

O uso de drogas e seus efeitos na cavidade oral

The use of drugs and its effects in the oral cavity

Caroline Roza¹
Darlane Cardoso Albino¹
Francieli Regina Bortoli²

Resumo

Objetivos: Descrever as principais manifestações bucais associadas ao uso das drogas lícitas e ilícitas mais utilizadas atualmente, bem como os cuidados que devem ser tomados durante o atendimento odontológico desses pacientes. **Revisão de literatura:** Na revisão foi abordada a classificação das substâncias químicas, as principais manifestações orais e os cuidados que o cirurgião-dentista deve ter durante o atendimento odontológico. As substâncias descritas foram álcool, tabaco, benzodiazepínicos, maconha, anfetaminas e cocaína/crack. As complicações de saúde bucal associadas ao abuso de drogas podem resultar da exposição direta dos tecidos orais às drogas durante o fumo ou ingestão, da interação biológica das drogas com a fisiologia normal da cavidade oral e dos efeitos das drogas na função cerebral que resultam em um espectro de comportamentos de dependência, como comportamento de risco, falta de higiene e descuido. **Considerações finais:** O consumo de substâncias psicoativas, seja a curto ou longo prazo, pode desencadear consequências, tanto na saúde geral como na saúde bucal do usuário. Sob essa perspectiva, o cirurgião-dentista deve estar ciente das manifestações orais e sistêmicas causadas pelas substâncias psicoativas e estar capacitado para diagnosticar, tratar ou também encaminhar o usuário, se necessário, visando um cuidado integral e multiprofissional.

Palavras-chave: manifestações bucais; usuários de drogas; transtornos relacionados ao uso de substâncias; drogas ilícitas.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v29i1.15559>

¹ Graduada em Odontologia pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) – Campus Torres, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora adjunta do Curso de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) – Campus Torres, Rio Grande do Sul, Brasil.

Introdução

O uso de drogas pela população atualmente representa um grave problema de saúde pública, pois interfere diretamente na vida pessoal, familiar e de toda comunidade¹. Dados apontam que, globalmente, mais de 296 milhões de pessoas usaram drogas em 2021, um aumento de 23% em relação à década anterior. Enquanto isso, o número de pessoas que sofrem de transtornos associados ao uso de drogas subiu para 39,5 milhões, um aumento de 45% em 10 anos².

No Brasil, o Ministério da Saúde criou o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), na intenção de oferecer ajuda e tratamentos terapêuticos aos usuários de drogas. Esse ambiente é formado por assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras, educadores físicos, psicólogos, auxiliares de enfermagem, clínico geral e nutricionista. Porém, ainda não conta com o serviço odontológico³.

Ademais, estudos indicam um aumento significativo no número de dependentes químicos com manifestações orais desencadeadas pelo consumo de drogas⁴. Por essa razão, é necessário que o cirurgião-dentista tenha uma atenção especial durante o atendimento desses pacientes, pois em muitos casos serão os primeiros profissionais a diagnosticar o surgimento de possíveis alterações decorrentes do consumo de drogas lícitas ou ilícitas⁵.

Por mais que o consumo de drogas seja um fenômeno crescente, na Odontologia a literatura ainda apresenta poucas informações sobre o assunto. Isso repercute no desconhecimento de grande parte dos cirurgiões-dentistas no atendimento de pacientes usuários de drogas e que buscam o serviço odontológico, seja para melhorar necessidades estéticas, psicológicas ou biológicas⁶.

O uso de substâncias psicoativas pode ocasionar diversos danos na cavidade oral que variam desde halitose até câncer de boca. Por isso, é um dever de todos os profissionais da área da saúde identificar e encaminhar esses pacientes para o tratamento. Se o dentista consegue realizar o diagnóstico inicial, o dependente químico pode receber tanto o tratamento odontológico, quanto ser encaminhado aos demais profissionais da saúde, resultando em um tratamento multidisciplinar e mais efetivo⁴.

À vista disso, sabendo da escassez de informações na literatura referente ao assunto, o objetivo do presente artigo de revisão de literatura é descrever as principais manifestações bucais associadas ao uso das drogas lícitas e ilícitas mais utilizadas atualmente, bem como os cuidados que devem ser tomados durante o atendimento odontológico desses pacientes.

Revisão de literatura

O uso de substâncias lícitas e ilícitas pode iniciar na adolescência ou durante a velhice⁷ e os efeitos adversos provocados pelas drogas podem ser agudos ou crônicos, sendo eles duradouros ou irreversíveis, desencadeando complicações mentais e físicas⁸. Ademais, os

problemas familiares, rejeição social, carência e a curiosidade são os principais fatores para iniciantes e desencadeantes para o uso de drogas⁹.

Essa prática danosa causa intempéries não só para a saúde geral dos indivíduos, mas também ocasiona problemas para sua saúde bucal¹⁰. Estudos indicam um aumento significativo do número de dependentes químicos com manifestações orais ocasionadas pelo consumo de drogas, assim como a falta de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o assunto⁴. Assim, o plano de tratamento deve incluir a identificação do uso abusivo de substâncias, a intervenção apropriada, além de encaminhamento para programa de atenção a questões relacionadas ao abuso de substâncias ou, no caso de pacientes que necessitem de atendimento imediato, para o serviço de urgência¹¹.

A Odontologia, além de cessar a dor momentânea, também pode contribuir para a reabilitação desse grupo de pacientes, melhorando a autoestima e a interação social, visto que a recuperação implica em resgatar o ser humano em todos os aspectos, eliminando o significado psicológico das drogas¹². Por essa razão, é necessário que o cirurgião-dentista tenha uma atenção especial durante o atendimento de pacientes usuários de drogas. Em muitos momentos os dentistas são os primeiros profissionais da área da saúde a diagnosticar alterações na morfologia bucal ocasionadas pelo abuso de drogas¹³. Logo, é imprescindível que o cirurgião-dentista esteja sempre atualizado sobre manifestações orais causadas por drogas lícitas e ilícitas, além de estar apto a diagnosticar e participar do tratamento de dependentes químicos⁴.

O impacto do uso de substâncias lícitas/ilícitas na saúde bucal pode ser atribuído a efeitos fisiológicos diretos, como a xerostomia, o aumento do desejo de petiscar, a ativação simpática e o apertamento ou ranger dentário associado, bem como a erosão dentária química¹⁴. Além disso, pode-se destacar outras alterações bucais que podem ser causadas pelo uso de substâncias químicas, tais como: índice de lesão de cárie elevado, perda de elementos dentários, doença periodontal, queilite angular e estomatite¹⁵.

Desta maneira, as complicações de saúde bucal associadas ao abuso de drogas podem resultar da exposição direta dos tecidos orais às drogas durante o fumo ou ingestão, da interação biológica das drogas com a fisiologia normal da cavidade oral e dos efeitos das drogas na função cerebral que resultam em um espectro de comportamentos de dependência, como comportamento de risco, falta de higiene e descuido¹⁶.

Classificações das drogas

A palavra “droga” refere-se a qualquer substância, natural ou sintética, capaz de alterar as funções de um indivíduo, promovendo alterações fisiológicas ou comportamentais pela ação no Sistema Nervoso Central (SNC)^{17,18}.

As drogas psicotrópicas ou psicoativas podem ser classificadas de diversas formas, segundo diferentes critérios, como, por exemplo, o tipo de alteração farmacológica que efetuam

no SNC e no comportamento do usuário; a origem, se naturais ou sintéticas; ou a origem ou estatuto jurídico, se lícitas ou ilícitas. De acordo com os efeitos farmacológicos no SNC, as drogas são divididas em três grupos. As Depressoras da Atividade do SNC ou Psicolépticos: álcool; soníferos ou hipnóticos; ansiolíticos; opiáceos; inalantes ou solventes. Os Estimulantes da Atividade do SNC ou Psicoanalépticos: cocaína (e seus derivados como crack e merla); anfetaminas; tabaco. Já as Perturbadoras da Atividade do SNC, Alucinógenas ou Psicodislépticas: mescalina (do cacto mexicano); maconha ou THC (tetrahidrocanabinol); psilocibina (cogumelos); lírio (trombeteira, zabumba ou saia branca); LSD; MDMA (metilenodioximetanfetamina, conhecida como ecstasy); anticolinérgicos¹⁹.

A seguir, serão abordadas as drogas lícitas e ilícitas mais frequentemente utilizadas e as manifestações orais associadas a cada uma delas, bem como as condições necessárias para garantir o tratamento adequado ao paciente toxicodependente. De acordo com a literatura, o álcool e, na sequência, o tabaco são as substâncias mais consumidas com capacidade psicoativa, seguindo-se os medicamentos psicoativos e as drogas recreativas ilícitas^{20,21}.

Drogas lícitas mais consumidas

Álcool

É conhecido como um líquido incolor, oriundo da fermentação de cereais, raízes e frutos, com concentrações que podem variar de 5% a 20%²². Trata-se de uma substância química produzida mediante a fermentação do açúcar encontrado em vários produtos de origem vegetal¹⁹.

O consumo de álcool afeta a cavidade oral, a mucosa oral e os dentes²³. O consumo de etanol é responsável por diversas alterações nas glândulas salivares, tanto na sua fisiologia quanto no seu aspecto clínico e as alterações provocadas nas glândulas salivares contribuem para a redução do fluxo salivar reduzindo consequentemente a ação protetora da saliva²⁴. A saliva atua no tamponamento dessas variações de pH e na remineralização dos tecidos dentários²⁵.

Indivíduos dependentes de álcool podem apresentar menor pH da placa e da saliva, bem como uma maior prevalência de cárie dentária, periodontite, lesões da mucosa²³ e elevada ocorrência de lesões de erosão dentária²⁶. A dependência do álcool também pode aumentar os níveis de placa bacteriana, mas os cuidados dentários profissionais podem limitar o desenvolvimento subsequente de doença periodontal²⁷. A doença periodontal pode ser debilitante, pois pode diminuir a qualidade de vida devido à absorção do rebordo alveolar, perda dentária, mastigação ineficaz, estética comprometida e dificuldade de fala²⁸.

Além disso, o etanol ao ser metabolizado com acetaldeído (etanal), ajuda a desenvolver vários efeitos mutagênicos no ácido desoxirribonucleico (DNA). O etanol aumenta a permeabilidade da mucosa bucal, facilitando a absorção de substância cancerígena no tecido epitelial²⁹. Estudos apontam que indivíduos que consomem álcool, mas não fumam, talvez não

apresentem risco de desenvolver carcinogênese bucal²⁹. Todavia a incidência de carcinogênese na mucosa bucal de fumantes que consomem álcool é alta, pois o álcool atua como solvente, e o cigarro, ao entrar em contato com a mucosa bucal, libera toxinas e provoca agressão térmica quando aceso³⁰. Desta maneira, a associação de uso do tabaco e ingestão de álcool é a principal causa de câncer de boca e os tipos de lesões mais frequentes são leucoplasia e o carcinoma de células escamosas, sendo a língua o local mais atingido³¹.

Desta forma, os cirurgiões-dentistas devem estar atualizados, compreendendo que o câncer bucal é um problema de saúde pública com elevados índices de morbimortalidade. O conhecimento da epidemiologia e dos fatores associados a essa doença é imprescindível para o planejamento de programas de prevenção que otimizem a redução desses indicadores³². Ainda, o profissional deve dar uma atenção especial na hora de prescrever medicamentos para controle da dor e infecções de pacientes dependentes de álcool, como o paracetamol, visto que a associação desses elementos apresenta alto potencial hepatotóxico³³.

Tabaco

O tabaco vem de uma planta denominada cientificamente *Nicotiana tabacum*, da qual é extraída uma substância chamada nicotina e mais usados atualmente, na forma de cigarro³⁴. O tabaco é a segunda substância psicoativa mais consumida no mundo, com mais de um bilhão de fumantes em todo o mundo³⁵, e continua a ser a causa evitável mais importante de mortalidade global³⁶.

De acordo com a American Lung Association³⁷, um cigarro aceso produz mais de 7.000 produtos químicos, dos quais pelo menos 69 são cancerígenos e muitos são tóxicos. Associado a isso, a fumaça que entra na boca durante uma tragada pode estar a uma temperatura de aproximadamente 70°C, o que causa ferimentos que podem gerar tumores³⁸.

Os usuários de tabaco apresentam taxas significativamente mais altas de câncer bucal, lesões na mucosa oral, doença periodontal, cárie dentária e falha em implantes³⁹. Na cavidade oral o tabaco leva ao desenvolvimento de alterações na vascularização do periodonto, clinicamente caracterizado pelo tecido gengival com aspecto pálido e poucos vasos sanguíneos visíveis³.

O hábito de mascar tabaco pode ocasionar manchas nos dentes que penetram no esmalte, dentina, superfícies radiculares causando uma coloração castanha à negra. Em relação aos efeitos nos tecidos periodontais, verifica-se um aumento da recessão gengival com exposição da superfície da raiz dentária, formação de bolsas periodontais, acúmulo de placas e cálculos que levam à periodontite⁴⁰. Além disso, os abrasivos grosseiros em produtos do tabaco quando mastigados constantemente causam abrasão ou desgaste dos dentes⁴¹.

No que diz respeito ao câncer de boca, o uso do tabaco está associado ao desenvolvimento do carcinoma espinocelular. O tabaco pode causar alteração epigenética das células epiteliais orais, inibir múltiplas funções imunitárias sistêmicas do hospedeiro e, através dos seus

metabolitos tóxicos, causar stress oxidativo nos tecidos para induzir o carcinoma espinocelular oral⁴². À vista disso, o diagnóstico precoce do câncer bucal faz com que os níveis de cura sejam significativamente relevantes⁴³.

Cirurgiões-dentistas devem informar seus pacientes sobre os malefícios desse hábito e estimulá-los a pararem de fumar. Deste modo, os profissionais de saúde bucal possuem um papel fundamental na cessação do hábito de fumar e na prevenção de efeitos adversos ocasionados pelo uso do tabaco⁴⁴.

Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são fármacos psicotrópicos que agem de modo a produzir efeitos sobre o sistema nervoso central (SNC). A classe dos benzodiazepínicos, especificamente, atua diretamente na estimulação do ácido gama-aminobutírico – GABA, neurotransmissor responsável pela inibição da atividade cerebral, sendo fármacos cujos efeitos ansiolíticos e de relaxamento são de grande importância clínica, por promoverem alívio rápido de sintomas ansiosos⁴⁵. Eles agem no sistema nervoso central no controle de insônia, epilepsia, transtorno de ansiedade e pânico, além disso também podem ser usados no tratamento de psicoses, como abstinência alcoólica e realização de procedimentos cirúrgicos. Nos dias atuais, essa classe é uma das mais prescritas no mundo, representando 85% de todas as vendas de psicotrópicos⁴⁶.

Os benzodiazepínicos podem estar ligados à inibição da função das glândulas salivares, incluindo a secreção de proteínas e enzimas, ou alteração da composição salivar. O Clonazepam é frequentemente associado à sensação de queimação bucal e xerostomia, o que pode desencadear cárie e doença periodontal, quando associado à higiene bucal inadequada^{47,48}. Partindo dessas afirmações, é dever do cirurgião-dentista orientar o paciente sobre esses efeitos adversos e também sobre as possíveis consequências que o uso desse grupo de medicamentos pode gerar.

Drogas ilícitas mais consumidas

Maconha

No Brasil a *Cannabis sativa* é denominada de maconha⁴⁹, sendo esta a segunda substância mais fumada em nossa sociedade, depois do tabaco⁵⁰. A maconha geralmente é fumada em cigarros feitos à mão, chamado de “baseado”, em cachimbo de água ou vaporizador⁵¹. O seu uso abusivo pode resultar em graves problemas para a saúde geral e bucal⁵².

As manifestações orais desencadeadas pelo uso dessa substância são: a elevada prevalência de cárie, xerostomia, doenças periodontais, estomatite canábica, bruxismo e perdas dentárias¹⁵. Outro estudo também evidencia que, além do risco aumentado de doença gengival e periodontal, o consumo de cannabis tem sido correlacionado com um maior risco de infecção oral e câncer da cavidade oral, enquanto a atividade físico-química não foi completamente

esclarecida⁵³. A fumaça da maconha, assim como a fumaça do tabaco, consiste em uma mistura tóxica de gases e partículas que pode ser prejudicial à saúde⁵⁴.

Somado a isso, estão os efeitos no sistema nervoso parassimpático que podem ser provocados pela maconha, como por exemplo, a taquicardia do paciente, quando associada ao uso dos anestésicos locais com vasoconstritores comumente utilizados na clínica odontológica⁵.

Desta maneira, o uso de anestésico local contendo vasoconstritor do tipo amina simpatomimética deve ser evitado; o que pode ser usado como vasoconstritor é anestésico contendo felipressina^{4,5}. Por outro lado, uma dieta pouco cariogênica e os cuidados de saúde bucal que incluem a exposição ao flúor são fundamentais para inibir a cárie nos pacientes que sofrem de xerostomia devido ao consumo de cannabis⁵².

Por isso, é fundamental que os dentistas estejam cientes do estado do paciente, reconheçam os riscos potenciais e procurem as melhores opções de tratamento⁵³. Recomenda-se uma comunicação clara e sem julgamento do paciente sobre o uso de cannabis, não apenas para abordar os riscos de longo prazo para a saúde bucal, mas também para evitar possíveis problemas relacionados à segurança do paciente na prática odontológica⁵⁵.

Anfetaminas

As anfetaminas são drogas sintéticas e causam dependência, pois estimulam o SNC. A ação dessas drogas baseia-se na inibição da recaptação de dopamina, noradrenalina/ adrenalina e serotonina, as chamadas monoaminas, outros mecanismos adicionais que levam à liberação aumentada desses neurotransmissores⁵⁶.

Vale salientar que além da droga anfetamina, as anfetaminas incluem muitas variantes como, por exemplo, a metanfetamina (speed ou cristal) e a metilenodioximetanfetamina (MDMA, conhecida como ecstasy)⁵⁷.

No que tange ao uso das metanfetaminas é necessária atenção especial para monitorar e tratar as manifestações orais, incluindo: cárie rampante, erosão do esmalte, xerostomia, bruxismo e trismo muscular⁵⁷. Com relação ao ecstasy, efeitos comuns foram apontados pelos usuários como tensão na mandíbula, trismo, dor na mandíbula e ranger de dentes. Alguns autores observaram que os usuários de ecstasy também relataram o hábito de morder bochechas, língua ou lábios durante e após o uso de drogas devido à dormência da boca e à redução da sensibilidade dentária⁵⁸. Já o bruxismo é resultado da hiperatividade induzida por drogas⁵⁹.

O manejo odontológico do paciente que faz uso abusivo de drogas é sempre um desafio. Os dentistas precisam estar cientes da situação clínica e dos riscos médicos apresentados por esses pacientes e tentar fazer com que o paciente procure ajuda profissional⁵⁷. Desta forma, quando se trata de um usuário de anfetaminas, o tratamento odontológico exige grande atenção por parte do cirurgião-dentista, uma anamnese detalhada e um exame clínico minucioso para a elaboração de um plano de tratamento adequado⁴.

O fator mais importante no tratamento dos efeitos orais da metanfetamina é o paciente parar de usar a droga. O uso contínuo dificulta o aumento do fluxo salivar e prejudica a capacidade do paciente de melhorar a nutrição e a higiene oral. Anestésicos locais com vasoconstritores devem ser usados com cautela em pacientes em uso de metanfetaminas, pois podem resultar em arritmias cardíacas, infarto do miocárdio e acidentes cerebrovasculares⁵⁷. Também é importante repassar orientações relativas à higiene oral, assim como utilizar medidas preventivas que ajudem na remineralização dos dentes⁶⁰.

Cocaína e crack

A cocaína é um alcaloide produzido biossinteticamente a partir da *Erthroxylum coca*, uma nativa das terras altas andinas e do norte da Amazônia na América do Sul⁶¹. Atualmente, é encontrada de duas formas: Cloridrato de cocaína (também conhecido como 'coca', 'sopro' ou 'neve'), um pó cristalino branco e fino, solúvel em água e consumido principalmente através de a via intranasal ('*sniffing*'/'*snorting*'), por via oral ou intravenosa; ou sob a forma de base livre (resultante da reação do cloridrato de cocaína com amônia ou bicarbonato de sódio), comumente conhecida como 'crack cocaína' ou simplesmente 'crack', e normalmente consumida por inalação (a massa sólida é quebrada em 'pedras' que são fumadas, usando cachimbos de vidro ou improvisados)^{62,63}.

Além das consequências do uso destas substâncias para a saúde geral e os efeitos sistêmicos, é preciso considerar também a ocorrência de alterações bucais nos usuários⁶⁴. A fumaça do crack entra em contato direto com a mucosa, podendo provocar lesões como úlceras, erosões no esmalte dentário, lesões necróticas da língua e epiglote. Essas lesões acontecem devido ao efeito irritativo dessa droga e também pelo aumento da temperatura ocasionado pela fumaça⁶⁵.

A cocaína possui efeitos vasoconstritores quando é aspirada e seu uso prolongado desencadeia necrose e posterior perfuração do septo nasal⁶⁶. As principais manifestações bucais causadas por uso abusivo de cocaína são a perfuração do palato, predisposição para doenças periodontais, danos aos tecidos orais, cárie dentária⁶⁷, além de distúrbios musculares e, portanto, uma possível disfunção temporomandibular (DTM)⁶⁸.

Em adição, o uso crônico da cocaína pode estar associado a alterações no olfato e sinusite crônica⁶⁹. As lesões periodontais provocadas pelo uso direto da cocaína na mucosa gengival, caracterizam-se por um processo de inflamação intensa, pois nesse uso, ao ser esfregada na superfície da gengiva para que ocorra uma absorção mais eficaz, a cocaína em pó pode levar à irritação da mucosa. A absorção pela mucosa de *E. coca* pode ocasionar lesões orais como consequência da diminuição do aporte sanguíneo devido à vasoconstrição da região afetada, o que resulta na necrose tecidual⁷⁰.

Outro aspecto que merece atenção é o risco anestesiológico associado ao uso de cocaína, visto que muitos usuários podem se pré-medicação antes das consultas odontológicas para ajudar

a aliviar a ansiedade associada à terapia odontológica prevista. Como os efeitos fisiológicos da cocaína são de natureza simpatomimética, a administração de vasoconstritores periféricos (que aumentam a pressão arterial e a frequência cardíaca e/ou aumentam a frequência, mas diminuem a profundidade da respiração), anestésicos locais contendo epinefrina ou analgesia com óxido nitroso podem ser contraindicados⁷¹. Portanto, de forma geral, recomenda-se que o atendimento odontológico eletivo seja realizado 24 horas após o uso de droga estimulante (cocaína, crack, anfetamina) ou cannabis⁷².

Considerações finais

O consumo de substâncias psicoativas, seja a curto ou longo prazo, pode desencadear consequências, tanto na saúde geral como na saúde bucal do usuário. A partir da literatura, é possível constatar que efeitos na cavidade oral variam de acordo com o tipo de substância utilizada, a dose, frequência de uso, via de administração e ainda podem ser agravados pela higiene precária e inadequada e o policonsumo das substâncias.

Sob essa perspectiva, o cirurgião-dentista deve estar ciente das manifestações orais e sistêmicas causadas pelas substâncias psicoativas e estar capacitado para diagnosticar, tratar ou também encaminhar o paciente, se necessário, visando um cuidado integral e multiprofissional. É preciso atender esses pacientes sem realizar julgamentos, nem subestimar o seu entendimento ou capacidade de se comprometer com o plano de tratamento proposto. Deve-se buscar entender as condições multifatoriais que levaram o usuário a determinada situação, auxiliando-o na melhoria da saúde bucal e geral, e consequentemente melhorando a sua autoestima.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a inserção do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional dos CAPS AD é fundamental por diversos motivos, sendo o acesso facilitado aos serviços odontológicos e a garantia da atenção integral alguns dos principais benefícios aos indivíduos que buscam ajuda nesses centros.

Abstract

Objective: to describe the main oral manifestations associated with the use of the most commonly used licit and illicit drugs today, as well as the care that should be taken during the dental care of these patients. Literature review: The review covered the classification of chemical substances, the main oral manifestations and the care that dentist should take during dental care. The substances described were alcohol, tobacco, benzodiazepines, marijuana, amphetamines and cocaine/crack. Oral health complications associated with drug abuse can result from direct exposure of oral tissues to drugs during smoking or ingestion, from the biological interaction of drugs with the normal physiology of the oral cavity, and from the effects of drugs on brain function that result in a spectrum of addictive behaviors, such as risk behavior, poor hygiene and carelessness. Final considerations: The consumption of psychoactive substances, whether in the short or long term, can have consequences for both the general health and the

oral health of the user. From this perspective, the dentist must be aware of the oral and systemic manifestations caused by psychoactive substances and be able to diagnose, treat or also refer the user, if necessary, aiming for comprehensive, multi-professional care.

Keywords: oral manifestations; drug users; substance-related disorders; illicit drugs

Referências

1. Teixeira MB, Engstrom EM, Ribeiro JM. Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. *Saúde Debate*. 2017;41(112):311-30.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023 [internet]. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime; 2023 [citado 2023 Set 30]. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
3. Falcão CAM, Santos RO, Pereira RMS, Silva TSO, Ferreira RS, Silva FWC, et al. Saúde bucal em dependentes químicos. *Rev Interd Ciên Saúde*. 2015;2(3):112-21.
4. Marques LARV, Lotif MAL, Rodrigues Neto EM, Nunes Neto AP, Melo CCSA, Lobo PLD. Abuso de drogas e suas consequências na saúde bucal: uma revisão de literatura. *Rev Faculdade Odontol Lins*. 2016;26(1):29-35.
5. Colodel EV, Silva ELFM, Zielak JC, Zaitter W, Michel-Crosato E, PIZZATTO E. Alterações bucais presentes em dependentes químicos. *Rev. sul-bras. odontol*. 2009;6(1):44-8.
6. Melo CFD, Camapum DM, Araujo ETA, Costa CPS. Manifestações orais de usuários de drogas ilícitas: uma revisão de literatura narrativa. *Rev Ceu Pers*. 2017;29(1):98-105.
7. Silveira HS, Ferreira VS, Zeitoune RCG, Domingos AM. Efeitos das drogas lícitas e ilícitas na percepção de adolescentes: uma abordagem de enfermagem. *Rev enferm UERJ* 2013;21(esp.2):748-53.
8. Marques ACPR, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(Suppl 2):32-6.
9. Pedreira RHS, Remencius L, Navarro MFL, Tomita NE. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1999;13(4):395-99.
10. Spezzia S. Repercussões bucais do uso de drogas na adolescência. *Rev. Ciênc. Méd*. 2018;27(2):93-100.
11. Bullock K. Dental care of patients with substance abuse. *Dent Clin North Am*. 1999;43(3):513-26.
12. Ribeiro EDP, Oliveira JA, Zambolin AP, Lauris JRP, Tomita NE. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. *Pesqui Odontol Bras* 2002;16(3):239-45.
13. Cima T, Correa K. Alterações bucais em dependentes químicos. *J Oral Invest* 2014;3(2):8-12.
14. Baghaie H, Kisely S, Forbes M, Sawyer E, Siskind DJ. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse. *Addiction*. 2017;112(5):765-79.
15. Teotônio MHLF, Lima VS, Andrade KS, Costa BMM, Honorato MCTM. O impacto do uso de substâncias psicoativas e suas repercussões na cavidade bucal: revisão integrativa. *Rev. Ciênc. Plur* 2021;7(2):239-52.
16. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Ekhtiari H, Virtanen JI. Oral Health of Drug Abusers: A Review of Health Effects and Care. *Iran J Public Health*. 2013 Sep;42(9):929-40.
17. Sanchez ZVDM, Santos MGR. Classificação e efeito farmacológico das drogas. In: Ronzani TM. *Ações integradas sobre drogas-prevenção, abordagens e políticas públicas*. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2013. p. 19-51.
18. Sengik AS, Scortegagna SA. Consumo de drogas psicoativas em adolescentes escolares. *Psic: revista da Vetor Editora*. 2008;9(1):73-80.
19. Alarcon S. Drogas Psicoativas: classificação e bulário das principais drogas de abuso. In: Alarcon S, Jorge MAS. *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012. p. 103-129.

20. Atzendorf J, Rauschert C, Seitz NN, Lochbühler K, Kraus L. The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines: an estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. *Dtsch Arztebl Int.* 2019;116(35-36):577-84.
21. Costa XT, Liébana MJD, Pimentel MH. Consumo das principais substâncias psicoativas em tempos de pandemia COVID-19 nos estudantes do ensino superior. *Rev. Enf. Ref.* 2023;6(2, Suppl. 1):1-10.
22. Reis SR de A, Sadigursky M, Andrade MGS, Soares LP, Espírito Santo AR do, Vilas Bôas DS. Efeito genotóxico do etanol em células da mucosa bucal. *Pesqui Odontol Bras* 2002;16(3):221-5.
23. Priyanka K, Sudhir KM, Reddy VCS, Kumar RK, Srinivasulu G. Impact of Alcohol Dependency on Oral Health - A Cross-sectional Comparative Study. *J Clin Diagn Res.* 2017;11(6):ZC43-ZC46.
24. Carrard VC, Mendez M, Nolde J, Alves LD, Fossati ACM, Sant'Ana Filho M. Influência do Consumo de Etanol nas Glândulas Salivares. *Sci Med* 2007;17(2):87-92.
25. Nauntofte B, Tenowuo JO, Lagerlöf F. Secreção e composição da saliva. In: Fejerskov O, Kidd E. *Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico.* São Paulo: Santos; 2005. p. 7-27.
26. Manarte P, Manso MC, Souza D, Frias-Bulhosa J, Gago S. Dental erosion in alcoholic patients under addiction rehabilitation therapy. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009;14(8):e376-e383.
27. Khocht A, Schleifer SJ, Janal MN, Keller S. Dental care and oral disease in alcohol-dependent persons. *J Subst Abuse Treat.* 2009;37(2):214-8.
28. Abidi AH, Presley CS, Dabbous M, Tipton DA, Mustafa SM, Moore BM 2nd. Anti-inflammatory activity of cannabinoid receptor 2 ligands in primary hPDL fibroblasts. *Arch Oral Biol.* 2018;87:79-85.
29. Thomson P. Lesões pré-malignas da boca: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2013.
30. Vieira AC, Aguiar ZST, Souza VF. Tabagismo e sua relação com o câncer bucal: uma revisão de literatura. *Revista Bionorte.* 2015;4(2):9-18.
31. Leite RB, Marinho ACO, Costa BL, Laranjeira MBV, Araújo KDT, Cavalcanti AFM. The influence of tobacco and alcohol in oral cancer: literature review. *J Bras Patol Med Lab* 2021;57:1-5.
32. Tomaz GN, Santos KSB, Pereira LC, Amaral PAS. Câncer Bucal e sua Correlação com Micro-organismos da Cavidade Oral. *Id on Line Rev. Psic.* 2023;17(65):459-68.
33. Freitas JAB, Fonteles MMF, Lima MES, Bachur TPR, Carvalho TMJP. Medicamentos isentos de prescrição: perfil de consumo e os riscos tóxicos do paracetamol. *Revinter.* 2017;10(3):134-54.
34. Consolaro RB, Demathé A, Biasoli, ER, Miyahara, GI. O tabaco é um dos principais fatores etiológicos do câncer bucal: conceitos atuais. *Rev Odontol Arac.* 2010;31(2):63-7.
35. Urrutia-Pereira M, Chong-Neto HJ, Solé D. Controle de tabagismo em jovens e adultos: o Brasil fez sua lição de casa? *J bras pneumol.* 2021;47(5):e20210233.
36. Babic M, Schuchardt M, Tölle M, van der Giet M. In times of tobacco-free nicotine consumption: The influence of nicotine on vascular calcification. *Eur J Clin Invest.* 2019;49(4):e13077.
37. American Lung Association. What's In a Cigarette? [internet]. 2023 [citado 2023 out 10]. Disponível em: <https://www.lung.org/quit-smoking/smoking-facts/whats-in-a-cigarette>.
38. Prado BBF. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. *Cienc. Cult.* [internet]. 2014 [citado 2023 set. 10];66(1):21-4. Disponível em http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000100011&lng=pt&nrm=iso.
39. Gajendra S, McIntosh S, Ghosh S. Effects of tobacco product use on oral health and the role of oral healthcare providers in cessation: A narrative review. *Tob Induc Dis.* 2023;21:12.
40. Muthukrishnan A, Warnakulasuriya S. Oral health consequences of smokeless tobacco use. *Indian J Med Res.* [internet]. 2018 [citado 2023 set. 10];148(1):35-40. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30264752/>
41. Garcia BFS, Santos BC, Takahama Junior A. Formas alternativas de consumo de tabaco e sua relação com a saúde bucal. *Arch Health Invest.* 2022;11(4):559-65.
42. Jiang X, Wu J, Wang J, Huang R. Tobacco and oral squamous cell carcinoma: A review of carcinogenic pathways. *Tob Induc Dis.* 2019;17:29.
43. Santos JIO, Ferreira JS, Munhoz IGA, Lemos DLP, Tenório DPQ, Almeida LORF, et al. Perspectivas do panorama epidemiológico do câncer de boca no Brasil. *Rev. Med. (São Paulo)* 2020;99(6):556-62.
44. Reis, INR; Pannuti, CM. Como o cirurgião dentista pode ajudar fumantes no abandono desse hábito. *Braz J Periodontol* 29(3): 160-72.

45. Senra ED, Queiroz GS, Brito YF, Camargo MR. Efeitos colaterais do uso crônico e indiscriminado de benzodiazepínicos: Uma revisão narrativa. *Braz J Dev.* 2021;7(11):102013-27.
46. Mezzari R, Iser BPM. Desafios na prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde. *Rev Assoc Med Rio Grande Do Sul.* 2015;59(3):198-203.
47. Abdollahi M, Radfar M. A review of drug-induced oral reactions. *J Contemp Dent Pract.* 2003;4(1):10-31.
48. Amaral SM, Miranda AMMA, Pires FR. Reações medicamentosas na cavidade oral: aspectos relevantes na Estomatologia. *Rev Bras Odontol.* 2009;66(1):41-53.
49. Gonçalves GAM, Schlichting CLR. Efeitos benéficos e maléficos da Cannabis sativa. *Uningá Rev.* 2014;20(2):92-7.
50. Joshi M, Joshi A, Bartter T. Marijuana and lung diseases. *Curr Opin Pulm Med.* 2014;20(2):173-9.
51. Gates P, Jaffe A, Copeland J. Cannabis smoking and respiratory health: Consideration of the literature. *Respirology.* 2014;19:655-62.
52. Gambhir RS, Brar P, Anand S, Ranhawa A, Kakar H. Oral health aspects of cannabis use. *Ind J Multidis Dent.* 2012;2(3):507-11.
53. Bellocchio L, Inchingolo AD, Inchingolo AM, Lorusso F, Malcangi G, Santacrose L, et al. Cannabinoids Drugs and Oral Health-From Recreational Side-Effects to Medicinal Purposes: A Systematic Review. *Int J Mol Sci.* 2021;22(15):8329.
54. Tashkin DP. Smoked marijuana as a cause of lung injury. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2005;63(2):93-100.
55. Chaffee BW. Cannabis Use and Oral Health in a National Cohort of Adults. *J Calif Dent Assoc.* 2021;49(8):493-501.
56. Mullen JM, Richards JR, Crawford AT. Amphetamine-Related Psychiatric Disorders. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.*
57. Hamamoto DT, Rhodus NL. Methamphetamine abuse and dentistry. *Oral Dis.* 2009;15(1):27-37.
58. McGrath C, Chan B. Oral health sensations associated with illicit drug abuse. *Br Dent J.* 2005;198(3):159-62.
59. Donaldson M, Goodchild JH. Oral health of the methamphetamine abuser [published correction appears in *Am J Health Syst Pharm.* 2006 Nov 15;63(22):2180]. *Am J Health Syst Pharm.* 2006;63(21):2078-2082.
60. Amaral AS, Guimarães MI. Manifestações orais sobre o uso de metanfetaminas. *Rev port estomatol med dent cir maxilofac.* 2012;53(3):175-80.
61. Drake LR, Scott PJH. DARK Classics in Chemical Neuroscience: Cocaine. *ACS Chem Neurosci.* 2018;9(10):2358-72.
62. Phillips K, Luk A, Soor GS, Abraham JR, Leong S, Butany J. Cocaine cardiotoxicity: a review of the pathophysiology, pathology, and treatment options. *Am J Cardiovasc Drugs.* 2009;9(3):177-96.
63. Dinis-Oliveira RJ, Carvalho F, Duarte JA, Proença JB, Santos A, Magalhães T. Clinical and forensic signs related to cocaine abuse. *Curr Drug Abuse Rev.* 2012;5(1):64-83.
64. Antoniazzi RP, Lago FB, Jardim LC, Sagrillo MR, Ferrazzo KL, Feldens CA. Impact of crack cocaine use on the occurrence of oral lesions and micronuclei. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2018;47(7):888-95.
65. Cook JA. Associations between use of crack cocaine and HIV-1 disease progression: research findings and implications for mother-to-infant transmission. *Life Sci.* 2011;88(21-22):931-9.
66. Gontijo B, Bittencourt FV, Lourenço LFS. Manifestações cutâneas decorrentes do uso de drogas ilícitas. *An Bras Dermatol.* 2006;81(4):307-17.
67. Melo CAA, Guimarães HRG, Medeiros RCF, Souza GCA, Santos PBDD, Tôres ACSP. Oral changes in cocaine abusers: an integrative review. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2022;88(4):633-41.
68. Paradisi E, Cabrero MC. Perforación de la bóveda palatina por consumo de cocaína: reporte de un caso. *Rev Soc Odontol La Plata.* 2020; XXX(58):9-12.
69. Saini GK, Gupta ND, Prabhat KC. Drug addiction and periodontal diseases. *J Indian Soc Periodontol.* 2013;17(5):587-91.
70. Woyceichoski IE, Arruda EP, Resende LG, Machado MAN, Grégio AMT, Azevedo LR, et al. Cytomorphometric analysis of crack cocaine effects on the oral mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;105(6):745-9.

71. Yukna RA. Cocaine periodontitis. Int J Periodontics Restorative Dent. 1991;11(1):72-9.
72. Screatton GR, Singer M, Cairns HS, Thrasher A, Sarner M, Cohen SL. Hyperpyrexia and rhabdomyolysis after MDMA ("ecstasy") abuse. Lancet 1992;339(8794):677-8.

Endereço para correspondência:

Francieli Regina Bortoli
Rua Universitária, 1900, Parque do Balonismo
CEP 95560-000 – Torres, Rio Grande do Sul, Brasil
Telefone: (51) 36262000
E-mail: fran_bortoli@yahoo.com.br

Recebido em: 13/02/2024. Aceito: 25/03/2024.