



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

MARAYZA ALVES CLEMENTINO

**CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA ENTRE ADOLESCENTES: ATITUDES,
COMPORTAMENTOS E FATORES ASSOCIADOS.**

CAMPINA GRANDE-PB

2012

MARAYZA ALVES CLEMENTINO

**CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA ENTRE ADOLESCENTES: ATITUDES,
COMPORTAMENTOS E FATORES ASSOCIADOS.**

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

C626c Clementino, Marayza Alves.
Consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes :
atitudes, comportamentos e fatores associados.
[manuscrito] / Marayza Alves Clementino. – 2012.
32 f.

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. Alcoolismo. 2. Adolescentes. 3. Escola pública. I.
Título.

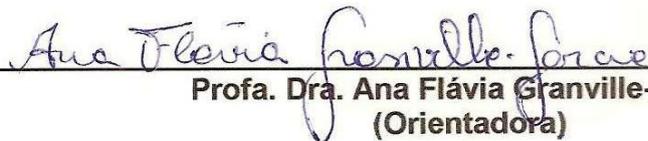
21. ed. CDD 618.928619

MARAYZA ALVES CLEMENTINO

**CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA ENTRE ADOLESCENTES: ATITUDES,
COMPORTAMENTOS E FATORES ASSOCIADOS.**

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

Aprovado em 27/06/2012



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



Profª Drª Daliana Queiroga de Castro Gomes

(1ª Examinadora)



Profª Drª Raquel Christina Barboza Gomes

(2ª Examinadora)

DEDICATÓRIA

Á Deus que abençoou minha vida colocando no meu caminho pessoas que me amam, me orientam e me guiam. Que me agraciou com um curso apaixonante e me permitiu concluí-lo com um vasto aprendizado e vontade ilimitada de aprender cada vez mais.

A minha orientadora, a Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia que dedicou muito do seu tempo para o meu engrandecimento, como aluna, como pessoa e como filha.

A meus avós e pais de coração, Ivonete Alves Clementino e José Antônio Clementino que nunca mediram esforços para o minhas realizações e para me ver feliz. Por toda a dedicação, amor e incentivo. Meus exemplos e amor incondicional.

A Ivoneide Alves Clementino, minha mãe, que fez muitas renúncias em sua vida em prol da minha felicidade e do meu conforto. Meu exemplo de delicadeza, força de vontade e esforço.

A Brunno Michiles Marques da Fonsêca que sonha junto comigo, meu grande incentivador. Obrigada por ser presente, por me ajudar e torcer por minhas vitórias.

Aqueles que fazem parte do meu sonho da realização acadêmica, professores, colegas de turma, funcionários, que contribuíram de alguma forma para a conclusão do meu curso.

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia, que me acolheu como aluna da iniciação científica, como orientanda, como amiga e como filha. Que dedicou seu tempo ao meu aprendizado e a minha realização pessoal. Que me orientou como aluna e como filha. Que transformou atenção em carinho, aconselhou em momentos que foram necessários e foi exigente quando deveria ser. Obrigada por ter me feito progredir tanto, obrigada por este trabalho e sei que ele nos renderá bons frutos.

A Todos os Professores que fazem ou fizeram parte da UEPB do curso de Odontologia pela dedicação e pelo aprendizado, especialmente as **Professoras Daliana Queiroga de Castro Gomes** e **Raquel Christina Barboza Gomes** que aceitaram o convite de participar da minha banca e tiveram uma grande parcela no meu aprendizado durante a graduação.

Aos Funcionário da UEPB, sempre dedicados e esforçados para nos proporcionar o ambiente ideal para o nosso conhecimento.

Aos meu colegas de turma que foram fundamentais para a minha formação acadêmica, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Pela amizade e companheirismo de todos.

A minha dupla Monalisa da Nobrega Cesarino Gomes, que se tornou ao longo desses cinco anos uma amiga impar, uma irmã. Aprendemos juntas, rimos e tivemos muitos momentos para compartilhar. Sinônimo de companheirismo sempre, companheira de lutas e conquistas. Uma amizade que levarei para a vida toda. Agradeço também por ter feito parte ativamente desse trabalho.

A **Gabriella Arrais, Ramon Targino e Veruska Martins** por terem papel fundamental no desenvolvimento deste trabalho, a cada tempo da colaboração e da dedicação de vocês.

A **Toda a Minha Família** por estar sempre ao meu lado, torcendo e vibrando a cada conquista.

Aos meus avós maternos e pais de coração, **José Antônio e Ivonete**, pelas oportunidades que me deram durante a vida, pelo incentivo nas decisões que me fariam crescer e pelo não dito na hora que eu merecia ouvir. Por estar tão presente mesmo quando nós estávamos tão distantes. Pelos esforços e renúncias que foram feitos para me proporcionar o melhor. Sou muito grata por ter vocês, por ter o carinho e a dedicação.

A **minha mãe, Ivoneide**, por buscar sempre o meu bem e a minha felicidade. Pelo apoio quando decidi estudar longe de casa, pela presença, pelos esforços e renúncias.

A **Brunno Michiles** por me acompanhar em todos os momentos e por me incentivar sempre que penso que não sou capaz.

**“A persistência é o caminho do êxito.”
Charlie Chaplin**

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	11
2. METODOLOGIA	12
2.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	12
2.2 COLETA DE DADOS	12
2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	13
3. RESULTADOS	14
4. DISCUSSÃO	17
5. CONCLUSÃO	20
6. REFERÊNCIAS	21
NORMAS DA REVISTA	24

RESUMO

O objetivo desse estudo é avaliar a associação entre as atitudes e comportamentos relacionados ao uso do álcool bem como analisar os fatores associados entre adolescentes de escolas da rede pública de Campina Grande-PB. Foi realizado um estudo transversal analítico, no qual participaram 574 escolares de 10 a 19 anos, os quais foram entrevistados por meio de questionário, contendo perguntas relacionadas ao uso do álcool (atitudes, comportamentos, fatores sociodemográficos e familiares). Os testes estatísticos utilizados foram Qui-quadrado e o Exato de Fisher (significância de 5%). Um percentual 54,5% dos adolescentes experimentou o álcool, destes 8,6% faz uso frequente, e 6,7% faz uso pesado. A idade inicial para o consumo foi de cinco anos, 26,3% dos menores compraram bebidas pessoalmente, a cerveja foi o tipo mais consumido (43,8%) e a casa de amigos o local mais frequente para o uso do álcool (40,3%). Após ajuste do modelo, verificou-se que o risco de experimentar a bebida alcoólica foi maior entre adolescentes de 16 a 19 anos (OR=4,44; $p<0,001$), entre os que não tinham religião (OR= 4,36; $p=0,002$), entre os que trabalhavam (OR= 2,13; $p=0,012$) e que tinham relacionamento regular/ruim com pai (OR= 2,18; $p=0,010$). Foi observada uma alta prevalência de experimentação de álcool, um início prematuro, e a venda de produtos alcoólicos a menores. Das variáveis analisadas, a faixa etária, a religião, o trabalho e o tipo de relacionamento com o pai foram associadas a experimentação de bebidas alcoólicas. Há a necessidade premente de programas educativos-preventivos relacionados ao combate ao uso prematuro do álcool e suas consequências.

Palavras chave: Adolescente; Alcoolismo; fatores de risco; estudantes.

ABSTRACT

The aim of the present study was to assess the association between attitudes and behaviors regarding alcohol use and analyze associated factors among adolescents at public schools in the city of Campina Grande, state of Paraíba, Brazil. An analytical cross-sectional study was carried out involving 574 schoolchildren between 10 and 19 years of age, with the use of a semi-structured questionnaire addressing alcohol use (attitudes, behaviors, socio-demographic and familial factors). The chi-squared test and Fisher's exact test were used for the statistical analysis (5% level of significance). A total of 54.5% of the participants had experimented with alcohol; 8.6% of whom made frequent use and 6.7% made heavy use of this substance. Initial age for alcohol consumption was five years; 26.3% of the adolescents purchased alcoholic beverages personally; beer was the most consumed type of alcoholic beverage (43.8%) and friends' homes were the most frequent location of alcohol consumption (40.3%). After the adjustment of the model, the risk of experimentation with alcohol was greater among adolescents between 16 and 19 years of age (OR=4.44; $p<0.001$), those without religion (OR= 4.36; $p=0.002$), those who worked (OR=2.13; $p=0.012$) and those who had a fair to poor relationship with their father (OR=2.18; $p=0.010$). The findings of the present study reveal a high prevalence of experimentation with alcohol, early initiation and the sale of alcoholic beverages to minors. Age, religion, work and type of relationship with one's father were significantly associated with experimentation with alcoholic beverages. The findings underscore the need for educational and prevention programs aimed at combating early alcohol use and its consequences.

Keywords: Adolescent; alcohol; risk factors; students.

1 INTRODUÇÃO

A adolescência, fase marcada por grandes conflitos existenciais, é uma época de exposição e vulnerabilidade ao consumo de drogas lícitas e ilícitas. Os jovens são o grupo populacional que apresenta maiores problemas de consumo de bebidas alcoólicas, e a precocidade no início do uso é um dos fatores preditores mais relevantes para futuros problemas de saúde, socioculturais e econômicos.¹ Alguns fatores são tidos como facilitadores do uso do álcool entre adolescentes: o estilo de vida, elevados níveis de estresse, de ansiedade, de baixa autoestima, sentimentos depressivos, suscetibilidade à pressão dos pares e problemas associados à escola.²⁻³⁻⁴

O consumo etílico mesmo em pequena quantidade tem gerado várias consequências, como o comportamento sexual de risco, o aumento do suicídio, violência, a delinquência juvenil, os conflitos familiares e com amigos, o maior risco de acidentes, o consumo de drogas ilícitas e tem sido considerado um grave problema de saúde pública.^{2,3,5,6,7,8}

O álcool é a única droga psicotrópica que o consumo é admitido pela sociedade, figurando como elemento de grande aceitação cultural e, por vezes, até incentivado, o que permite o contato mais precoce, antes mesmo dos 11 anos de idade, aumentando o risco de dependência futura^{9,10}. Na Austrália, 19,2% dos adolescentes relataram consumir um ou mais drinques nos últimos três meses.¹¹ Em Portugal, cerca 50% dos adolescentes já experimentaram álcool.¹² Nos Estados Unidos, estima-se que 4,6% dos adolescentes de 12 a 17 anos de idade sejam dependentes de álcool.¹³ Estudos nacionais tem revelado uma prevalência de 48,3 a 71,4% experimentação de bebida alcoólica na adolescência, um consumo regular de 27,3%, um percentual de 22,1% de embriaguez na vida e 8,9% de uso pesado de álcool.^{9,14}

No Brasil, há poucos programas de prevenção ao consumo de álcool, sendo questionáveis as regras restritivas quanto a propaganda de bebidas alcoólicas.¹⁵ O uso do álcool pelos adolescentes brasileiros, assim como ocorre em outros países, é uma temática pouco explorada que necessita de discussão. Dessa forma, o perfil epidemiológico pertinente ao consumo desta substância com uma análise de comportamentos, atitudes e fatores associados contribuirá para o melhor entendimento deste complexo problema e poderá nortear a construção de programas de saúde de prevenção e combate ao uso do álcool na adolescência.

2 METODOLOGIA

Um estudo transversal foi realizado com 574 adolescentes de 10 a 19 anos de idade de ambos os gêneros, de escolas públicas na cidade de Campina Grande, Brasil. Os participantes foram selecionados de uma população de 11 228 escolares e a amostra correspondeu a 5,11 % dessa população. Campina Grande é 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 0,72.¹⁶

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 *design effect*. O tamanho mínimo da amostra foi estimado em 496 escolares. A este número foi adicionado 20% para compensar possíveis perdas totalizando 596 escolares.

2.1 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).

2.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por três pesquisadores, previamente calibrados, por meio de questionário autoaplicável semi-estruturado já utilizado pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas.¹⁷ As perguntas foram relacionadas ao uso do álcool (perfil de consumo, tipo de bebida, companhia, local, compra de bebida alcoólica) e fatores associados (sexo, faixa etária, perfil escolar, trabalho, religião, prática de esportes, relacionamento com os pais e perfil dos pais). Definiu-se o consumo do álcool obedecendo as seguintes categorias:

- *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 frequente*: 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 solicitou aos tomadores de decisão que explicitem, com suas próprias palavras, o que entenderam sobre cada pergunta.¹⁸ 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 sete dias, obtendo-se uma concordância de 80% das respostas.

A aplicação do questionário teve um tempo de duração de 10 minutos e após a devolução destes aos pesquisadores, foi realizada uma palestra educativa sobre as consequências do uso 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 foi o Qui-quadrado e o Exato de Fischer (nível de significância de 5%). Na análise multivariada foram inseridas as variáveis com 15% de significância.

2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

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.

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, sexo e escolaridade. A maioria dos adolescentes apresentava de 13 a 15 anos (53,8%), era do sexo feminino (53,5%) e cursava ensino fundamental (87,6%). Nesta Tabela, ainda verifica-se que 54,5% já tomou bebida alcoólica, 6,7% fazia uso pesado, a maioria começou a beber na faixa etária entre 11 a 14 anos (42,8%), os amigos ofereceram bebidas pela primeira vez (43,1%) e os amigos são as companhias mais frequentes no consumo do álcool (40,3%).

Tabela 1 – Caracterização amostral, distribuição dos pesquisados segundo a frequência do uso do álcool e dados relacionados ao primeiro contato com a bebida, as companhias e local mais frequentes de consumo.

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
• Sexo		
Masculino	267	46,5
Feminino	307	53,5
• Escolaridade		
Ensino fundamental	503	87,6
Ensino médio	71	12,4
• 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 no ano	117	37,4
Uso no mês	57	18,2
Uso frequente	27	8,6
Uso pesado	21	6,7
• Qual a sua idade quando bebeu pela primeira vez?		
5 a 7 anos	10	3,2
8 a 10 anos	40	12,8
11 a 14 anos	134	42,8
15 a 19 anos	30	9,6
Não lembra	99	31,6
• Quem lhe ofereceu bebida alcoólica pela primeira vez?		
Famíliares	61	19,5
Comprou sozinho	36	11,5
Amigos	135	43,1
Outros	7	2,2
Não lembra	74	23,6
• Onde você costuma beber com mais frequência?		
Em casa	66	21,1
Casa de amigos	126	40,3
Bar/Danceteria/Boate	41	13,1
Em mais de um lugar	15	4,8
TOTAL	313	100,0

Um percentual de 26,3% já comprou bebida alcoólica pessoalmente, sendo o supermercado o local mais citado (45,7%), a cerveja a bebida mais referida (43,8%) e a maioria tomou quatro copos ou mais na última vez que consumiu bebida alcoólica (29,7%), (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos pesquisados segundo a compra de bebida alcoólica e o tipo de bebida e quantidade consumida.

Variável	n	%
• Já comprou pessoalmente uma bebida alcoólica?		
Não	407	70,9
Já tentei mais não consegui	16	2,8
Sim	151	26,3
TOTAL	574	100,0
• Onde você comprou a bebida alcoólica?		
Supermercado	69	45,7
Bares/ Boates/ Festas	59	39,1
Outros	17	11,3
Bar /Mercadinho	6	4,0
TOTAL	151	100,0
• Qual o tipo de bebida alcoólica que você costuma beber?		
Cerveja	137	43,8
Vinho	65	20,8
Sidra ou Champanhe	26	8,3
Licor	7	2,2
Pinga/Uísque/Vodca/Conhaque	28	8,9
Run	2	,6
Mais de um tipo de bebida	48	15,3
• Número de copos que você tomou desta última vez?		
Só um gole	83	26,5
Menos de um copo	85	27,2
1 a 2 copos	52	16,6
3 copos	23	7,3
4 copos ou mais	70	22,3
TOTAL	313	100,0

Na análise bivariada foram verificadas associações entre a faixa etária, religião, o tipo de religião, a escolaridade, a defasagem escolar, o número de dias ausentes da escola, o trabalho e o consumo de álcool (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise bivariada entre as variáveis dados sócio-demográficos e a prática de religião, de esporte e a experiência com bebida alcoólica

Variável	Experiência com bebida alcoólica				Total	Valor de p	OR (IC a 95%)	
	Sim		Não					
	N	%	N	%				
• Faixa etária								
10 a 12	57	35,4	104	64,6	161	100,0	$p^{(1)} < 0,001^*$	1,00
13 a 15	178	57,6	131	42,4	309	100,0		2,48 (1,67 a 3,68)
16 a 19	78	75,0	26	25,0	104	100,0		5,47 (3,16 a 9,48)
• Sexo								
Masculino	157	58,8	110	41,2	267	100,0	$p^{(1)} = 0,055$	1,38 (0,99 a 1,92)
Feminino	156	50,8	151	49,2	307	100,0		1,00
• Possui religião?								
Sim	203	50,4	200	49,6	403	100,0	$p^{(1)} = 0,002^*$	1,00

Autoritário	115	58,4	82	41,6	197	100,0	$p^{(1)} = 0,086$	1,69 (1,05 a 2,73)
Moderado	150	55,4	121	44,6	271	100,0		
Liberal	48	45,3	58	54,7	106	100,0		
• Como sua mãe é?								
Autoritário	114	58,5	81	41,5	195	100,0	$p^{(1)} = 0,397$	1,29 (0,83 a 2,00)
Moderado	128	52,7	115	47,3	243	100,0		
Liberal	71	52,2	65	47,8	136	100,0		
Grupo Total	313	54,5	261	45,5	574	100,0		

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(**): Não foi possível determinar devido a ocorrência de frequências muito baixas.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Após o ajuste do modelo, verificou-se que o maior risco de beber estava entre os alunos de 16 a 19 anos, entre aqueles que não tinham religião e que tivessem um relacionamento regular / ruim com pai.

Tabela 5 – Análise ajustada entre as variáveis estudadas e o consumo de álcool

Variável	Observada na Análise bi variada (IC 95%)	Ajustada (pelo modelo) (IC 95%)	Valor de p
• Faixa etária			
10 a 12	1,00	1,00	$p < 0,001^*$
13 a 15	2,48 (1,67 a 3,68)	2,14 (1,42 a 3,22)	
16 a 19	5,47 (3,16 a 9,48)	4,44 (2,51 a 7,86)	
• Religião			
Não tem	3,16 (0,89 a 11,21)	4,36 (1,10 a 17,09)	$p = 0,002^*$
Católico	2,36 (0,67 a 8,31)	3,44 (0,88 a 13,36)	
Evangélico	1,27 (0,36 a 4,51)	1,97 (0,51 a 7,71)	
Outra	1,00	1,00	
• Nº dias falta escola 30 dias			
Não faltou a escola	1,00	1,00	$P = 0,128$
De 1 a 3	1,47 (1,00 a 2,14)	1,43 (0,95 a 2,15)	
4 ou mais	2,10 (1,05 a 4,17)	1,65 (0,78 a 3,47)	
• Trabalha			
Sim	2,40 (1,39 a 4,14)	2,13 (1,18 a 3,83)	$p = 0,012^*$
Não	1,00	1,00	
• Relacionamento com o pai			
Bom	1,00	1,00	$p = 0,010^*$
Regular/ruim	2,80 (1,64 a 4,79)	2,18 (1,21 a 3,94)	
• Relacionamento com a mãe			
Bom	1,00	1,00	$p = 0,116$
Regular/ruim	2,95 (1,47 a 5,93)	1,86 (0,86 a 4,06)	

(*): Significativa ao nível de 5,0%.

4. DISCUSSÃO

O álcool é a primeira droga consumida por crianças e adolescentes, podendo por vezes interromper o processo de desenvolvimento com seu uso problemático.⁹ O elevado consumo de álcool, nesta fase, e suas consequências tem sido fenômeno mundialmente observado.^{8,19}

Neste estudo, 54,5% dos adolescentes tiveram contato com bebidas alcoólicas. 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.⁹ Analisando-se a periodicidade de uso, verificou-se que daqueles que tiveram contato com o álcool, 8,6% faz uso frequente, e 6,7% faz uso pesado do álcool. O alto consumo de álcool entre adolescentes tem sido relatado em vários estudos: 3,3% à 16,4%.^{2, 6, 8, 11, 14, 20, 21} Não se pode descartar a eventualidade de viés de informação, uma vez que o consumo de álcool durante esta fase é ilegal e estigmatizante, sendo possível pressupor que a tendência seria de sub-relato, entretanto a autoaplicação do questionário, garantindo anonimato, pode ter atenuado esta omissão.

A idade mínima relatada para o início do consumo do álcool foi cinco anos de idade e a faixa etária mais prevalente neste aspecto, foi entre 11 e 14 anos. O uso cada vez mais cedo do álcool tem sido descrito por outros autores.^{8, 9, 12, 21} Assim, como ocorre as campanhas antitabagistas nas escolas, estes dados alicerçam fortemente a necessidade de programas educativos –preventivos de combate ao uso de álcool em ambientes escolares, começando em idade precoces.

A influência de amigos foi nitidamente expressa quando os estudantes foram indagados sobre quem lhe ofereceu bebida pela primeira vez, ou o local que bebia com maior frequência. Uma possível explicação é a necessidade de aceitação e a imitação de hábitos do grupo tão comuns na adolescência. Circunstâncias similares foram relatadas na literatura.^{4, 22, 23}

O tipo de bebida mais referido foi a cerveja (43,8%), indubitavelmente esta é a bebida mais citada por jovens nesta faixa etária.²⁴ Neste aspecto, parece que os adolescentes são influenciados pela mídia, parecendo tender a associar o consumo do álcool com prazer.²⁵ No Brasil não há uma fiscalização rigorosa quanto ao horário de propagandas de bebidas alcoólicas, o que pode facilitar esta influência, em adição os jovens não associam o alcoolismo com o uso desse tipo de bebida.¹⁵

No Brasil, é proibida a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos, pelo artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90) e pela Lei das Contravenções Penais, artigo 63 e está entre as medidas propostas pela OMS para a redução do consumo por menores de idade.²⁶ Entretanto verifica-se que 26,3% dos entrevistados conseguiram comprar bebida alcoólica pessoalmente e 45,7% destes, comprou em supermercados. A falta de fiscalização na venda de bebidas para menores é uma problemática também observada em outros países.²⁷

Em que pese, as medidas restritivas relacionadas a venda de bebidas alcoólicas a menores, como já comentado, há uma tendência dos adolescentes a aderirem ao “binge drinking” que caracteriza-se pelo consumo de quatro doses ou mais para mulheres e

cinco doses ou mais para homens em uma única ocasião.²⁸ Nos Estados Unidos, 90% dos jovens apresentaram tal comportamento.²⁹ No Brasil, em estudo com escolares foi apontado que 11,37% relatou realizar este comportamento uma vez por semana e 1,65% o fazia todos ou quase todos os dias.²⁰ No presente estudo, um percentual de 22,3% tiveram este perfil. Salienta-se que este padrão de consumo pode induzir a intoxicação etílica e ao incremento de acidentes cardiovasculares,³⁰ também tem sido associado ao aumento da violência, consumo de cigarro, drogas ilícitas, acidentes de trânsito, ao comportamento sexual de risco, a depressão e ao suicídio.^{28,29,31}

A literatura relata a associação entre consumo etílico e a faixa etária, o gênero, problemas escolares, a religião, a autonomia financeira, a prática esportiva e problemas familiares.¹⁴ Entretanto, após ajuste do modelo, observou-se que das variáveis analisadas apenas a faixa etária, o tipo de religião, o trabalho e tipo de relacionamento com o pai, mostraram associação ao consumo de bebida alcoólica.

Em relação a faixa etária, estudantes de 16 a 19 anos apresentaram o maior risco para o consumo de álcool (OR=4,44; IC95% 2,81-7,86 e $p < 0,001$), este resultado é respaldado por outros estudos.¹ Parece que com o aumento da idade, a vigilância familiar é reduzida e a independência e o aumento de confiança podem ser possíveis causas.

Supõe que, praticando uma religião, o indivíduo pertence a um grupo com os valores estabelecidos e compartilhados e normas, em que há uma condenação explícita e clara do uso de drogas.³²

De fato, adolescentes sem religião apresentaram o maior risco para o contato com o álcool (OR=4,36; IC95% 1,10-17,09 e $p = 0,002$). Mesmo não tendo sido indagado se os adolescentes eram praticantes, parece que apenas a crença nos valores religiosos pode exercer influência positiva sobre estes jovens. Outros estudos demonstraram a religiosidade como fator de proteção ao consumo de álcool.^{14,32,33}

A negligência com assuntos escolares por adolescentes que fazem uso do álcool tem sido relatado na literatura^{1, 5, 9, 14}, entretanto após remoção dos fatores de confusão o “número de aulas perdidas nos últimos 30 dias” perdeu importância. Provavelmente, outra variável como o trabalho pode ter exercido influência sobre esta variável, uma vez que faltas na escola podem ser reflexo na necessidade de trabalhar.³⁴

Adolescentes trabalhadores também apresentaram maior risco ao consumo de bebidas alcoólicas (OR=2,13; IC95% 1,18-3,83 e $p = 0,012$). A independência financeira, o aumento do convívio com adultos por meio do trabalho tem sido apontado

como possíveis fatores causais.^{14, 20} Em adição, o estresse provocado nas atividades laborais ou mesmo as frustrações, bem como festas e lazer em companhia dos colegas de trabalho podem exercer papel importante neste aspecto.

Observou-se ainda, que o um relacionamento regular/ruim com o pai apresentou um maior risco ao consumo de álcool (OR=2,18; IC95% 1,21-3,94 e $p = 0,010$). O autoritarismo e o relacionamento ruim com o pai tem apresentado associação positiva do alcoolismo na adolescência.^{14, 35} Apesar de a mãe ter grande representação no núcleo familiar e por muitas vezes ser responsável pela transmissão de valores da sociedade²⁰, nesta análise esta variável perdeu importância. Estudos suportam que a família unida, o seguimento de valores familiares a discussão de problemas em casa, o monitoramento dos pais são fatores de proteção a exposição ao álcool,^{9, 21, 23} sugerindo que a família exerce importante papel no controle do uso de substâncias.

Os resultados obtidos merecem reflexão, pois diante da complexidade do problema, a população adolescente merece ser acompanhada com atenção especial. A execução de políticas públicas não será eficaz se realizada isoladamente, o apoio da família, da escola e da sociedade é importante para o combate do uso do álcool precoce e suas consequências. Neste sentido, grandes avanços tem sido observados em relação ao tabagismo, com nítida redução do consumo de cigarro ao longo do tempo.

A despeito da limitação metodológica imposta pelo delineamento deste estudo, que é a causalidade reversa, pode-se fazer um perfil epidemiológico representativo do consumo de álcool por adolescentes escolares em Campina Grande, Paraíba. Entretanto, por ser uma temática ainda pouco explorada, sugere-se a realização de mais estudos para ampliar o conhecimento deste grave problema de saúde pública.

5. CONCLUSÕES

Foi observado uma alta prevalência de experimentação de bebida alcoólica e um início prematuro. Das variáveis analisadas, a faixa etária, a religião, o trabalho e o relacionamento com o pai foram associadas a experimentação de bebidas alcoólicas. Há a necessidade prementes de programas educativos-preventivos relacionados ao combate ao uso prematuro do álcool e suas consequências.

Colaboradores

Ana Flávia Granville-Garcia participou da concepção e projeto, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada. Marayza Alves Clementino, Monalisa da Nóbrega Cesarino Gomes, Ramon Targino Firmino, Gabriella Lima Arrais Ribeiro, Maria Betânia Lins Dantas Siqueira participaram da redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Financiamento

Este estudo foi financiado pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

6 REFERENCIAS

1. Strauch ES, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):647-655.
2. Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Dreyfuss J, Dlamini I, Costello EJ. Predicting persistent alcohol problems: a prospective analysis from the Great Smoky Mountain Study. *Psychol Med*. 2011;13:1-11.
3. Marsiglia FF, Ayers S, Gance-Cleveland B, Mettler K, Booth J. Beyond Primary Prevention of Alcohol Use: A Culturally Specific Secondary Prevention Program for Mexican Heritage Adolescents. *Prev Sci*. 2012;13(3):241-51.
4. Richmond MJ, Merelstein RJ, Metzger A. Heterogeneous Friendship Affiliation, Problem Behaviors, and Emotional Outcomes among High-Risk Adolescents. *Prev Sci*. 2012;13(3):267-77.
5. Doku D, Koivusilta L, Rimpelä A. Socioeconomic differences in alcohol and drug use among Ghanaian adolescents. *Addict Behav*. 2011;13(1):357-360.
6. Lee C, Rose JS, Engel-Rebitzer E, Selya A, Dierker L. Alcohol dependence symptoms among recent onset adolescent drinkers. *Addict Behav*. 2011;36:1160-67.
7. Hipwell A, Stepp S, Chung T, Durand V, Keenan K. Growth in Alcohol Use as a Developmental Predictor of Adolescent Girls' Sexual Risk-Taking. *Prev Sci*. 2012;13(2):118-28.
8. Costa JL, Troncoso ES, Gallego MP, Maza VTS, Barcenilla AC, Cubells CL, Molina LS. Perfil de los adolescentes que acuden a urgencias por intoxicación enólica aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2011;76(1):30-37.

9. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM, Morais Neto OL. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(1):136-146.
10. WHO. World Health Organization. About global alcohol database. Geneva: WHO, 2002.
11. Hodder RK, Daly J, Freund M, Jenny Bowman J, Hazell T, Wiggers J. A school-based resilience intervention to decrease tobacco, alcohol and marijuana use in high school students. *Public Health*. 2011;11:722.
12. Fraga S, Sousa S, Ramos E, Dias S, Barros H. Alcohol use among 13-year-old adolescents: associated factors and perceptions. *Public Health*. 2011; 125(7):448-456.
13. Caetano R, Babor T. Diagnosis of alcohol dependence in epidemiological surveys: an epidemic of youthful alcohol dependence or a case of measurement. *Addiction*. 2006;101(1):111-14.
14. Galduróz JC, Sanchez ZM, Opaleye ES, Noto AR, Fonseca AM, Gomes PL, Carlini EA. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. *Rev Saude Publica*, 2010;44(2):267-273.
15. Faria R, Vendrame A, Silva R, Pinsky I. Propaganda de álcool e associação ao consumo de cerveja por adolescentes. *Rev Saude Publica*. 2011;45(3):441-47.
16. Galduróz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Use of psychotropic drugs in Brazil: household survey in the 107 biggest Brazilian cities., 2001. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13:888-895.
17. 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>.
18. Frankfort-Nachimias C, Nachimias D. Research methods in the social sciences. 4. ed. London: Edward Arnold, 1992.
19. Malone PS, Northrup TF, Masyn KE, Lamis DA, Lamont AE. et al., Initiation and persistence of alcohol use in United States Black, Hispanic, and White male and female youth, *Addict Behav*. 2011;37(3):299-335.

20. Campos JA, Almeida JdeC, Garcia PPNS, Faria JB, Consumo de álcool entre estudantes do ensino médio do município de Passos – MG. *Cien Saude Colet.* 2011;16(12):4745-4754.
21. Cordova D, Huang S, Pantin H, Prado G. Do the Effects of a Family Intervention on Alcohol and Drug Use Vary by Nativity Status?. *Psychol Addict Behav.* 2011:1-6.
22. Duncan AE, Agrawal A, Bucholz KK, Sartor CE, Madden PAF, Heath, A. C. Deconstructing the architecture of alcohol abuse and dependence symptoms in a community sample of late adolescent and emerging adult women: An item response approach. *Drug Alcohol Depend.* 2011;116:222–27.
23. Manrique-Abril FG, Ospina JM, Garcia-Ubaque JC. Children and adolescents' alcohol and tobacco consumption in Tunja, Colombia. *Rev Salud Publica.* 2011; 13(1):89-101.
24. Perera B, Torabi M, Kay NS. Alcohol Use, Related Problems And Psychological Health In College Students. *Int J Adolesc Med Health.* 2011;23(1):33-37.
25. Pinsky I, Jundi S. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(4):362-74.
26. Romano M, Duailib S, Pinsky I, Laranjeira R. Alcohol purchase survey by adolescents in two cities of State of Sao Paulo, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2007;41(4):495-501.
27. Freisthler B, Gruenewald PJ, Treno AJ, Lee J. Evaluating alcohol access and the alcohol environment in neighborhood areas. *Alcohol Clin Exp Res.* 2003;27(3):477-84.
28. Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics.* 2007;119:76-85.
29. Brewer RD, Swahn MH. Binge drinking and violence. *JAMA.* 2005;294(5):616-18.
30. Puddey IB, Rakic V, Dimmitt SB, Beilin LJ. Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors: a review. 1999;94:649-43.
31. Kwan MY, Cairney J, Faulkner GE, Pullenayegum EE. Physical activity and other health-risk behaviors during the transition into early adulthood a longitudinal cohort study. *Am J Prev Med.* 2012;42(1):14-20.

32. Gryczynski J, Ward BW, Social norms and the relationship between cigarette use and religiosity among adolescents in the United States. *Health Educ Behav.* 2011;38(1):39-48.
33. Haber JR, Grant JD, Jacob T, Koenig LB, Heath A. Alcohol milestones, risk factors, and religion/spirituality in young adult women. *J Stud Alcohol Drugs.* 2012;73(1):34-43.
34. Noal RB, Menezes AMB, Araújo CL, Hallal PC. Uso experimental de álcool no início da adolescência: a visita de 11 anos da coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad. Saude Publica.* 2010;26(10).
35. Piko BF, Balázs MA. Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking. *Addict Behav.* 2011;37(3):353-356.

NORMAS DA REVISTA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras);
- 1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras);
- 1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras);
- 1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras);

1.6 Debates - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras);

1.7 Fóruns - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

* Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

* ClinicalTrials.gov

* International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

* Netherlands Trial Register (NTR)

* UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

* WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html>.

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, abstract e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, sendo aceito o máximo de cinco (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Cadernos de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil

cadernos@ensp.fiocruz.br

© 2009 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.