network website, at: <http://www.equator-network.org/about-us/uk-equator-centre/equator-publications/equator-network-publications-2010/>.

Operational and implementation research should be reported in compliance with the guidelines published in this issue (available at: [http://www.who.int/bulletin/volumes/94/1/15-167585/en\\_1](http://www.who.int/bulletin/volumes/94/1/15-167585/en_1)). Intervention trials as defined by WHO (i.e. “any research study that prospectively assigns human participants or groups of humans to one or more health-related interventions to evaluate the effects on health outcomes”) require registration in a public trials registry acceptable to the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) before submission, and the registration number must be provided at the end of the abstract. Acceptable registries are listed at: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/>. Web publication constitutes prior publication. This includes institutional websites that are open to the general public.

### **Systematic reviews**

Exhaustive, critical assessments of published and unpublished studies on research questions concerning interventions, policies or practices in public health, with meta-analysis when feasible. Not more than 3000 words plus a structured abstract (see below, 2.7); the number of references in accordance with the scope of the review; peer reviewed. How studies were included and excluded should be illustrated in a flow diagram. Authors should strictly follow the reporting guidelines for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA) available at: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>.

**Policy & practice**

Analytical assessments, debates or hypothesis-generating papers; not more than 3000 words and 50 references, plus a non-structured abstract (see below, 2.7); peer reviewed.

**Lessons from the field**

Papers that capture experiences and practice gained in solving specific public health problems in developing countries. Convincing evidence of effect should be provided. Not more than 1500 words and 15 references, plus a structured abstract (see below, 2.7); not more than one table and one figure; must include one box listing three lessons learnt; peer reviewed (see: <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/1/3.pdf>). Operational and implementation research reports should follow the specifications described above for the research section.

**Perspectives**

Views, hypotheses or discussions (with a clear message) surrounding an issue of public health interest; up to 1500 words, no more than 12 references; peer reviewed.

**Commissioned manuscripts**

The categories of articles shown below are normally commissioned by the editors. Authors wishing to submit an unsolicited manuscript for one of these categories should first contact the editorial office (see below, 2.1).

**Editorials**

Authoritative reviews, analyses or views of an important topic related to a theme or to one or more papers published in a given issue; not more than 800 words, maximum 12 references.

**Round tables**

A base paper on a controversial current topic in public health (not more than 2000 words and an abstract) is the core of a debate by several discussants invited to contribute not more than 500 words each.

### **1.2 Ethical issues**

The World Health Organization (WHO) publishes the results of research involving human subjects only if fully compliant with ethical principles, including the provisions of the World Medical Association Declaration of Helsinki (as amended by the 59th General Assembly, Seoul, the Republic of Korea, October 2008; available at: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>) and with the additional requirements, if any, of the country in which the research was carried out. Any manuscript describing the results of such research must contain a clear statement to this effect and should specify that the free and informed consent of the subjects or their legal guardians was obtained and that the relevant institutional or national ethics review board approved the investigation. The *Bulletin* is a member of the Committee on Publication Ethics (COPE; see: <http://publicationethics.org>). Issues involving publication ethics may be referred to this committee by the editors. WHO Research Ethics Review Committee clearance is required for papers that report research supported by WHO or that are authored or co-authored by someone who was a WHO staff member while the research was conducted.

### **1.3 Competing interests**

A competing interest arises when a professional judgement concerning a primary interest (such as patients' welfare or the validity of research) may be influenced by a secondary interest (such as financial gain or personal rivalry). We ask all authors to disclose at the time of submission any competing interests that they may have. Examples of competing interests may be found at: <http://www.icmje.org>. Further information on competing interests is available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/645.pdf>.

### **1.4 Funding**

Authors should identify the sources that funded the work undertaken, affirm not having entered into an agreement with the funder that may have limited their ability to complete the research as planned, and indicate that they have had full control of all primary data.

### **1.5 Appeals process**

Authors of rejected papers can appeal against the decision by following the procedures outlined in <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/645.pdf>.

## **2. Preparation and submission of manuscripts**

### **2.1 Correspondence**

Manuscripts should be submitted to the *Bulletin* via our submissions website (<http://submit.bwho.org>), where full instructions are given. Queries about online submissions should be sent to: [bulletin.submit.ask@who.int](mailto:bulletin.submit.ask@who.int). Authors requiring assistance with online submission can contact the editorial office.

### **2.2 Uniform requirements**

Manuscripts should be prepared in accordance with the *ICMJE recommendations for the conduct, reporting, editing and publication of scholarly work in medical journals*. The complete document is available at: <http://www.icmje.org/recommendations/>.

### **2.3 Languages**

Manuscripts should be submitted in English and will be published in that language in the *Bulletin*; the abstracts are translated into Arabic, Chinese, French, Russian and Spanish.

### **2.4 Authorship**

On the manuscript's title page authors should give their full names and the name, city and country of their institutions. The corresponding author must also provide a full postal address, which will be published with the email address unless otherwise requested. Academic titles and the names of



departments and subdepartments are unnecessary and are discouraged for reasons of space. If an author has several affiliations, only the most important one should be provided. The criteria for authorship described in the *ICMJE recommendations* (see above, 2.2) must be rigorously observed. Each author should have participated sufficiently in the work being reported to take public responsibility for the paper's content and should describe in detail on the online submission system (not within the manuscript itself) his or her particular contribution. The *Bulletin* encourages submissions from authors in low- and middle-income countries, and in line with this policy at least one author should have a professional affiliation in the country where the study was conducted.

### **2.5 Licence for publication**

The *Bulletin* is a fully open-access journal and charges no author fees. Authors are responsible for obtaining permission to reproduce in their articles any material enjoying copyright protection. They should send the letter granting such permission to the editorial office when they submit their papers.

On submission, the corresponding author must indicate agreement on behalf of all authors that their submission, if accepted, will be published under the intergovernmental organizations' creative commons attribution licence (CCBY 3.0 IGO).

### **2.6 Figures, tables and boxes**

These should be used only to enhance the understanding of the text, not to repeat what can be clearly communicated within the text. All figures, tables and boxes should be numbered consecutively (e.g. Fig. 1, Table 1 and Box 1).

### **2.7 Abstracts**

Abstracts should highlight the text's most important points and should be provided for the following types of papers: Research, Systematic reviews, Policy & practice, base papers for Round tables and Lessons from the field. The abstract should not exceed 250 words. It appears in English at the beginning of the paper and in Arabic, Chinese, French, Russian and Spanish between the end of the text and the reference list. Structured abstracts are required for

Research papers and Systematic reviews (Objective, Methods, Findings, Conclusion) and for Lessons from the field papers (Problem, Approach, Local setting, Relevant changes, Lessons learnt).

## 2.8 Bibliographic references

Reference citations should be numbered consecutively as they occur in the text and references should be listed in accordance with the *ICMJE recommendations* (<http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>). The accuracy of all references is the authors' responsibility and authors are also responsible for dating access to URLs, providing a record of when they were active.

## 2.9 Maps

Papers should contain no maps unless an important finding cannot be conveyed without them or unless they are needed to make an essential point. Maps that show international borders, partially or in full, must be created from the following source, approved by the United Nations: <http://www.un.org/Depts/Cartographic/english/htmain.htm> following these standard operating procedures: [http://gamapserver.who.int/gho/gis/training/DMF\\_GIS2010\\_2\\_SOP\\_SforWHOMaps.pdf](http://gamapserver.who.int/gho/gis/training/DMF_GIS2010_2_SOP_SforWHOMaps.pdf). A vectorial EPS (Encapsulated PostScript) file must be submitted.

---

## References

1. Hales S, Leshner-Trevino A, Ford N, Maher D, Ramsay A, Tran N. Reporting guidelines for implementation and operational research. Bull World Health Organ. 2016 Jan;94(1):58–64.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – Modelo da ficha usada na coleta de dados

UFPR - BOCA ABERTA PROEC 829/13 (SAN JULIAN) Data: \_\_\_/\_\_\_/2017

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: (F) (M) Idade: \_\_\_\_\_ anos

Raça: (Br) (Am) (Ind) (Pard) (Neg) Estado civil: (S) (C) (S/D) (V) Ocupação: \_\_\_\_\_

Natural. (CTBA) (outra) \_\_\_\_\_ Procedência: (CTBA) (outra) \_\_\_\_\_

Escolar: (Não alfabet) (Fund. incomp) (Fund. comp) (Médio incomp) (Médio comp) (Sup.comp.) Sup. Incomp.)

Motivo do internamento: (Alcoolismo) (drogadição) --- -- Internamento: (1ª. vez) \_\_\_\_\_ª vez

Estado de saúde geral: (Rim) (Fígado) (Hipertensão) (Diabetes) (Cardíaco) (Pneumo) (HIV/AIDS) (Outra) \_\_\_\_\_

Tabagista: Não ( ) Sim ( ) Quantidade: \_\_\_\_\_ cigarros/dia Tempo: \_\_\_\_\_ anos Tipo: (Indus) (Palheiro)

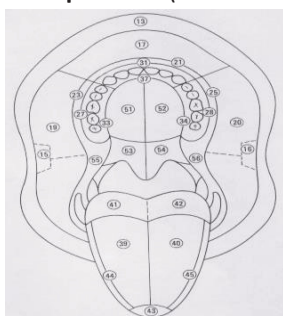
Alcoolismo: Não ( ) Sim ( ) Quantidade: \_\_\_\_\_/dia Tempo: \_\_\_\_\_ anos Tipo: (Destil) (Fermen)

Outras drogas: Não ( ) Sim ( ) Quantidade: \_\_\_\_\_/dia Tempo: \_\_\_\_\_ anos Tipo: \_\_\_\_\_

Achados bucais: 1) Cárie [ ] 2) Atrição [ ] 3) Abrasão [ ] 4) Erosão [ ] 5) Raízes Residuais [ ] 6) Fístula [ ] 7) Dentes perdidos [ ] 8) Doença Periodontal [ ] 9) Indutos [ ] 10) Saburra [ ] 11) Língua crenada [ ] 12) Ressecamento da Mucosa [ ] 13) Língua Despapelada [ ] 14) Úlceras [ ] 11) Pigmentação Melânica [ ] 12) Melanose Fumante [ ] 13) Queilite solar [ ] 14) Queilite glandular [ ] 15) Candidose [ ] 16) Hiperkeratose reacional 17) Leucoplasia [ ]

Condição bucal: (Boa) (Regular) (Ruim)

Uso de próteses: (Prót Total) (Prót Parcial Rem) (Prót Parcial Prov) (Prót Fixa) (Apar. Orto)



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Encaminhamento: ( ) Sim ( ) Não

Prescrição: ( ) Sim ( ) Não

Biopsia: ( ) Sim ( ) Não

#### TESTE DE FANGERSTRÖM

- Após acordar, quanto você leva para fumar o primeiro cigarro?  
[0] Após 1 hora [1] Após 31 – 60 minutos [2] Após 6 – 30 minutos [3] Nos primeiros 5 minutos
  - É difícil para você ficar em áreas aonde é proibido fumar (shopping, cinema, hospital)?  
[0] Não [1] Sim
  - Qual o cigarro que te dá o maior prazer em fumar?  
[0] Outros [1] O primeiro da manhã
  - Quantos cigarros você habitualmente costuma fumar por dia?  
[0] ≤ 10 cigarros [1] 11 – 20 cigarros [2] 21 – 30 cigarros [3] >31 cigarros
  - Em qual período do dia você costuma mais fumar?  
[0] Outros [1] Pela manhã
  - Você fuma mesmo estado doente e acamado?  
[0] Não [1] Sim
- Total: \_\_\_\_\_ pontos

UFPR – BOCA ABERTA

Número: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017

NOME: \_\_\_\_\_

VÍNCULO EMPREGATÍCIO: (Carteira Assinada) (Informal) (Autônomo) (Desempregado) QUAL DROGA: (Crack) (Cocaína) (Maconha)

Outra: \_\_\_\_\_

INTERNAMENTO: (Família) (Vontade própria) (Juiz)

TIPO: **Crack**. QUANTIDADE: \_\_\_\_\_/(dia)(semana) TEMPO: \_\_\_\_ anos

Quant. Comprada/vez: \_\_\_\_\_ Maior quant. Comprada: \_\_\_\_\_ Freq.: \_\_\_\_\_ (Dia)(Semana)(Mês)

TIPO: **Cocaína**. QUANTIDADE: \_\_\_\_\_/(dia)(semana) TEMPO: \_\_\_\_ anos

Quant. Comprada/vez: \_\_\_\_\_ Maior quant. Comprada: \_\_\_\_\_ Freq.: \_\_\_\_\_ (Dia)(Semana)(Mês)

TIPO: **Maconha**. QUANTIDADE: \_\_\_\_\_/(dia)(semana) TEMPO: \_\_\_\_ anos

Quant. Comprada/vez: \_\_\_\_\_ Maior quant. Comprada: \_\_\_\_\_ Freq.: \_\_\_\_\_ (Dia)(Semana)(Mês)

TIPO: \_\_\_\_\_ QUANTIDADE: \_\_\_\_\_/(dia)(semana) TEMPO: \_\_\_\_ anos

Quant. Comprada/vez: \_\_\_\_\_ Maior quant. Comprada: \_\_\_\_\_ Freq.: \_\_\_\_\_ (Dia)(Semana)(Mês)

Era você quem comprava as drogas? (Não) (Sim) quem? \_\_\_\_\_.

Usava as drogas sozinho? (Não) (Sim) com quem? \_\_\_\_\_.

Já teve alguma overdose? (Não) (Sim) QUANTAS VEZES? \_\_\_\_\_ vezes. Qual(is) Droga(s)? \_\_\_\_\_.

Vendia drogas p/ financiar o vício? (Não) (Sim)

Como a droga era acondicionada? \_\_\_\_\_

Já foi preso/detido? (Não) (Sim) quantas vezes? (Uma vez) \_\_\_\_\_ vezes.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
								61	62	63	64	65					
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
								85	84	83	82	81	71	72	73	74	75