



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CAMPUS I BODOCONGÓ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

MONALISA DA NÓBREGA CESARINO GOMES

**PERCEPÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS A SAÚDE PELO CONSUMO DE
DROGAS LÍCITAS: UM ESTUDO COM ADOLESCENTES**

CAMPINA GRANDE – PB

2012

MONALISA DA NÓBREGA CESARINO GOMES

**PERCEPÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS A SAÚDE PELO CONSUMO DE
DROGAS LÍCITAS: UM ESTUDO COM ADOLESCENTES**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Odontologia

Orientadora: Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia

CAMPINA GRANDE-PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S633p

Gomes, Monalisa da Nóbrega Cesarino.

Percepção das consequências a saúde pelo consumo de drogas lícitas: um estudo com adolescentes. [manuscrito] / Monalisa da Nóbrega Cesarino Gomes. – 2012.

37 f. il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia, Departamento de Odontologia”.

1. Saúde bucal. 2. Adolescentes. 3. Drogas lícitas.
I. Título.

21. ed. CDD 617.601

MONALISA DA NÓBREGA CESARINO GOMES

**PERCEPÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS A SAÚDE PELO CONSUMO DE
DROGAS LÍCITAS: UM ESTUDO COM ADOLESCENTES**

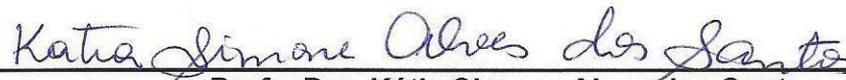
Artigo apresentado ao Curso de
Graduação em Odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba em
cumprimento às exigências para a
obtenção do grau de Bacharel em
Odontologia

Aprovada em: 26/06/2012

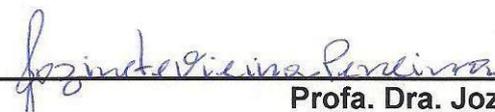
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Gracia
(Orientadora)



Profa. Dra. Kátia Simone Alves dos Santos
(1º Examinador)



Profa. Dra. Jozinete Vieira Pereira
(2º Examinador)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus por tudo que me proporciona, aos meus pais e irmãos pelo amor incondicional e a Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia pelo incentivo e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus** pelo dom da vida. Obrigada por estar sempre ao meu lado, guiando meus passos. A Ele agradeço todo objetivo alcançado e força proporcionada para vencer todos os obstáculos de minhas próprias escolhas.

A Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia, minha orientadora, pela oportunidade de crescimento, confiança e dedicação. Agradeço por ter-me “adotado” como filha, pois seus ensinamentos foram fundamentais para o meu amadurecimento. Admiro-te não só pela profissional que és, mas também por ser amiga, sincera e justa. Obrigada pelas palavras, incentivos e cobranças, a senhora foi e será muito importante para minha trajetória.

Aos meus pais, Sylvia Cesarino e Leonardo Gomes, que além de me proporcionarem uma boa infância e vida acadêmica, deram-me os fundamentos do meu caráter através da educação. Obrigada por todo amor, carinho, apoio e incentivo permanente à minha formação profissional, vocês são essenciais em minha vida, desde sempre. Essa conquista é nossa!

Aos meus irmãos, Leonardo Filho e Mariana, por estarem sempre presentes e torcendo pela minha vitória. Agradeço pela companhia constante. Saibam que podem sempre contar comigo.

Ao meu Amor, Francisco Neto, obrigada por ter me dado “a sorte de um amor tranquilo”. E por sempre elogiar as minhas conquistas e me incentivar. Por todos os conselhos, todo carinho, cumplicidade, amor e compreensão, especialmente nos momentos em que estive ausente.

A toda minha família que mesmo não estando sempre próximos fisicamente torcem e vibram com cada conquista minha.

A todos os professores que compõem o corpo docente do curso de Odontologia da UEPB, pelos ensinamentos e incentivos que hoje resultam no meu amadurecido e crescimento intelectual, em especial **às Professoras Kátia Simone Alves dos Santos e Jozinete Vieira Pereira** por aceitarem participar da minha banca.

A minha dupla Marayza Alves pela presença constante desde o início do curso. Obrigada pela amizade, carinho e confiança. Estivemos sempre juntas em clínicas, seminários, estágios, pesquisas, EMI... Quero mantê-la sempre próxima, ainda temos muita caminhada juntas, minha ‘dupla sertaneja’!

A Gabriella Arrais e Ramon Targino, que juntamente com **Marayza Alves**, participaram da minha vida acadêmica, através de grupos de pesquisas. Adorei conhecer melhor vocês, obrigada pela amizade, companheirismo e ajuda sempre.

Aos escolares, pela participação na pesquisa, que possibilitaram a coleta de dados necessária.

Aos amigos da graduação por esses anos de convivência, estudos e muitos momentos eternizados, tornando a vida acadêmica repleta de saudades já existentes em mim.

A todos meus amigos que direta e indiretamente contribuíram para esta concretização. Portanto meus amigos sintam-se todos agradecidos.

Aos funcionários da UEPB por toda dedicação e ajuda sempre que solicitados.

***"Para realizar grandes conquistas,
devemos não apenas agir, mas também
sonhar; não apenas planejar, mas
também acreditar."***

(Anatole France)

RESUMO

Avaliar a percepção das consequências a saúde pelo consumo de drogas lícitas, entre aqueles que experimentaram ou não estas drogas. Foi um estudo transversal, no qual foram entrevistados 574 adolescentes de 10 a 19 anos de escolas públicas de Campina Grande –PB. Os testes estatísticos utilizados foram o Qui-quadrado e o Exato de Fisher (significância de 5%). A prevalência de tabagismo foi de 3,3% e 54,5% dos adolescentes experimentaram o álcool. A maioria considerou que o tabagismo pode causar problemas a saúde (93,6%), sem diferença entre os grupos ($p=0,434$) e a doença mais citada foi o câncer (44,2%; $p=0,434$). Um percentual de 88% ($p=0,526$) acredita que o tabagismo pode prejudicar a saúde bucal e a cárie dentária foi a patologia mais citada (38,2%; $p=0,013$). Em relação ao álcool, a maioria acredita que pode causar problemas de saúde (90,15%; $p=0,027$) sendo a cirrose (23,8%; $p=0,001$) a consequência mais citada. O mau hálito (38,3%; $p=0,267$) foi o prejuízo à saúde bucal mais apontado em consequência ao álcool. A prevalência de tabagismo foi baixa, entretanto observou-se um alto consumo de álcool. No geral, há um desconhecimento sobre as consequências do consumo de drogas lícitas na saúde geral e bucal.

Palavras chaves: adolescentes; saúde bucal; tabagismo; alcoolismo.

ABSTRACT

The aim of the present study was to determine the prevalence of tobacco smoking and alcohol use and the recognition of the harmful effects of these drugs on health among adolescents. For such, a cross-sectional study was carried out involving interviews with 574 adolescents between 10 and 19 years of age at public schools in the city of Campina Grande, state of Paraíba, Brazil. The sample was divided into two groups (those who had experimented with these drugs and those who had not). The chi-squared test and Fisher's exact test were used for the statistical analysis, with the level of significance set to 5%. The prevalence of smoking was 3.3% and 54.5% of the adolescents had experimented with alcohol. The vast majority (93.6%) believed that smoking can cause health problems, with no significant difference found between groups ($p=0.434$). Cancer was the most cited consequence (44.2%; $p=0.434$). A total of 88% believed that smoking can have a negative effect on oral health ($p=0.526$), with dental caries the most cited condition (38.2%; $p=0.013$). The vast majority (90.15%) believed that alcohol use can cause health problems ($p=0.027$), with cirrhosis the most cited consequence (23.8%; $p=0.001$). Halitosis was the most cited oral health consequence of alcohol use (38.3%; $p=0.267$). The prevalence of tobacco smoking was low, whereas the prevalence of alcohol use was high. The adolescents interviewed generally demonstrated a lack of knowledge regarding the consequences of these drugs to general and oral health.

Keywords: adolescent; oral health; smoking; alcoholism.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 METODOLOGIA	11
3 RESULTADOS	14
4 DISCUSSÃO	15
5 CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21
TABELAS	26
NORMAS DA REVISTA ODONTO CIÊNCIA	31

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano caracterizada por mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais importantes para a consolidação de hábitos na vida adulta (1). É um período de vida compreendido entre 10 e 19 anos de idade, caracterizado por atitudes singulares, questionamentos, necessidade de auto-afirmação, incertezas, rebeldia, seguimento de grupos e modas, busca do equilíbrio físico-psíquico-social e comportamentos extremos. Estes aspectos tornam o adolescente vulnerável ao comportamento de risco e ao consumo de drogas ilícitas e lícitas (tabaco e o álcool), merecendo atenção redobrada (1-5).

O tabagismo é a segunda principal causa mundial de morte, sendo responsável pela morte de um a cada dez adultos (5 milhões por ano). Se os padrões atuais se mantiverem, em 2020 o tabagismo será a causa de 10 milhões de óbitos anuais, segundo a Organização Mundial da Saúde (6). O hábito de fumar tem sido identificado como fator de risco para o desenvolvimento de várias doenças tais como: câncer e outras doenças do pulmão e coração, dependência de nicotina, doença periodontal e perda dentária, e impotência sexual nos homens. Além disso, é causa direta de 30% dos casos de câncer (7-9). Noventa por cento dos fumantes ficam dependentes da nicotina entre os 5 e os 19 anos de idade (6).

O alerta para o consumo cada vez mais precoce do álcool tem sido realizado em vários estudos (1,10,11). O prazer imediato, a sensação de liberdade, a necessidade de transgressão de regras proporcionado pelo álcool

tem encontrado campo aberto na adolescência (12). Em longo prazo, diversas patologias têm sido relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas como hipertensão arterial sistêmica, obesidade, acidente vascular cerebral, polineuropatias, demência, convulsões e neoplasias orais e do tubo digestivo, como também as desordens mentais, o suicídio, as doenças sexualmente transmissíveis e a violência doméstica (1,4).

O tabagismo e o uso do álcool na adolescência têm sido considerados graves problemas de saúde pública não apenas no Brasil, mas em vários países do mundo e medidas tem sido realizadas para prevenção e controle precoce destas substâncias, em especial do tabaco (10,12,13).

Entretanto, há uma lacuna na literatura sobre estudos que explorem o conhecimento dos adolescentes sobre as possíveis conseqüências que estas drogas possam trazer para a saúde, não contribuindo para a construção de políticas educativo-preventivas. Diante do exposto, teve-se como objetivo avaliar a percepção das conseqüências a saúde pelo consumo de drogas lícitas, entre aqueles que experimentaram ou não estas drogas, sendo um estudo de base populacional com adolescentes de escolas públicas de Campina Grande, Paraíba.

2 METODOLOGIA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE – 0253.0.133.000-10), em concordância com a Resolução 196/96 do Comitê Nacional de Saúde.

Caracterizou-se por ser um tipo de estudo transversal realizado com 574 adolescentes de 10 a 19 anos de idade de ambos os gêneros, de escolas públicas na cidade de Campina Grande- PB, Brasil, considerada a cidade de interior de maior desenvolvimento no Brasil e está localizada no Nordeste, tem aproximadamente 386 mil habitantes e está dividida em seis distritos sanitários de saúde. É uma cidade industrializada com consideráveis disparidades culturais, sociais e econômicas, com renda média per capita de 110 dólares por habitante e um índice de desenvolvimento humano de 0,72 (14).

Os participantes foram selecionados de uma população de 11228 escolares e a amostra correspondeu a 5,11 % dessa população. A fim de garantir a representatividade, a amostra foi estratificada em duas fases. Na primeira fase as escolas foram selecionadas randomicamente de cada distrito sanitário de saúde de Campina Grande. Na segunda fase, os escolares foram randomicamente selecionados de cada escola. O tamanho da amostra foi calculado com uma margem de erro de 5%, um nível de confiança de 95% e uma prevalência esperada de 50%. Um fator de correção 1,3 foi aplicado para compensar o efeito do desenho. O tamanho mínimo da amostra foi estimado em 496 escolares. A este número foi adicionado 20% para compensar possíveis perdas totalizando 596 escolares.

Critérios de elegibilidade

- Adolescentes de 10 a 19 anos devidamente matriculados nas instituições selecionadas para a realização da pesquisa e que autorizaram ou que tiveram autorização dos pais (no caso de menores).

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por quatro pesquisadores, previamente calibrados, por meio de questionário auto-aplicável já utilizado em outras pesquisas. Definiu-se como fumante todo indivíduo que, por ocasião do inquérito, estivesse fumando qualquer tipo ou quantidade de tabaco, diariamente, há pelo menos seis meses; como ex-fumantes aqueles que, tendo sido fumantes, não tenham fumado qualquer tipo ou quantidade de tabaco nos últimos seis meses; e como não-fumantes, os que nunca tenham fumado, ou por pouco tempo ou de forma esporádica, qualquer tipo ou quantidade de tabaco, em qualquer período da vida, não sendo, portanto, considerados ex-fumantes (15).

Definiu-se o consumo do álcool obedecendo as seguintes categorias (12):

- *Uso na vida*: quando a pessoa fez uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida;
- *Uso no ano*: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam a pesquisa;
- *Uso no mês*: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam a pesquisa;
- *Uso freqüente*: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa;
- *Uso pesado*: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa.

Foi realizado um contato inicial com a escola para o agendamento da coleta de dados e neste momento foram encaminhados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. A fidedignidade das respostas foi testada pelo método de validação de “face” em 10% dos entrevistados. Nesse método, o pesquisador solicita aos tomadores de decisão que explicitem, com suas próprias palavras, o que entenderam sobre cada pergunta (16). Nenhum dos entrevistados apresentou dificuldade em responder às questões do formulário. Também foi realizado o teste e re-teste do questionário com um intervalo de 7 dias, obtendo-se uma concordância de 80% das respostas, sendo esse realizado durante o estudo piloto, não sendo incluídos nos resultados.

A aplicação o questionário teve um tempo de duração de 10 minutos e após a devolução destes aos pesquisadores, foi realizada uma palestra educativa sobre as conseqüências do uso do cigarro e do álcool. O período da coleta foi de agosto a dezembro de 2010.

Todos os resultados foram avaliados usando o Statistical Package for Social Science (SPSS for Windows, version 18.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Os testes estatísticos utilizados para testar a associação entre as variáveis e a experiência com o álcool e do cigarro foi o Qui-quadrado e o Exato de Fischer (nível de significância de 5%).

3 RESULTADOS

Participaram desse estudo 574 escolares; 22 se recusaram a participar, totalizando 3,7% de perdas. A tabela 1 descreve a caracterização amostral

relacionada à faixa etária, gênero e escolaridade, tabagismo e consumo do álcool. A maioria dos adolescentes apresentava de 13 a 15 anos (53,8%), era do gênero feminino (53,5%) e cursava ensino fundamental (87,6%). Um percentual de 3,3% era tabagista e 54,5% já fez uso do álcool, sendo que destes 6,7% faz uso pesado desta substância.

Um percentual de 93,6% acredita que o tabagismo pode prejudicar a saúde geral apresentando como problemas mais citados o câncer (44,2%) e problemas respiratórios e cardíacos (43,6%), sem diferença estatística entre tabagistas e não tabagista (Tabela 2).

A maioria considera que o tabagismo pode causar prejuízo a saúde bucal (88%, $p=0,526$) e doença mais citada foi a cárie dentária (38,2%) com diferença significativa entre fumantes e não fumantes ($p=0,013$) (Tabela 3).

Majoritariamente os pesquisados acreditam que o álcool pode trazer consequências a saúde geral (90,1%), sendo esta conscientização maior entre os que não experimentaram a bebida alcoólica ($p=0,027$). A cirrose foi a patologia mais citada (23,8%; $p=0,001$) (Tabela 4).

A percepção de que o álcool pode causar algum problema bucal foi maior entre aqueles que não experimentaram bebidas alcoólicas ($p=0,010$). O mau hálito foi o problema mais citado sem diferença significativa, entre os que experimentaram ou não bebida alcoólica ($p=0,267$) (Tabela 5).

4 DISCUSSÃO

A exposição ao tabagismo na adolescência tem inúmeras e importantes implicações para o bem estar e a saúde do adolescente, a curto, médio e longo

prazos além de ser um preditor para uso na vida adulta. Em relação ao álcool, apesar da ilegalidade do consumo para menores de 18 anos, é culturalmente aceito pela sociedade, sendo sua publicidade bastante apreciada por sua qualidade e criatividade, tendo os adolescentes e adultos jovens como seu público alvo. O uso destas duas substâncias pela facilidade e acessibilidade tem sido as drogas mais consumidas entre adolescentes, podendo conduzir a experimentação de drogas ilícitas (1,4,17).

A prevalência de tabagismo observada foi de 3,3%, inferior a observada por outros estudos nacionais e os da VIGESCOLA (Vigilância do Tabagismo em Escolas) que apresentaram prevalência de 6,3 a 16% (1,6,18). Este resultado deve ter sido influenciado pelas fortes campanhas nacionais realizadas nos últimos anos e também na própria escola, onde havia cartazes de propagandas anti-fumo. Em relação ao álcool, a prevalência de experimentação foi bem mais alta (54,5%), com uma frequência de 8,6% de uso freqüente e 6,7% de uso pesado. Apesar da alta prevalência observada, este dado é inferior ao recente estudo da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar que notificou uma prevalência de 71,4% em adolescentes escolares (1). O alto consumo de álcool entre adolescentes tem sido relatado em outros estudos: 3,3%- 16,4% (4,10,11,19). Não se pode descartar, que ao contrário do que acontece com o tabaco, a omissão quanto as campanhas educativas-preventivas pode ter influenciado esta questão.

O adolescente experimenta os melhores índices de saúde geral, entretanto em relação à saúde bucal, é uma fase de risco, devido a mudança do perfil alimentar e a não aceitação de supervisão dos adultos (3).

Considerando a indiscutível evidência dos efeitos adversos do fumo e do álcool para a saúde geral e bucal, e sendo os adolescentes e adultos jovens grandes consumidores, indubitavelmente uma discussão desta temática se faz necessário. Em especial, se existe diferença de percepções sobre o assunto entre os tabagistas, os que consomem álcool e aqueles que não tem experiência com estas drogas.

Nesta perspectiva, foi indagado aos adolescentes se eles acreditavam que o fumo pode causar prejuízos a saúde geral e a maioria respondeu que sim (93,6%), sem diferença significativa entre fumantes e não fumantes ($p=0,434$). Entre as doenças elencadas, os problemas respiratórios e cardíacos (43,6%; $p=0,298$) e o câncer (44,2%; $p= 0,390$) foram as mais citadas. De fato estas são doenças fortemente associadas ao tabagismo (7-9), entretanto percebe-se de uma forma geral que há uma preocupante ausência de conhecimento sobre este aspecto por parte dos adolescentes. Destaca-se que nenhum fumante e apenas três não fumantes mencionaram problemas na gravidez, que tem sido motivo de especial interesse devido a ascensão da epidemia tabagista no gênero feminino (9). Entre as conseqüências observadas são o maior retardo de crescimento uterino e baixo peso ao nascer (7,9).

Majoritariamente os adolescentes afirmaram que o tabagismo pode causar problemas bucais (88%) sem diferença entre gêneros ($p=0,526$). A cárie (38,2%) foi a mais citada com diferença entre os grupos. Há uma clara demonstração da deficiência de conhecimento sobre os fatores causais da doença cárie, apesar desta ser alvo da maioria das campanhas odontológicas educativo-preventivas. O mau hálito (28,5%) foi a segunda alteração mais

mencionada, porém sem diferenças entre tabagistas e não tabagistas. Estes resultados estão de acordo com outros estudos (21-22). Apesar do câncer bucal também ser objetivo de enfoque de campanhas educativo-preventivas de combate ao fumo (9,23), um baixo percentual de escolares (11,4%; $p=0,063$) citou esta doença como consequência do fumo. O tabagismo também tem sido apontado como fator de risco para doenças periodontais (7-8), entretanto apenas 3,2% ($p=0,816$) dos pesquisados citaram os “problemas gengivais” como seqüela do hábito de fumar. Estes dados demonstram a necessidade premente de campanhas com maior esclarecimento a esta parcela da população sobre os efeitos adversos do fumo na saúde de uma forma geral, bem como em última análise uma reflexão sobre as campanhas já existentes.

Em relação ao álcool observou-se comportamento similar. A maioria dos sujeitos pesquisados (90,1%; $p=0,027$), afirmou que o álcool causa prejuízos a saúde. Em seguida, a doença mais citada foi a cirrose (29,1%; $p<0,001$). Nesta questão os que tiveram experiência com o álcool apresentaram maior conscientização deste problema, talvez por este ser o problema mais popularmente associado ao álcool. Ressalta-se que mesmo com a maior conscientização deste grupo é grande a prevalência de jovens que aderem ao consumo de bebidas alcoólicas, não sendo incomum a adesão ao “binge drinking” que se caracteriza pelo consumo de quatro doses ou mais para mulheres e cinco doses ou mais para homens em uma única ocasião, o que aumenta o risco de intoxicação e a predisposição a continuidade de uso e alcoolismo na idade adulta (7,10). Também não é incomum o uso freqüente ou pesado nesta faixa etária (4). Os problemas psicológicos e neurológicos foram

citados por 13% dos entrevistados ($p=0,851$). Estes estão entre os efeitos adversos associados ao uso do álcool (4,10).

Ao serem indagados se o álcool traria conseqüências à saúde bucal, 57,4% afirmou que sim, sendo o percentual de respostas positivas maior entre aqueles que não experimentaram o álcool (63,3% x 52,6%, $p=0,010$). O menor percentual de respostas positivas quando comparadas aos problemas de saúde de ordem geral, pode ter sido conseqüência da lacuna de programas odontológicos educativos-preventivos relacionados ao álcool. O desconhecimento deste assunto é refletido quando a maioria das respostas apontou o mau-hálito (38,3%, $p=0,267$) como doença associada ao uso do álcool. Continuando nesta perspectiva, a segunda patologia citada foi a cárie dentária (15,2%, $p=0,105$), o que reafirma a assertiva sobre o desconhecimento das causas desta doença, como relatado anteriormente.

O câncer bucal foi citado por apenas 2,1%, sendo que nenhum dos que experimentaram o álcool citaram esta doença. O risco de desenvolvimento de câncer oral e da faringe é cinco vezes maior entre os consumidores de bebida alcoólica e quando o consumo de álcool é associado ao tabagismo este risco é 10 vezes maior (24). Outros estudos confirmam o importante papel do álcool na etiologia do câncer bucal, bem como alertam sobre o efeito sinérgico das duas grandes dependências humanas, álcool e tabaco, para o desenvolvimento desta patologia (24-25).

Algumas limitações são apontadas neste estudo. A eventualidade de viés de informação, uma vez que o tabagismo e o consumo de álcool são estigmatizantes, sendo possível pressupor que a tendência seria de sub-relato,

entretanto a auto-aplicação do questionário, garantindo anonimato, pode ter atenuado esta omissão. Outro aspecto é a falta de estudos nesta linha (conseqüências para a saúde) o que dificultou a confrontação dos resultados.

O aumento da experimentação de drogas entre jovens tem se tornado um sério problema não apenas no Brasil mais em muitos países (1). O governo brasileiro aderiu à Convenção Quadro para o Controle do Tabaco em 2005 e tem adotado campanhas com fortes apelos para a redução da exposição ao tabagismo (redução da propaganda, imagens negativas em relação ao cigarro, aumento do preço do cigarro, entre outros.) (23). Em relação ao consumo do álcool ainda há muito o que se fazer, uma vez que é uma droga culturalmente aceita e por vezes com sinônimo de status social (13). Diante desta realidade e dos resultados encontrados alerta-se para a necessidade de programas de saúde direcionados não apenas ao combate ao consumo, como também com enfoque as conseqüências a saúde do indivíduo. A escola é uma aliada importante para a concretização de ações de promoção de saúde, uma vez que concentra grande parte dos indivíduos nesta fase da vida (17,23). A tarefa que se coloca para a escola, bem como para o setor saúde, é sem dúvida a de superar as práticas isoladas, procurando promover um trabalho conjunto e intersetorial.

5 CONCLUSÃO

Observou-se uma conscientização desta parcela da população sobre os prejuízos a saúde, e de uma forma geral um desconhecimento sobre quais

seriam os efeitos adversos consequentes ao consumo de drogas lícitas. Há um nítido desconhecimento sobre quais as conseqüências do tabagismo e do álcool a saúde bucal. Além disso, a prevalência de tabagismo foi baixa, entretanto observou-se um alto consumo de álcool.

Colaboradores

MNC Gomes, MA Clementino, GLA Ribeiro e RT Firmino participaram da pesquisa bibliográfica, metodologia, análise e discussão dos dados e redação do artigo; AF Granville-Garcia idealizou, orientou e coordenou o trabalho, participou da análise e discussão dos dados, redação e correção do artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM, et al. Prevalence of alcohol and drug consumption among adolescents: data analysis of the National Survey of School Health. Rev Bras Epidemiol 2011;14(1):136-46.
2. World Health Organization. Growth reference data for 5-19 years, 2007. [acesso em 09 mar 2008]. Disponível em <http://www.who.int/growthref/en/>.
3. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Gonçalves PE. A saúde na percepção do adolescente. Physis: Revista de Saúde Coletiva 2009;19(1):227-238.

4. Galduróz JCF, Sanchez ZVDMS, Opaleye ES, Noto AR, Fonseca AM, Gomes PLS, et al. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. *Rev. Saúde Pública* 2010;44(2):267-73.
5. Daniel E, Schiefer D, Möllering A, Benish-Weisman M, Boehnke K, Knafo A. Value Differentiation in Adolescence: The Role of Age and Cultural Complexity. *Child Development* 2012;83(1):322-36.
6. Zanini RR, Moraes AB, Trindade ACA, Riboldi J, Medeiros LR. Prevalência e fatores associados ao consumo de cigarros entre estudantes de escolas estaduais do ensino médio de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública* 2006;22(8):1619-27.
7. Millar WJ, Locker D. Smoking and oral health status. *J Can Dent Assoc* 2007;73(2):155.
8. Hanioka T, Ojima M, Tanaka K, Matsuo K, Sato F, Tanaka H. Causal assessment of smoking and tooth loss: A systematic review of observational studies. *BMC Public Health* 2011;11(221):1-10.
9. Kim Y, Cho Y, Kim C, Hang J, Park H, Kim K, et al. Socioeconomic Indicators Associated with Initiation and Cessation of Smoking among Women in Seoul. *Korean J Fam Med* 2012;33(1):1-8.

10. Costa JLM, Troncoso ES, Gallego MP, Maza TS, Barcenilla C, Cubell CL, et al. Perfil de los adolescentes que acuden a urgencias por intoxicación enólica aguda. *An Pediatr* 2011;76(1):30-7.
11. Cordova D, Huang S, Pantin H, Prado G. Do the Effects of a Family Intervention on Alcohol and Drug Use Vary by Nativity Status? *Psychology of Addictive Behaviors* 2011:1-6.
12. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS, Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005;13(n.º esp.):888-95.
13. Garcia JJ, Pillon SC, Santos MA. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011;19(n.º esp.): 753-61.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Primeiros resultados do Censo 2010. [Accessed on May 30 2010]. Available at <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dadosdivulgados/index.php?uf=25>.
15. World Health Organization. Guidelines for the conduct of the tobacco smoking surveys of the general population: report of a meeting. Geneva: WHO; 1992.

16. Frankfort-Nachimias C, Nachimias D. Research methods in the social sciences. 4. ed. London: Edward Arnold; 1992.
17. Faria R, Vendrame A, Silva R, Pinsky I. Propaganda de álcool e associação ao consumo de cerveja por adolescentes. Rev Saúde Pública 2011;45(3):441-7.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Vigescola: Vigilância de tabagismo em escolares. Dados e fatos de 12 capitais brasileiras. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2004.
19. Lee C-T, Rose JS, Engel-Rebitzer E, Selya A, Dierker L. Alcohol dependence symptoms among recent onset adolescent drinkers. Addictive Behaviors 2011;36(12):1160-7.
20. Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE. Binge Drinking and Associated Health Risk Behaviors Among High School Students. Pediatrics 2007;119(1):76-85.
21. Granville-Garcia AF, Lorena Sobrinho JE, Araújo JC, Menezes VA, Cavalcanti AL. Ocorrência de tabagismo e fatores associados em escolares. RFO UPF 2008 a;13(1):30-4.

22. Granville-Garcia AF, Lorena Sobrinho JE, Araújo JC, Menezes VA, Cavalcanti AL. Tabagismo entre Adolescentes de Vitória de Santo-Antão – PE. Arq Ciênc Saúde 2008;15(4):205-8.
23. Pierce JP, White VM, Emery SL. What public health strategies are needed to reduce smoking initiation? Tobacco Control 2012;21(2):258-64.
24. Saman DM. A review of the epidemiology of oral and pharyngeal carcinoma: update. Head & Neck Oncology 2012;4(1):1-21.
25. Franeschi S, Levi F, La Vecchia C, Conti E, Dal Maso L, Barzan L, et al. Comparison of the effect of smoking and alcohol drinking between oral and pharyngeal cancer. Int J Cancer 1999;83(1):1-4.

TABELAS

Tabela 1 – Caracterização amostral

Variável	n	%
• Faixa etária (anos)		
10 a 12	161	28,0
13 a 15	309	53,8
16 a 18	100	17,4
Mais de 18	4	0,7
• Gênero		
Masculino	267	46,5
Feminino	307	53,5
• Escolaridade		
Ensino fundamental	503	87,6
Ensino médio	71	12,4
• Hábito do tabagismo		
Fumante	19	3,3
Ex-fumante	51	8,9
Não fumante	504	87,8
• Já tomou alguma bebida alcoólica?		
Sim	313	54,5
Não	261	45,5
TOTAL	574	100,0
• Qual a frequência de uso de bebida alcoólica?		
Uso na vida	91	29,1
Uso no ano	117	37,4
Uso no mês	57	18,2
Uso frequente	27	8,6
Uso pesado	21	6,7
TOTAL	313	100,0

Tabela 2 - Distribuição dos pesquisados de acordo com a percepção das consequências do hábito do tabagismo a saúde geral.

	TABAGISTA			Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Você acredita que o tabagismo pode prejudicar a saúde geral?				
Sim	64 (91,4)	475 (93,9)	539 (93,6)	0,434 ¹
Não	6 (8,6)	31 (6,1)	37 (6,4)	
Se positivo, quais?				
Câncer				
Sim	23 (38,9)	198 (44,8)	221 (44,2)	0,390 ¹
Não	36 (61,1)	243 (55,2)	279 (55,8)	
Problemas respiratórios e cardíacos				
Sim	22 (37,3)	196 (44,4)	218 (43,6)	0,298 ¹
Não	37 (62,7)	245 (55,6)	282 (56,4)	
Envelhecimento precoce				
Sim	0	3 (0,7)	3 (0,6)	0,526 ²
Não	59 (100,0)	438 (99,3)	497 (99,4)	
Impotência sexual				
Sim	2 (3,4)	10 (2,3)	12 (2,4)	0,597 ²
Não	57 (96,6)	431 (97,7)	488 (97,6)	
Problemas hepáticos				
Sim	0	4 (0,9)	4 (0,8)	0,463 ²
Não	59 (100,0)	437 (99,1)	496 (99,2)	
Você acredita que o tabagismo causa dependência?				
Sim	1 (1,7)	5 (1,1)	6 (1,2)	0,710 ²
Não	58 (98,3)	436 (98,9)	494 (98,8)	
Problemas na gravidez				
Sim	0	3 (0,7)	3 (0,7)	0,526 ²
Não	59 (100,0)	438 (99,3)	497 (99,3)	
outros problemas de saúde				
Sim	7 (11,9)	52 (11,8)	59 (11,8)	0,987 ¹
Não	52 (88,1)	389 (88,2)	441 (88,2)	

¹Através do Qui-quadrado

²Através do Exato de Fisher

*Significante ao nível de 5%.

Tabela 3 - Distribuição dos pesquisados de acordo com a percepção das consequências do hábito do tabagismo a saúde bucal.

	TABAGISTA		Total n (%)	Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)		
Você acredita que o tabagismo pode prejudicar a saúde bucal?				
Sim	60 (85,7)	447 (88,3)	507 (88,0)	0,526 ¹
Não	10 (14,3)	59 (11,7)	69 (12,0)	
Se positivo, quais?				
Câncer bucal				
Sim	2 (3,8)	51 (12,4)	53 (11,4)	0,063 ²
Não	51 (96,2)	359 (87,6)	410 (88,6)	
Cárie				
Sim	12 (22,6)	165 (40,2)	177 (38,2)	0,013 ¹
Não	41 (77,4)	245 (59,8)	286 (61,8)	
Mau hálito				
Sim	16 (30,2)	93 (22,7)	109 (23,5)	0,226 ¹
Não	37 (69,8)	317 (77,3)	354 (76,5)	
Perda dentária				
Sim	4 (7,5)	44 (10,7)	48 (10,4)	0,475 ²
Não	49 (92,5)	366 (89,3)	415 (89,6)	
Manchamento dentário				
Sim	11 (20,8)	63 (15,4)	74 (16,0)	0,314 ¹
Não	42 (79,2)	347 (84,6)	389 (84,0)	
Problemas gengivais				
Sim	2 (3,8)	13 (3,2)	15 (3,2)	0,816 ¹
Não	51 (96,2)	397 (96,8)	448 (96,8)	
Tártaro				
Sim	1 (1,9)	4 (1,0)	5 (1,1)	0,546 ¹
Não	52 (98,1)	406 (99,0)	458 (98,9)	
Outros				
Sim	4 (7,5)	24 (5,9)	28 (6,0)	0,627 ²
Não	49 (92,5)	386 (94,1)	435 (94,0)	

¹Através do Qui-quadrado

²Através do Exato de Fisher

*Significante ao nível de 5%.

Tabela 4 - Distribuição de acordo com a percepção das consequências do consumo de álcool a saúde geral.

	Experiência com bebida alcoólica			Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Você acredita que o álcool pode prejudicar a saúde geral?				
Sim	276 (87,6)	245 (93,2)	521 (90,1)	0,027 ¹
Não	39 (12,4)	18(12,8)	57(9,9)	
Câncer				
Sim	12 (4,8)	13 (5,9)	25 (5,3)	0,608 ¹
Não	237(95,2)	208 (94,1)	445 (94,7)	
Problemas respiratórios ou cardíacos				
Sim	25 (10,0)	33 (14,9)	58 (12,3)	0,108 ¹
Não	224 (90,0)	188 (85,1)	412 (87,3)	
Problemas renais ou estomacais				
Sim	13 (5,2)	17 (7,7)	30 (6,4)	0,274 ¹
Não	236 (94,8)	204 (92,3)	440 (93,6)	
Cirrose				
Sim	74(29,7)	38 (17,2)	112 (23,8)	0,001 ¹
Não	175 (70,3)	183 (82,8)	358 (76,2)	
Problemas neurológicos ou psicológicos				
Sim	33 (13,3)	28 (12,7)	61 (13,0)	0,851 ¹
Não	216 (86,7)	193 (87,3)	409 (87,0)	
Uso de drogas				
Sim	3 (1,2)	1 (0,5)	4 (0,9)	0,376 ²
Não	246 (98,8)	220 (99,5)	466 (99,1)	
Outros problemas				
Sim	50 (20,1)	60 (27,1)	110 (23,4)	0,071 ¹
Não	199 (79,9)	161 (72,9)	360 (76,6)	

¹Através do Qui-quadrado

²Através do Exato de Fisher

*Significante ao nível de 5%.

Tabela 5 - Distribuição dos pesquisados de acordo a percepção das consequências do consumo do álcool a saúde bucal.

Variável	Experiência com bebida alcoólica			Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Você acredita que o álcool pode prejudicar a saúde bucal?				
Sim	164 (52,6)	164 (63,3)	328 (57,4)	0,010 ¹
Não	148 (47,4)	95 (37,4)	243 (42,6)	
Se positivo, quais?				
Câncer bucal				
Sim	0	6 (4,1)	6 (2,1)	0,016 ²
Não	137 (100,0)	139 (95,9)	276 (97,9)	
Cárie				
Sim	16 (11,7)	27 (18,6)	43 (15,2)	0,105 ¹
Não	121 (88,3)	118 (81,4)	239 (84,8)	
Mau hálito				
Sim	57 (41,6)	51(35,2)	108 (38,3)	0,267 ¹
Não	80 (58,4)	94 (64,8)	174 (61,7)	
Perda dentária				
Sim	6 (4,4)	4 (2,8)	10 (3,5)	0,463 ²
Não	131 (95,6)	141 (97,2)	272 (96,5)	
Manchamento dentário				
Sim	4 (2,9)	8 (5,5)	12 (4,3)	0,280 ²
Não	133 (97,1)	137 (94,5)	270 (95,7)	
Tártaro				
Sim	1 (0,7)	0	1 (0,4)	0,304 ²
Não	136 (99,3)	145 (100,0)	281(99,6)	
Outros problemas				
Sim	15 (10,9)	16 (11,1)	31(11,0)	0,965 ¹
Não	122 (89,1)	128 (88,9)	250 (89,0)	

¹Através do Qui-quadrado

²Através do Exato de Fisher

*Significante ao nível de 5%.

NORMAS DA REVISTA ODONTO CIÊNCIA

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deve ser escrito em Inglês (EUA) ou português (Brasil) em uma forma clara, concisa e objetiva. Manuscrito aceitos e escritos em português devem ser traduzidos para o idioma inglês antes da publicação.

2. O texto deve ser escrito em arquivo Word for Windows (doc ou rtf), usando fonte Arial 12, página A4, espaço duplo e margens de 3 cm. A extensão do manuscrito é limitada a 15 páginas, excluindo-se referências, tabelas e figuras.

3. O número de tabelas e figuras não deve exceder um total de seis itens (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).

4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.

5. Todas as abreviaturas devem ser definidas na primeira citação, sendo escritas por extenso.

6. Na primeira citação de marcas comerciais, o nome do fabricante e sua localização devem ser escritas entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página título

1.1 Título: escrito em inglês e em português.

1.2 Autor(es): Nome completo, título, principal atividade (professor assistente, professor associado, professor titular, aluno de pós-graduação, pesquisador), afiliação (instituição ou clínica privada, departamento ou curso de pós-graduação, cidade, estado e país) e e-mail.

O número de autores deve ser limitado a seis, exceto em casos de estudos multicêntricos ou similares.

1.3 Autor correspondente: nome, endereço completo postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Em caso de qualquer relacionamento entre os autores e entidades pública ou privada que possa resultar em conflito de interesses, esta possibilidade deve ser declarada.

Observação: A página título será removida do arquivo submetido antes da conversão em formato PDF para ser enviado à revisão por pares.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (em inglês e em português)

2.1 Resumo: máximo de 200 palavras, escrito em inglês e em português.

O resumo deve ser estruturado com as seguintes divisões:

- Artigo Original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão.
- Relato de Caso: Objetivo, Descrição do(s) Caso(s) e Conclusão.
- Revisão de Literatura: o formato estruturado do artigo original pode ser seguido, mas não é mandatório.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BIREME ou do Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em sequência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

IMPORTANTE:

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição e está registrado no SISNEP, de acordo com os requisitos nacionais e a Declaração de Helsinki. O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). De forma similar, estudos com outros animais devem ser aprovados pelo comitê institucional competente e o documento de aprovação do protocolo de pesquisa deve ser enviado como documento suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

5.1 As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15). Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

5.2 Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 10 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

5.3 A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

5.4 As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu "Tabela" do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço duplo na parte superior da tabela.