

A INTERVENÇÃO MÉDICO DENTÁRIA NO PACIENTE COM HÁBITOS ALCOÓLICOS

JOSÉ MANUEL MENDES*; JOSÉ FRIAS-BULHOSA**;

RESUMO

A adicção ao álcool é um fenómeno social que tem atravessado a História desde a antiguidade clássica e que presentemente está estabelecida em praticamente todas nações, com excepção de restritas comunidades de carácter religioso, independentemente das políticas de restrição social ao consumo em excesso. Assim, o crescente número de indivíduos consumidores de álcool em excesso, tem sido considerados pela O.M.S., como um grave problema de saúde que afecta os indivíduos à escala mundial.

Neste trabalho pretende-se enquadrar o alcoolismo como uma doença com etiologia multicausal, fortemente associada a comportamentos humanos e suas determinantes, bem como, delinear as complicações médicas inerentes, particularizando estados de saúde oral típicos do alcoólico e perspectivas de abordagem clínica médico-dentária.

Palavras-Chave: Alcoolismo, Aspectos Clínicos, Saúde Oral, Terapêutica

Abstract

Addiction to alcohol is a social phenomenon that has accompanied Man throughout History since the Ancient Greek Times, and nowadays it is a reality in almost all nations, with the exception of restricted religious-based communities, independently from their social-restriction policies on excessive drinking. Thus, the increasing number of individuals who drink alcohol in excess, have been considered by the WHO as a serious health problem affecting people all over the world.

This work wants to characterize alcoholism as a disease with an etiology with multiple causes, strongly related to human behaviours and determinants. We want as well to define the medical complications inherent, specifying the oral health situation illustrative of the alcoholic, and different perspectives of oral-medical and clinical approaches.

Key-Words: Alcoholism, Clinical Aspects, Oral Health, Therapeutics

INTRODUÇÃO

O álcool é conhecido do Homem desde as mais remotas civilizações. As primeiras referências históricas encontram-se descritas na pirâmide de Sakkara no Egipto, cuja construção data de cerca 4.000 anos A.C. Para as civilizações antigas, ao álcool era atribuído um

valor simbólico e tendiam a relacioná-lo com os deuses. A história demonstra que a introdução do álcool numa determinada população, que até então o desconheça, leva a que seja incorporado nos padrões sócio-culturais da comunidade.⁽¹⁾

Presentemente o etanol é a substância com capacidade de induzir a dependência e desvios comportamentais, mais difundida a escala mundial. Estima-se que 30% da população seja consumidora excessiva de álcool.

A ingestão abusiva de álcool pelo indivíduo, traduz-se no consumo de quantidades exagera-

*Médico Dentista, Assistente de Prótese Total Removível do ISCSN;

**Médico Dentista, Assistente de Medicina Dentária Preventiva e Genética Oro-Facial do Dep. de Saúde Oral Infantil e Prevenção do ISCSN

das e com frequência, tendencialmente crescente de bebidas com etanol, conduzindo a quadros clínicos complexos, típicos pela disfunção orgânica e comportamental a que estão associados. O alcoolismo deve ser considerada uma doença sistémica e o alcoólico deve ser considerado um doente sob o aspecto físico, psíquico e social. ⁽²⁾

A adicção ao álcool tem implicações e condicionantes orais e sistémicas, que devem ser devidamente avaliadas antes da realização do acto médico. Pelo facto de maioritariamente este tipo de doentes, quando não integrados em programas de desintoxicação, recorrerem à consulta dentária em situação de emergência, em detrimento de planos continuados de tratamento, pode levantar ao médico problemas acrescidos na categorização de cada caso.

A subvalorização de alguns aspectos clínicos, típicos do doente alcoólico, ou a inadaptação do questionário (subtileza objectiva) no momento da realização da triagem pode levantar ab initio certos conditionalismos na relação médico-doente, que poderão comprometer os tratamentos e a segurança na execução dos mesmos, não descurando os problemas no foro da Bioética. A abordagem médico-dentária ao paciente alcoólico deve-se integrar numa perspectiva de multidisciplinidade necessária à recuperação total do indivíduo. A saúde oral destes indivíduos deve ser considerada em função dos factores de risco associados a adicção ao álcool, implementando-se programas de rastreio periódicos do cancro oral ou de lesões pré-cancerosas.

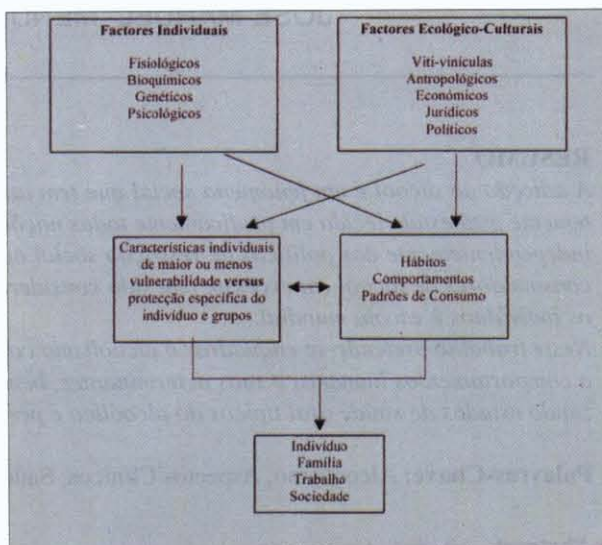
Pretende-se, com este trabalho de revisão analisar, numa perspectiva holística o doente alcoólico e principais considerações na abordagem médico dentária a este tipo de pacientes, até porque verifica-se uma escassez de bibliografia na especialidade de Medicina Dentária.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O INDIVÍDUO ALCOÓLICO

A adicção é uma condição desencadeada pelo consumo repetido de substâncias naturais ou sintéticas de tipo euforizante, pelas quais os indivíduos se tornam dependentes física e

psiquicamente⁽³⁾.

Cartwright e Shaw⁽²⁾ salientam em 1978, a importância fundamental da inter-influência de vários factores, criando o modelo multifactorial (bio-psico-sócio-ecológico- antropológico-cultural) que traduz desta interacção entre factores as duas grandes determinantes da prevalência do alcoolismo: os modelos de consumo e a vulnerabilidade ou protecção do indivíduo (Esquema 1).



ESQUEMA 1 - Inter-relacção do modelo multifactorial

No caso do álcool, a dependência física é um estado ao qual o organismo se adaptou, e onde a presença da substância é incorporada como fazendo parte de um "estado normal" de funcionamento para os tecidos e órgãos. Para que este estado se estabeleça são necessárias duas condições: **tolerância** - processo pelo qual o organismo se adapta ao álcool e requer maiores incrementos de dose para que se atinja os mesmos efeitos, o aumento da taxa de degradação metabólica confere um maior grau de adaptação ao etanol; e **síndrome de abstinência** - que se refere à crise aguda e de desconforto físico e psíquico do indivíduo, quando se não verifica a ingestão de álcool.

A dependência psicológica⁽³⁾ é um estado em que os indivíduos sentem a compulsão para a ingestão de álcool pelos efeitos "agradáveis" que este produz, sendo capaz de sacrificar estados biológicos prioritários (alimentação, repro-

dução, etc.).

O doente alcoólico apresenta sérias complicações no domínio social uma vez que experimenta e passa por diferentes fases, umas identificadas com a realidade, outras desajustadas no espaço e tempo, que é tanto mais evidente quanto maior a dependência.

A actividade profissional do paciente alcoólico pode estar francamente comprometida, tornando-o ainda mais vulnerável, sob o ponto de vista social e com repercussões directas no seio familiar.

DEFINIÇÃO

A definição de alcoolismo varia muito ao longo da literatura. Em parte, não constitui uma entidade nosológica definida, mas a globalidade dos problemas associados ao álcool, que se estendem a vários níveis, provocando perturbações físicas, psíquicas, familiares e ocupacionais com repercussões económicas e legais.⁽²⁾ Contudo existem alguns critérios que são sempre considerados: i) quantidade e frequência, ii) comportamentos indicativos de adicção ao álcool e iii) debilidade física. Habitualmente distinguem-se duas formas de alcoolismo: o agudo e o crónico.

O **alcoolismo agudo** reporta-se a um conjunto de perturbações (excitação, desinibição, euforia, desequilíbrio, desajustamento da palavra e da acção e sonolência) que o indivíduo pode apresentar quando ingere, ocasionalmente, doses excessivas de bebidas alcoólicas.

O **alcoolismo crónico**, também designado por doença alcoólica verdadeira, resulta da ingestão habitual e repetida de álcool, com a manutenção do organismo sob acção de doses excessivas de álcool, superiores à capacidade de metabolização do próprio organismo. Clinicamente traduz-se em deficiências de vários órgãos e sistemas.⁽⁴⁾

Segundo a O.M.S.⁽⁵⁾ alcoólico é definido como aquele indivíduo que ingere quantidades excessivas de bebidas alcoólicas (fermentadas ou destiladas), e cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, alterações físicas e na vida de relação com os outros elementos sociais.

CONCEITOS

O conceito de alcoolismo como doença desenvolve-se só na segunda metade do século XIX, com Magnus Huss, desde então um crescente número de autores tem vindo a considerar que o álcool provoca doença e que o alcoólico deve ser considerado como afectado por uma doença comportamental.^(2,6)

Já neste século, os novos conhecimentos sobre a fisiopatogenia e toxicidade do álcool, de bioquímica e dependência, e o enriquecimento dos estudos epidemiológicos, deram uma vasta contribuição para a perspectiva científica da doença alcoólica.

Segundo D. Leigh e col.⁽⁷⁾, Jellinek propôs uma classificação de alcoolismo fundamentada no conceito de que se trata de um processo em que vários temas são atingidos progressivamente, sugerindo que a etiologia apresentava-se relacionada com o tipo de consumo de álcool.

Alguns autores⁸ apresentam factores genéticos indicativos para uma predisposição biológica à morbidade alcoólica. A transmissão hereditária poderá ser do tipo poligénico surgindo alguns genes candidatos no cromossoma X.

Presentemente, a O.M.S. apresenta um modelo multifactorial indicativo dos vários factores etiológicos determinantes para o aparecimento e desenvolvimento da doença alcoólica, assim sendo, a abordagem indicada para este tipo de pacientes abrange várias especialidades médicas, e considera-se que a interdisciplinaridade deve ter como principal objectivo a recuperação funcional e social do indivíduo.

O estabelecimento de hábitos de consumo de álcool varia ao longo das várias fases de crescimento do indivíduo. Na criança estes hábitos são adquiridos directamente por influência familiar e com uma forte componente educacional. Assim, o consumo de álcool nestas idades provoca alterações a nível do comportamento e dos sentimentos: no que respeita às alterações comportamentais, são exemplo o fracasso em atingir as etapas de maior desenvolvimento, diferenciando alterações no processo de socialização e perturbações nos ciclos circadiano. Em relação às alterações dos sentimentos, citamos como fundamentais, a depres-

são, a hostilidade, e o medo, entre outras.

No adolescente, o consumo de álcool pode ser encarado como um factor adjuvante à socialização, devido principalmente aos efeitos de desinibição e euforia, promovendo uma imagem de autonomia e independência tipicamente associada à do adulto. A adesão ao consumo de álcool nestas idades pode ser modelada pela influência do grupo, pois os adolescentes tendem a ajustar o seu consumo ao consumo daqueles que os rodeiam. Como principais consequências do abuso do álcool, surgem perturbações no desempenho académico, alterações da consciência e da capacidade de discernimento, da responsabilização pelos actos praticados, que por vezes se traduzem, nos primeiros sinais de delinquência juvenil.

PROBLEMAS MÉDICOS RELACIONADOS COM A DOENÇA ALCOÓLICA

As complicações mais frequentemente, presentes no doente alcoólico, abrangem um quadro clínico complexo que pode atingir praticamente todos os órgãos e sistemas, compreendendo:

Doença hepática- Pelo facto da metabolização do álcool ocorrer primariamente no fígado, onde o etanol é oxidado e convertido, favorecendo a rápida formação de gorduras que irão ser depositadas no fígado e noutras zonas do corpo, com graves repercussões nas suas funções metabólicas.

Os primeiros sinais de lesão hepática surge com o aparecimento de esteatose que pode evoluir para hepatite, tóxica, fibrose, cirrose e até para carcinoma hepatocelular.

Deficiências nutricionais e metabólicas - A má nutrição é uma complicação frequente no alcoólico.

O álcool interfere no metabolismo dos folatos, da tiamina, vitamina A, B1, B2 e B6, Vit. E, debilitando os mecanismos de absorção e de transporte activo, o que pode funcionar como factor etiológico para o desenvolvimento de anemia, depressão celular biotransformante e das funções hormonais, polineuropatias periféricas.

Alterações no sistema cardiovascular- Os efeitos produzidos no aparelho cardiovascular, devidos a ingestão alcoólica diferem substancialmente, caso exista patologia cardíaca prévia ou não⁽⁹⁾.

No caso do indivíduo saudável a ingestão alcoólica vai promover taquicardia e aumento do débito cardíaco, ocorrendo aumento da hipertensão arterial e do trabalho do ventrículo esquerdo. No indivíduo com o coração doente aumenta a resistência vascular sistémica, diminui o débito cardíaco e o trabalho do ventrículo esquerdo.

Na realidade ocorre uma acção inotrópica negativa dose-dependente, que se torna mais acentuada consoante a quantidade de álcool ingerida. Este dado refuta a existência de qualquer tipo de efeito tido como eventualmente benéfico.

A miocardiopatia alcoólica, a hipertensão arterial e a patologia coronária serão as⁽³⁾ mais importantes patologias devidas à sua ingestão crónica.

O músculo cardíaco sofre um processo de degenerescência que tem como primeira manifestação, a depressão da contractilidade miocárdica que conduz à insuficiência cardíaca e ao aparecimento de arritmias.

A hipertensão arterial tem uma correlação positiva com o consumo de bebida com álcool⁽¹⁰⁾. O álcool por interferência com a bomba de cálcio, promove a acumulação de cálcio intracelular, não só porque facilita a sua entrada na célula, como ainda dificulta a sua saída, este facto vai implicar o aumento do tonus muscular. O aumento da frequência e do trabalho cardíaco é devido ao aumento dos níveis de epinefrina e do cortisol plasmáticos.

O álcool segundo vários estudos epidemiológicos⁽¹¹⁾ pode ter um efeito protector na doença coronária, este facto é explicado á luz do aumento do colesterol HDL. No caso de existir uma angina de peito já declarada a ingestão de álcool pode tornar-se prejudicial devido as alterações do fluxo.

A prevalência de acidentes vasculares cerebrais é maior neste conjunto de pacientes.

Disfunções neurológicas- As complicações neurológicas típicas no alcoólico incluem neuropatia periférica, alucinações, crises convulsivas demência ou lesões mais profundas como o síndrome de Wernicke-Korsakoff e atrofia cerebral que ocorrem preferencialmente nos bebedores crónicos⁽¹²⁾.

O síndrome de Wernicke-Korsakoff é um desequilíbrio do sistema nervoso central, associado a uma deficiência da tiamina, que inclui distúrbios oculares, ataxia e estados confusionais e disfunção cognitiva, incapacidade de aquisição de novos conhecimentos e perda de memória para acontecimentos recentes.

Patologia do sistema gastrointestinal - Existe grande risco de desenvolvimento de cancro esofágico e grande prevalência de gastrite atrófica, considerada como um precursor do carcinoma gástrico.

A pancreatite crónica e a ocorrência de úlceras pépticas são também frequentes. As alterações que ocorrem a nível das enzimas pancreáticas vão dificultar a absorção de determinados nutrientes.

Alterações do sistema imunitário - A ingestão de álcool diminui a produção e precipita a destruição dos leucócitos polimorfonucleares. Este facto justifica a susceptibilidade deste indivíduos à infecção.

Efeitos teratogénicos - O consumo de álcool durante a gravidez, provoca, no feto, graves alterações morfológicas e no desenvolvimento do seu sistema neurológico. Os defeitos congénitos encontrados em filhos de mães com consumos regulares de álcool, caracterizam-se por atraso no crescimento intra-uterino e post-natal, anomalias cranio-faciais, defeitos no encerramento do tubo neural associado a anencefalia e espinha bífida.

Este conjunto de alterações, habitualmente

designado por Síndrome alcoólico-fetal, tem vindo a ser corrigida a sua designação, para Síndrome fetal de abuso de álcool e tem uma taxa de incidência em nascituros de 4%, para mães consumidoras leves⁽¹³⁾.

PROBLEMAS ORO-FACIAIS TÍPICOS DO ALCOÓLICO

A patologia oral típica destes pacientes está associada quer à ingestão do álcool, e afecta quer os tecidos duros quer os tecidos moles da boca⁽¹²⁾, quer os traumatismos químicos resultantes do abuso de álcool⁽¹⁴⁾.

O controlo e abordagem do paciente alcoolizado podem apresentar graves problemas para o profissional de saúde oral, principalmente no âmbito da consulta de urgência e, no nosso País, isto é particularmente válido em ambiente hospitalar.

São raros os estudos publicados sobre o estado de saúde oral nos pacientes alcoólicos, bem como a relação causal entre os indicadores de saúde oral e o consumo de álcool^(15,16).

Habitualmente a higiene oral é deficiente e ineficaz, este facto vai-se traduzir num incremento dos depósitos de placa bacteriana e conseqüente alta prevalência de patologia periodontal e de cárie.

Alterações faciais - Ocorrem neste tipo de doentes, circunscvem-se a edema facial, alguns indivíduos apresentam icterícia, telangiectasias e rinofimia.

Deve assim o profissional de Saúde Oral estar particularmente atento a equimoses na face, visto que, em fases de semi-inconsciência, estão mais susceptíveis a este tipo de lesões⁽¹⁷⁾.

Alterações morfológicas - A anatomia dentária pode estar alterada devido a desgastes do esmalte dentário, provocados numa fase consciente pela atrição ou, em períodos inconscientes (períodos REM) onde a actividade muscular causa bruxismo⁽¹⁸⁾.

Estão descritos⁽¹⁹⁾ alguns casos de erosão das

superfícies palatinas dos incisivos superiores, devido a sucessivas e involuntárias regurgitações ácidas, associadas ao consumo de álcool.

Os processos enzimáticos que conduzem a xerostomia no paciente alcoólico pode também promover alterações que promovem a erosão dentária^(20,21).

Cancro Oral - Segundo N.D.Robb e col.18 o risco de desenvolvimento de lesões metaplásicas aumenta 10 a 15 vezes nos alcoólicos crónicos.

Relativamente à língua, os seus movimentos além de estarem alterados devido a uma menor capacidade de mobilidade, o que pode dificultar a fonética e a ingestão dos alimentos, podem ainda, devido à habitual presença de restos de peças dentárias, apresentar alta prevalência de lesões dos bordos linguais e tumores linguais.

No que respeita à associação do tabaco com o álcool Schlecht e colaboradores⁽²⁰⁾ concluem, após estudo do tipo caso-controlo, que não existe evidência no aumento de risco de desenvolvimento de cancro oral e cancro faríngeo, por outro lado, Szabo e col.⁽²¹⁾, em estudo semelhante encontram uma prevalência de malignidade de 2,66% e de cerca de 19% de ocorrência de tumores benignos e lesões pré-cancerosas. Cawson e colaboradores⁽²⁰⁾ fazem referência ao estudo epidemiológico na comunidade Mormons onde os indivíduos abstémios de álcool e de tabaco apresentam um risco de 1/38.

Doença periodontal - Devido às interferências que ocorrem entre o álcool e a formação e deposição do colagéneo, as fibras dos tecidos periodontais apresentam alterações, que contribuem quer para o desequilíbrio microbiano da flora sulcular, quer na estabilidade funcional do periodonto⁽⁹⁾.

As primeiras manifestações de inflamação gengival caracterizam-se por perda do aspecto de casca de laranja, as papilas tomam um aspecto mais rombóide. Com o avançar do processo inflamatório surge a formação de bolsas periodontais^(20,22).

Alterações da mucosa oral - A mucosa oral frequentemente manifesta a de icterícia, que se

caracteriza pela alteração da cor. As outras alterações enquadram-se dentro da estomatite, glossite e aftas.

Halitose - As alterações enzimáticas e da amilase salivar, que ocorrem a nível glandular, promove uma halitose característica o que vai contribuir para a marginalização social deste indivíduos⁽²⁴⁾.

Alterações glandulares - Existem estudos^(23,25) no rato, em que a administração de etanol reduz o fluxo salivar da parótida, após 25 minutos, e este efeito tem tendência a ser menos acentuado com a passagem a ingestão crónica.

Estão descritas algumas referências na literatura médica sobre a ocorrência de sialadenose que se caracteriza por hipertrofia das glândulas salivares, principalmente da glândula parotídea^(20,23). Histologicamente, isto é devido a infiltração adiposa com formação de edema intersticial no tecido conjuntivo e a hipertrofia acinar serosa⁽²¹⁾.

Esta característica é importante no diagnóstico precoce da cirrose hepática, uma vez que a precede na grande maioria dos casos.

Alterações bioquímicas.- Verificou-se, que numa fase aguda de alcoolismo, as concentrações electrolíticas sofriam alterações, nomeadamente aumento da concentração do ião sódio e diminuição da concentração do ião cloro, na fase crónica a concentração do ião sódio diminui.

O pH salivar está alterado apresentando valores baixos, o que funciona como factor desencadeante da cárie dentária^(26,27).

CONSIDERAÇÕES TERAPÊUTICAS NO DOENTE ALCOÓLICO

Os tratamentos farmacológicos, típicos da intervenção médico-dentária, apresentam características peculiares e limitam, assim, a possibilidade de surgirem interacções farmacológicas graves, não só porque a maioria dos fármacos mais utilizados tem uma larga margem de segurança, administram-se numa só dose ou

por um curto período de tempo, tornando raras as situações clínicas causadas por muitas das interações associadas a alterações da velocidade de metabolização e da excreção dos fármacos⁽²⁸⁾.

As interações medicamentosas com o álcool devem assumir um importante papel na abordagem clínica oral, neste tipo de pacientes.

Geralmente, os indivíduos alcoólicos, numa fase crónica da doença, onde já está estabelecida patologia hepática grave, tal como a cirrose ou hepatites crónicas, têm o metabolismo de alguns fármacos mais lento, causado pela alteração dos processos enzimáticos, relativamente a fases em que a patologia hepática ainda não se manifesta. O facto de existir uma diminuição da concentração de albumina vai fazer com que, relativamente à concentração plasmática de fármacos que circulam na corrente sanguínea, como os anestésicos do grupo amida, estejam em maior concentração, o que aumenta o risco de reacções por sobredosagem⁽²⁰⁾.

Os efeitos do etanol podem ser potenciados por todos os outros agentes que deprimem o S.N.C. e estão particularmente sensíveis a indivíduos ao quais sejam administrados hipnóticos, sedativos, anticonvulsivos, analgésicos como os opiáceos, antidepressivos e ansiolíticos.

Visto ocorrer uma grande difusão, sob o ponto de vista social, quanto ao recurso a psicofármacos será bastante importante a avaliação de todo o esquema terapêutico a que os indivíduos estão submetidos, na altura da consulta, por parte do profissional de saúde oral.

Em relação aos anestésicos e sedativos ou hipnóticos estes geralmente têm um efeito aditivo ao álcool e estas interações não são de todo previsíveis, podendo conduzir a estados de sedação incontroláveis⁽²⁸⁾. A anestesia geral está assim contra-indicada devido às complicações resultantes da patologia cardíaca, devido aos efeitos sobre o S.N.C., ou terá que ser realizada em planos mais superficiais.

O recurso a anti-inflamatórios não esteróides (AINE) em medicina dentária, visa intervenções ao longo de poucos dias e com o objetivo de controlar a dor aguda pós-operatória. Os AINE e o etanol podem lesar a barreira da mucosa gástrica, potenciando o sangramento gástrico por estimulação da produção do ácido gástrico e prolongamento do tempo de protrombina. Assim, está recomendado que deve existir um tempo de mediação entre a ingestão de álcool e o ácido acetilsalicílico de 12 horas⁽²⁸⁾. Estão descritas na literatura interações entre o paracetamol e o etanol com ocorrência de lesões hepáticas graves⁽²⁸⁾. A ingestão crónica de álcool causa um aumento gradual de CYP2E1 reduzindo a capacidade de metabolização de outros fármacos.

Em virtude de no doente alcoólico crónico o risco de disfunção hepática ser elevado, será de avaliar o risco/benefício de qualquer prescrição terapêutica que seja metabolizada pelo fígado⁽²⁹⁾.

Deve-se aconselhar os pacientes para que não consumam álcool durante o tratamento com metronidazol e nos 3 dias seguintes após a sua interrupção. O metronidazol inibe a enzima acetilaldeído-desidrogenase, provocando a acumulação de acetilaldeído que juntamente com o álcool pode provocar dificuldade respiratória, cefaleias, taquicardia e náuseas, sintomatologia semelhantes à associação do etanol com disulfiram⁽³⁰⁾. O metronidazol interage com o álcool provocando náuseas, vômito, sudorese, vasodilatação e palpitações. Estes efeitos apesar de alarmantes e desagradáveis não constituem por si só qualquer outro perigo⁽¹⁶⁾.

Em relação aos efeitos em que se desenvolve a doença hepática, este mecanismo pode sofrer reversão passando os fármacos a ter efeitos desproporcionais, tais como as fenotiazinas, methrohexital, topental, tricíclicos.

Em relação aos analgésicos os salicilatos são de evitar devido à susceptibilidade para o desenvolvimento de complicações hepáticas por parte do paciente alcoólico.

BIBLIOGRAFIA

1. Sanmartí L.S., Bach L.B.. Alcool y Salud. in: Medicina Preventiva y Salud Publica. Gil G. P., Calero J. R., Carmona M. D. e col. 83º cap.; ed. Masson-Salvat Medicina; 9ª ed. Barcelona. 1994; 1278-93.
2. Mello M.L.M., Pinto A.P., Frazão M.H. e col.. in: Manual de Alcoologia para o Clínico Geral. Ed. C.R.A. Coimbra.1988.
3. Sarafino E.P.. Lifestyle factors and modification: substance abuse. in: Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. Ed. John Wiley & Sons. Nova Iorque. 1992.
4. Mello M.L.M.. O álcool e o alcoolismo. Ed. C.R.A. Coimbra. 1995
5. O.M.S. Problèmes Liés à la Consommation d'Alcool. Série Rap. Techn. N° 650. 1980.
6. Moser J.. La Consommation d'Alcool et les Problèmes Liés à l'Alcool: Elaboration de Politiques et de Programmes Nationaux. Ed. O.M.S. Genebra. 1982.
7. Leigh D., Pare C.M.B., Marks J.. Alcoolismo. in: Enciclopédia Concisa de Psiquiatria. Ed Roche. Lisboa.1981.
8. Schuckit MA. Overview of alcoholism. J. Am. Dent. Assoc. 1979; 99: 489-493.
9. Lopes M.R.. Álcool e Patologia Cardiovascular. Rev. Soc. port. Alcoologia. 1993. 2: 21-31.
10. Ireland M.A., Vandongen R., Beilin L.J. Acute effects of moderate alcohol consumption on blood pressure and plasma catecholamines. Clin. Sci. 1984. 66: 643-4.
11. Hoffmeister H, Schelp F-P, Mensink GBM, Dietz E, Böhning D. The relationship between alcohol consumption, health indicators and mortality in the German population. Int. J. Epidemiol. 1999. 28: 1066-72.
12. McDiarmid M.. Dental treatment and the alcoholic. New Zealand. Dent. J. 1996. 92: 83-5.
13. Church MW, Abel EL. Fetal Alcoholic Syndrome: hearing, speech, language and vestibular disorders. Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 1998. 25: 85-97.
14. Eckardt MJ, Hartford TC, Kaelker CT e col. Health hazards associated with alcohol consumption. J. Am. Med. Assoc. 1981. 246:648-66.
15. Kranzler HR, Babor TF, Goldstein L, Gold J. Dental pathology and alcohol-related indicators in an outpatient clinic sample. Community Dent. Oral Epidemiol. 1990. 18: 204-7.
16. Hede B. Determinants of Oral health in a group of Danish alcoholics. Eur. J. Oral Sci. 1996. 104: 403-8.
17. Scully C., Cawson R. A. Drug Problems in Dental Practice: Alcohol. in: Medical Problems in Dentistry. Wright Ed. Cap. 19º, 3ª Edição. Oxford 1993.
18. Robb ND, Smith BGN. Chronic alcoholism: an important condition in the dentist-patient relationship. J. Dent. 1996. 24:17-24.
19. Milosevic A, Brodie DA, Slade PD. Dental erosion, oral hygiene and nutrition in eating disorders. Int. J. Eat Disord. 1997. 21: 195-9.
20. Schlecht NF, Franco EL, Pintos J, Negassa A, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP. Interaction between tobacco and alcohol consumption and the risk of cancer of the upper aerodigestive tract in Brazil. Am. J.

- Epidemiol. 1999. 150: 1129-37.
21. Szabo G, Klenk G, Veer A, Nemeth Z. Correlation of the combination of alcoholism and smoking with the occurrence of cancer in the oral cavity. A screening study in an endangered population. *Mund. Kiefer Gesichtschir.* 1999.3:119-22. (Abs)
 22. Larato DC. Oral tissue changes in the chronic alcoholic. *J. Periodontol.* 1972. 43: 772-3.
 23. Cawson R.A, Odell E.W.. Neoplastic and non-neoplastic disease of salivary glands. in: *Essentials of oral pathology and oral medicine* Ed. Churchill Livingstone. 6ª ed..Cap. 17º. London. 1999.
 24. Simmons MS, Thompson DC. Dental erosion secondary to ethanol induced emesis. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1987. 64:731-33.
 25. Scott J., Berry MR, Woods K..Effects of acute ethanol administration on stimulated parotid secretion in the rat. *Alcoholism: Clin. Exper..Res.* 1989. 13:560-63.
 26. Leonard RH. Alcohol, alcoholism and dental treatment. *Comp. Contin. Educ. Dent.* 1991. 12: 274-83.
 27. Brickley MR, Shepherd JP. Alcohol abuse in dental patients. *Br. Dent. J.* 1990. 169:329-31.
 28. Haas DA. Adverse drug interactions in dental practice: interactions associated with analgesics. *JADA.* 1999.130: 397-407.
 29. Friedlander AH, Mills MJ, Gorelick DA. Alcoholism and dental management. *Oral Surg.* 1987. 63: 42-6.
 30. Hersh EV. Interacciones farmacológicas adversas en odontología: interacciones relacionadas con los antibióticos. *JADA.* 1999. 2: 22-44.