

PROBLEMAS BUCAIS ORIUNDOS DO CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS POR ADOLESCENTES ESCOLARES.

ORAL PROBLEMS FROM ILLICIT DRUGS USE BY SCHOOL ADOLESCENTS.

Sérgio Spezzia*

*Cirurgião Dentista. Especialista em Gestão Pública pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialista em Adolescência para Equipe Multidisciplinar e Mestre em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Escola Paulista de Medicina – UNIFESP.

Contato: Sérgio Spezzia

Email: sergio.spezzia@unifesp.br

RESUMO

Objetivo: Drogas ilícitas quando utilizadas causam no organismo modificações ao agirem no Sistema Nervoso Central, envolvendo mudanças no comportamento e no estado mental dos seus consumidores. Maconha, heroína, crack, ecstasy, cocaína, barbitúricos, chá de cogumelo, ópio e inalantes constituem algumas dessas drogas. Adolescência abrange o período de idade que corresponde ao intervalo entre os 10 e os 19 anos. A adolescência constitui fase de risco para o aparecimento de doenças bucais. Esse período da vida ocasiona preocupação, uma vez que nele muito comumente pode ocorrer o convívio com a experimentação das drogas lícitas e ilícitas. Outras manifestações bucais nesse período decorrem da ação desfavorável das drogas ilícitas. O objetivo do presente artigo foi averiguar acerca das manifestações bucais decorrentes do vício e uso de drogas ilícitas por adolescentes e verificar como o ambiente escolar pode agir nesse contexto. **Síntese dos Dados:** A escola pode ser considerada como um ambiente aprazível para buscar-se desenvolver atividades de promoção de saúde e prevenção nesse público de adolescentes. Convive-se na adolescência com problemas bucais, o consumo de drogas ilícitas tende a poder causar piora no quadro de saúde oral. A abordagem que é realizada no ambiente escolar nesse período pode promover auxílio,

permitindo que esse público de indivíduos opte por não fazer uso de drogas ilícitas.

Conclusão: Uma abordagem preventiva dos adolescentes em idade escolar e em seu ambiente de ensino e aprendizagem pode ser capaz de minimizar ou evitar danos a sua saúde sistêmica e bucal, que poderiam ser possivelmente causados pela ação das drogas ilícitas.

Palavras-chave: Adolescente. Drogas Ilícitas. Vulnerabilidade a Desastres. Instituições Acadêmicas. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Objective: Illicit drugs when used cause changes in the body by acting on the Central Nervous System, involving changes in the behavior and mental state of its consumers. Marijuana, heroin, crack, ecstasy, cocaine, barbiturates, mushroom tea, opium and inhalants are some of these drugs. Adolescence covers the age period that corresponds to the interval between 10 and 19 years old. Adolescence is a risk phase for the onset of oral diseases. This period of life causes concern, since it can very commonly occur with the experimentation of licit and illicit drugs. Other oral manifestations in this period result from the unfavorable action of illicit drugs. The aim of this article was to investigate the oral manifestations resulting from addiction and use of illicit drugs by adolescents and to verify how the school environment can act in this

context. **Data Synthesis:** The school can be considered as a pleasant environment to seek to develop health promotion and prevention activities in this audience of adolescents. In adolescence they live with oral problems, the consumption of illicit drugs tends to cause worsening of oral health. The approach that is carried out in the school environment during this period can promote aid, allowing this public of individuals to choose not to use illicit drugs.

Conclusion: A preventive approach for adolescents of school age and in their teaching and learning environment may be able to minimize or avoid damage to their systemic and oral health, which could possibly be caused by the action of illicit drugs.

Keywords: Adolescent. Street Drugs. Disaster Vulnerability. Schools. Oral Health.

Enviado: Fevereiro 2020

Revisado: Abril 2020

Aceito: Maio 2020

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga constitui uma substância que quando contacta o organismo ocasiona modificações no funcionamento do Sistema Nervoso Central⁴³.

Drogas são compostas por substâncias químicas, que agem no organismo ocasionando alterações nas funções presentes, tais como: conduta e motricidade, dentre outras^{5,6}.

Substância psicoativa ou substância psicotrópica consta de substância que tem poder de ação no Sistema Nervoso Central, agindo modificando a função cerebral, alterando temporariamente a consciência, o comportamento e o humor. Comumente considera-se essas drogas como aquelas que agem produzindo modificações na consciência, nas sensações ou no perfil emocional^{10,49,58,80}. Pode-se tipificar essas drogas, dividindo-as em grupos: o das drogas perturbadoras; o das estimulantes e o das depressoras. Sob o enfoque legal, pode-se proceder a classificação dessas drogas em drogas ilícitas, que não podem ser produzidas e vendidas para consumo por lei e lícitas, que podem ser consumidas^{11,62}.

Drogas ilícitas quando utilizadas causam no organismo modificações ao agirem no Sistema Nervoso Central, envolvendo mudanças no comportamento e no estado mental dos seus consumidores. Maconha, heroína, crack, ecstasy, cocaína, barbitúricos, chá de cogumelo, ópio e inalantes constituem algumas dessas drogas de consumo proibido.

O uso dessas drogas provoca o vício, que pode ser denominado por dependência ou por abuso^{27,39,70}.

De acordo com a OMS, a adolescência abrange o período de idade que corresponde ao intervalo entre os 10 e os 19 anos. Nesse período os adolescentes convivem com algumas práticas de formas de aprendizagem e de experimentação. Deve haver participação ativa dos adolescentes, uma vez que num período futuro os mesmos devem mostrarem-se aptos. Nessa fase da vida também formam-se as atitudes, comportamentos e valores relacionados com a saúde^{6,36,46,69}.

Nesse contexto, sabe-se que a idade entre os 10 e os 15 anos constitui uma fase crucial na vida dos adolescentes, no que tange a possível utilização das drogas e no que se relaciona com a sua utilização continuada a posteriori¹³.

Alterações na neurobiologia ocorridas na adolescência podem estar relacionadas com o aparecimento de comportamentos de desinibição e de risco, que se encontram coadjuvados ao consumo de substâncias psicoativas⁶⁰.

Segundo Schepis et al., (2008)⁶⁰, o surgimento do consumo de substâncias psicoativas que levam ao aparecimento da dependência, comumente ocorre com os adolescentes. Nesse período convivesse com o decréscimo da vigilância e monitoramento pelos pais, concomitantemente manifestando-se nesse público a busca intencional por correr riscos e pela afirmação.

Pode-se considerar que na adolescência,

têm-se a estruturação de hábitos e padrões comportamentais. Ocorre nessa fase da vida maior vulnerabilidade para o início do consumo de drogas. A utilização de substâncias psicoativas pelos adolescentes aflije seu bem estar e sua qualidade de vida. Pode-se vivenciar ainda modificações mentais e físicas oriundas dos efeitos nocivos das drogas^{1,42}.

Sabe-se que sob o enfoque odontológico, a adolescência constitui fase de risco para o aparecimento de doenças na cavidade bucal, comumente ocorrendo cárie dentária e doenças periodontais⁷³. Essas doenças decorrem de fatores de risco, como: prática de alimentação inadequada e utilização de álcool, cigarros, bem como de outras drogas⁷¹. Esse período da vida ocasiona preocupação, uma vez que nele muito comumente pode ocorrer o convívio com a experimentação das drogas lícitas e ilícitas. Outras manifestações bucais nesse mesmo período somam-se as comumente presentes e decorrem da ação desfavorável das drogas ilícitas⁷⁴.

Hábitos saudáveis devem ser praticados pelos adolescentes, nesse contexto e para estruturação dos mesmos tem papel fundamental a atuação dos familiares, profissionais de saúde e educadores, auxiliando e promovendo orientações de saúde capazes de conscientizar os adolescentes a praticarem bons hábitos^{41,68,72}.

A escola pode ser considerada como um ambiente aprazível para buscar-se desenvolver atividades de promoção de saúde e prevenção nesse público de adolescentes. Nela pode-se proceder a promoção da educação em saúde. Muitos fatores podem agir ocasionando riscos para a saúde, busca-se na escola proceder a conscientização acerca desses fatores, procurando estruturar estratégias para enfrentamento, bem como obter-se a minimização das vulnerabilidades^{29,45}.

O V Levantamento Nacional com Estudantes dos Ensinos Fundamental (a partir da 5ª série) e Médio, de Escolas Públicas das 26 Capitais Brasileiras e do Distrito Federal, segundo dados fornecidos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), demonstrou que cerca de 29% dos alunos abordados já tinham consumido bebidas alcoólicas até embriagar-se ou seja abusivamente. Constatou-se também nesse levantamento que havia utilização de

drogas lícitas e ilícitas pelos alunos, perfazendo como drogas ilícitas consumidas: o crack, a cocaína, inalantes, solventes, maconha, anfetaminas, anabolizantes, alucinógenos e benzodiazepínicos²⁴.

No VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre os Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Públicas e Privadas de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras concluído em 2010, averiguou-se 50.890 alunos, dos quais 31.280 eram pertencentes a escolas públicas e 19.610 eram estudantes de escolas particulares. A idade predominante dos estudantes abordados oscilou entre os 13 e 15 anos, isso em 42,1% da amostra analisada, portanto na faixa pertencente ao período da adolescência. Dentre as drogas referidas como de consumo, além do álcool e do cigarro, verificou-se que ocorreu o consumo de maconha, cocaína, inalantes, anfetamínicos e ansiolíticos⁷⁹.

De acordo com dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 108 cidades do país em 2005, constatou-se que dentre a amostra pesquisada, 22,8% tinha realizado consumo anterior de drogas, que não o tabaco e o álcool. Nos indivíduos abordados e com idade entre 12 e 17 anos, portanto na adolescência, verificou-se consumo de inúmeras drogas. Um terço dos entrevistados do gênero masculino com idade entre 12 e 17 anos mencionou que tinha realizado anteriormente algum tipo de tratamento para combate a dependência das drogas^{21,33}.

Hábitos alimentares adotados, estilo de vida, etilismo, tabagismo, bem como o uso de outras drogas podem constituir fatores de risco para o aparecimento de doenças bucais. Nesse contexto, sabe-se que na adolescência pode ocorrer experimentação das drogas lícitas e ilícitas, o que concomitantemente ocasiona manifestações orais desfavoráveis. Mudanças de hábitos praticadas durante a fase da adolescência podem prejudicar a saúde oral^{50,65}. Sabe-se que normalmente pacientes viciados possuem inúmeras doenças bucais, dados que persistem mesmo em se tratando de indivíduos jovens¹⁸.

O uso das drogas ilícitas gera preocupação, uma vez que acarreta problemas de saúde a nível de saúde geral e de saúde bucal nos usuários, sendo que as

manifestações piores estão voltadas para as que ocorrem em boca¹⁸.

O objetivo do presente artigo foi averiguar acerca das manifestações bucais decorrentes do vício e uso de drogas ilícitas por adolescentes e verificar como o ambiente escolar pode agir nesse contexto.

REVISÃO DE LITERATURA

Na adolescência transcorrem mudanças psicológicas, físicas e comportamentais. Nela procede a procura pelo desenvolvimento da personalidade; identificam-se as limitações apresentadas; o indivíduo estrutura-se intelectual e emocionalmente; relações interpessoais e de afetividade são postas em prática^{66,68}. Ocorrem também alterações de conduta e no campo psicoafetivo. Nessa fase busca-se experimentações novas, podendo estas implicarem muitas vezes em problemas de saúde, citam-se dentre elas: consumo de drogas ilícitas e lícitas; hábitos alimentares inapropriados e sedentarismo^{22,41,54}.

Muitos hábitos e comportamentos firmados na fase da adolescência perpetuam-se na idade adulta e dificilmente podem ser modificados. O adolescente deve tornar-se sujeito ativo do seu cuidado, para tal deve-se promover incentivo a essa prática, promovendo auxílio com orientações e educação de saúde, objetivando prevenção e a instituição do autocuidado^{22,68}. O consumo de drogas lícitas ou ilícitas, seja em âmbito familiar ou no círculo de amigos pode predispor a experimentação e posteriormente ao vício. Nesse período evidencia-se certa vulnerabilidade frente ao enfrentamento da experimentação das drogas. A utilização de drogas constitui válvula de escape frente às situações de dificuldade presentes⁵⁹.

Manifestações sistêmicas e bucais presentes em usuários de drogas ilícitas demonstram os malefícios que a prática do vício ocasiona. O conhecimento e a conscientização acerca dos riscos do consumo das drogas a saúde deve ocorrer preventivamente, deve-se procurar proceder a orientações educativas, visando evitar a ocorrência de problemas a saúde¹⁴.

A utilização abusiva das drogas ilícitas pode provocar problemas bucais como: cárie dentária e doenças periodontais. Pode

ocorrer ainda erosão dental; insatisfação com a aparência dos dentes e autoestima pobre, bem como apertamento dental com presença de fraturas e dentes quebrados^{47,48,64}.

Modificações celulares e teciduais são possivelmente ocasionadas pelo emprego de algumas drogas ilícitas, como maconha e crack, o que pode agir propiciando surgimento do câncer bucal⁶⁷.

O descuido com a higienização bucal mostra-se evidenciado no público adolescente, em decorrência convive-se com problemas orais, tais como: doenças periodontais, comumente com gengivite; cárie dentária, bem como com mau hálito. Nesse período pode ocorrer o acometimento por problemas periodontais irreversíveis que poderiam ser prevenidos com a prática de uma higienização bucal de forma correta. No contexto geral, deve-se evitar agravantes e direcionar os adolescentes para o autocuidado para com sua higiene oral, orientando-se uma escovação dental de maneira correta e vigorosa^{12,19,78}.

No contexto geral, na adolescência por si só os dois problemas bucais mais frequentes são doenças periodontais e cárie dentária, entretanto, existem ainda alguns outros problemas passíveis de ocorrer, tal como: má oclusão; fluorose; perdas dentárias e halitose, entre outros¹⁵.

O consumo continuado de substâncias tóxicas que podem ocasionar dependência pode gerar problemas bucais, como: gengivite; estomatite; halitose; bruxismo; queilite angular e desgaste dental, dentre outros².

Usuários de drogas ilícitas possuem problemas bucais em decorrência, envolvendo cárie dentária; xerostomia e aumento de volume gengival⁵⁷. Esses indivíduos comumente desenvolvem autocuidado com sua higienização bucal de forma precária ou insuficiente⁴⁷.

No público de jovens existe risco para uso das drogas e deve-se promover orientações para enfrentamento do problema, almejando atuar preventivamente. A curiosidade para a experimentação leva muitas vezes ao consumo das drogas ilícitas. Alguns fatores podem ser considerados responsáveis pela utilização das drogas por esse público, envolvendo autoestima pobre, depressão e ansiedade⁸¹.

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo governo brasileiro em 2007,

no intuito de realizar promoção de saúde. A abordagem proposta visava inter-relação entre saúde e educação, almejando realizar prevenção, promoção e atenção a saúde das crianças e dos adolescentes, que são estudantes do ensino básico nas escolas públicas. Subdividiu-se o PSE em cinco componentes, neles priorizou-se algumas ações de saúde, englobando: avaliação antropométrica, oftalmológica, nutricional, auditiva, psicossocial e de saúde bucal, dentre outras. O PSE foi constituído por 4 eixos, sendo que um deles trata de prevenção de agravos, promovendo abordagens para enfrentamento ao uso de drogas, entre outras finalidades. O programa é realizado em conjunto com as escolas pelas unidades básicas de saúde através das equipes de saúde da família^{7-9,53}.

Buscando promoção de saúde nas escolas instituiu-se no Brasil políticas como a abordada pela Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE). A PeNSE consta do primeiro inquérito nacional realizado em escolares, visando atender as finalidades propostas pelo Sistema Nacional de Monitoramento da Saúde Escolar. Almejava-se auxiliar profissionais de saúde e gestores com as informações coletadas, buscando fornecer orientações e avaliação das políticas de saúde focadas nos adolescentes. Procedeu-se a busca por informações sobre atividade física, alimentação, imagem corporal, uso de álcool, tabaco e outras drogas, saúde bucal, entre outras. A parte de saúde bucal foi estruturada por duas questões acerca da escovação dentária e de dor dentária^{8,31}.

O comportamento dos indivíduos pode ser alterado baseado na educação em saúde, necessitando-se para tal que o educando participe e busque por influências que sejam capazes de alterar esse comportamento³⁷.

No contexto geral, convive-se na adolescência comumente com problemas bucais em decorrência de vários fatores, que foram supracitados, ocorre que o consumo de drogas ilícitas nesse período tende a poder causar piora no quadro de saúde oral apresentado. A abordagem que é realizada no ambiente escolar nesse período pode promover auxílio, permitindo que esse público de indivíduos opte por não fazer uso de drogas ilícitas, o que pode promover a manutenção de um estado de saúde geral e de saúde bucal

satisfatórios, a exceção das intercorrências e manifestações orais, que normalmente podem ocorrer na fase da adolescência por si só⁷¹⁻⁷⁴.

A escola constitui um local de extremada importância para proceder a medidas de intervenção em abordagens que envolvem drogas e adolescentes. Na escola podem realizar-se promoção, prevenção e atenção à saúde⁵⁵.

O contato dos adolescentes com amigos ou colegas de sala de aula que possivelmente sejam usuários de drogas ilícitas pode influenciar as decisões a serem tomadas pelos mesmos, levando a experimentação das drogas seja por curiosidade ou por outras razões, o que deve ser evitado, pois pode levar ao hábito^{72,74}. O hábito é adquirido pela repetição continuada de um ato, uso ou costume. Trata-se de determinado comportamento que os indivíduos repetem continuamente, deixando de lado a forma como devem pensar para executá-lo^{23,30}. O papel da família e dos professores das escolas tem importância extremada, uma vez que procedendo-se a orientações acerca dos malefícios que essas drogas podem causar, tanto a nível da saúde sistêmica como a nível da saúde bucal, pode-se conseguir que esse público não escolha o hábito do consumo dessas drogas e não proceda ao vício^{72,74}.

Na família encontra-se a base principal para promover educação, ainda que o público jovem frequente outros locais como a escola. Nela estrutura-se os valores morais e de conduta. Falhas nas aquisições desses valores podem ocasionar predisposição a transtornos na adolescência²⁸.

Informações acerca dos malefícios ocasionados pelas drogas podem agir prevenindo danos. O papel da família, nesse contexto, torna-se crucial, pois será nela onde mais será discutida e repassada essa temática²⁵.

De acordo com Scivoletto & Giusti, (2004)³⁴, os fatores de risco desencadeadores do consumo de drogas e que merecem destaque envolvem a obtenção de sensações de prazer; a curiosidade; o isolamento social; autoestima pobre; influências do grupo, entre outros.

No contexto geral e em âmbito odontológico, necessita-se que maiores cuidados sejam disponibilizados aos consumidores de drogas, sendo imprescindível

o fornecimento de tratamentos com cunho tanto preventivo como curativo^{3,35,61,63}.

DISCUSSÃO

O consumo abusivo de álcool e de outras drogas constitui um problema de Saúde Pública presente em vários países. Em nosso país existe também esse problema e o consumo dessas drogas por adolescentes tem ocasionado preocupação, uma vez que os adolescentes são os indivíduos que detêm maior vulnerabilidade ao uso das drogas¹⁶.

Medidas foram adotadas pelo governo, visando enfrentamento dos problemas de saúde ocasionados na fase da adolescência. Políticas públicas preconizadas, portanto, relacionaram-se a atenção a saúde dos adolescentes, tal como com o PSE e o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD)⁴².

O acolhimento em ambiente familiar no período da adolescência é fundamental, caso o mesmo não ocorra o adolescente pode acabar envolvendo-se com grupos de usuários de drogas⁸³.

O bem estar e a qualidade de vida dos adolescentes são afligidas pelo consumo de substâncias psicoativas. Inúmeros problemas podem ser ocasionados em decorrência, como: prejuízo em âmbito escolar; violência e acidentes de trânsito, entre outros¹.

Em conformidade com Micheli & Formigoni, (2004)²⁰, a família na fase da adolescência age auxiliando e promovendo enfrentamento ao consumo e dependência as drogas. Deve haver pelos pais a prática de monitoramento nessa fase, caso contrário, inexistindo a adoção de cuidados voltados para os adolescentes, corre-se o risco de conviver-se com a dependência pelas drogas.

Estudos evidenciaram que o consumo de drogas pelos adolescentes, advém de vínculo familiar impróprio ou seja quando a família não mantém diálogo com seus filhos e não impõem limites e regras, configurando esses os motivos mais evidentes para desenvolver-se a dependência pelas drogas⁵².

Segundo Cruz Neto et al., (2001)¹⁷, adolescentes promotores de atos infracionais geralmente são alunos com reprovações, defasagem escolar e que estudam muito pouco.

A utilização de drogas ilícitas e do álcool na adolescência constitui problema denotado em todo o globo, que pode ser capaz de gerar

impacto⁴⁴. No Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), designa como crime, o comércio de substâncias geradoras de dependência para adolescentes e crianças, entretanto, pode-se constatar que atos ilícitos ainda continuam sendo praticados com venda dessas drogas a esse público⁵.

A experimentação das drogas pelos adolescentes pode provir da inexistente ou escassa fiscalização relacionada a venda desse produto, bem como pode advir da não intervenção das famílias ou da sociedade, visando enfrentamento ao consumo⁷⁵.

No continente europeu a OMS definiu metas, que levam em consideração promoção de saúde e estilo de vida saudável para escolares. A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, advém de iniciativa da OMS. Houve desfecho favorável no que tange as atitudes preventivas preconizadas em âmbito escolar⁷⁶.

Na América Latina e Caribe no ano de 1995 ocorreu a instituição das Escolas Promotoras de Saúde, com finalidade de promover cooperação entre os setores de educação e de saúde, quando do desenvolvimento de abordagens de saúde escolar^{32,45}.

Muitos estudos realizados em inúmeros países averiguaram o conhecimento e o comportamento dos adolescentes que era relacionado com a saúde oral. No contexto geral, pode-se verificar que adolescentes demonstram possuir conhecimento escasso acerca da sua saúde oral^{4,26,38,40,77,82}. Pode-se perceber que existe influência nesse sentido, que se relaciona com aspectos da sociedade e da cultura a que esse público de adolescentes encontra-se inserido. Nesses estudos a educação em saúde, bem como a promoção de saúde foram denotados como importantes fatores para alteração dos comportamentos em saúde, basicamente se ocorrer fundamentação pedagógica.

CONCLUSÃO

Uma abordagem preventiva dos adolescentes em idade escolar e em seu ambiente de ensino e aprendizagem pode ser capaz de minimizar ou evitar danos a sua saúde sistêmica e bucal, que poderiam ser possivelmente causados pela ação das drogas ilícitas.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores alegam não haver conflito de interesses.

TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS:

O autor concorda com o fornecimento de todos os direitos autorais a Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde

REFERÊNCIAS

1. Almeida ND. Uso de álcool, tabaco e drogas por jovens e adultos da cidade de Recife. *Rev Psicol Argum*, 2011; 29(66):295-302.
2. Bergamaschi CC, Monta MF, Cogo K, Franco GCN, Groppo FC, Volpato MC. Interações medicamentosas: analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos (Parte II). *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*, 2007; 7(2):9-18.
3. Bhaskar NN, Vijayakumar N, Virjee K, Gopikrishna V. Oral health status and treatment needs of substance abusers attending de-addiction centers in Bangalore city. *J Indian Assoc Publ Health Dent*, 2014; 12(1):13-7.
4. Blinkhorn AS. Dental health education: what lessons have we ignored? *Brit Dent J*, 1998; 184(2):58-9.
5. Brasil. Casa Civil. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 1990 jul 16. Seção 1:13563. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Ed. Ministério da Saúde, 2007. 60 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.
8. Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009. 138 p.
9. Brasil. Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola, tecendo caminhos da intersetorialidade. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011, 46 p.
10. Carlini EA. “Drogas Psicotrópicas”. In: Noto AR, Nappo S, Galduróz JCF, Mattei R, Carlini EA. III Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Meninos e Meninas em Situação de Rua de Cinco Capitais Brasileiras – 1993. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia – Escola Paulista de Medicina, 1994. pp. 93- 7.
11. Carlini EA, Nappo SA, Galduroz JCF, Noto AR. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. *Rev IMESC*, 2001; 3:9-35.
12. Carvalho RWF, Santos CNA, Oliveira CCC, Gonçalves, SRJ, Novais SMA, Pereira MAS. Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal. *Cienc Saude Colet*; 2011; 16(supl.1):1621-8.
13. Castro RAF. Drogas ilícitas: prevenção do uso na região atendida pela UBS CAIC Patos de Minas. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. [Trabalho de Conclusão]. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2014.
14. Ciesielksi FIN. Aspectos psicossociais e condições bucais em dependentes químicos internados para desintoxicação. [Tese]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, 2013.
15. Cortelli JR, Cortelli SC, Pallos D, Jorge AOC. Prevalência de periodontite agressiva em adolescentes e adultos jovens do Vale do Paraíba. *Pesq Odontol Bras*, 2002; 16(2):163-8.

16. Costa E. Os fatores de risco e proteção para a recuperação do consumo abusivo/dependência de substâncias psicoativas na adolescência. *Psicologia.pt – O portal dos Psicólogos*, Lisboa, 2013. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0713. Acesso em 24 de outubro de 2019.
17. Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena, LFM. *Nem soldados nem inocentes: juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
18. Damante CA, Gregghi SLA, Rezende MLR de, Sant’Ana ACP, Passanezi E. Efeitos das drogas ilícitas em saúde periodontal e bucal. *Perionews*, 2011; 5: 251-5.
19. Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad Saude Pubica*, 2009 ;25(3):655-7.
20. De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev Assoc Méd Bras*, 2004; 50(30):305-13.
21. Dietiz G, dos Santos CG, Hildebrandt LM, Leite MT. As relações interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes. *Rev Eletr Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 2011; 7(2):85-91.
22. Farias Júnior JC, Nahas MV, Barros MVG, Loch MR, Oliveira ESA, De Bem MFL et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Rev Panam Salud Pública*, 2009; 25(4):344-52.
23. Ferreira ABH. *O Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 4^a. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
24. Galduroz JCF. V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004. Universidade Federal de São Paulo; Escola Paulista de Medicina; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; Secretaria Nacional Antidrogas, 2004. p. 398.
25. Gil HLB, Mello DF, Ferriani MGC, Silva MAI. Opiniões de adolescentes estudantes sobre consumo de drogas: um estudo de caso em Lima, Perú. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 2008; 16: 551-7.
26. Gilbert L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 1994; 22(1):47-51.
27. *Glossário de álcool e drogas*. 2a. Ed, Brasília: Ed Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas (SENAD), 2010.
28. Gomide PI. *Pais presentes, pais ausentes*. Petrópolis: Vozes, 2004.
29. Gonçalves FD. A promoção da saúde na educação infantil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 2008; 12(24):181-92.
30. Holanda AB. *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa - Ed. Histórica 100 Anos - 5^a Ed.* 2010.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf> Acessado em 25 de novembro de 2019.
32. Ipollito-Sheperd J. *A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003.
33. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 / Carlini EA (supervisão) et. al., São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.*
34. Jackeline Asian Nomberto D. *Implicancias odontológicas en el uso de drogas en adolescentes*. *Odontol Pediatr*,

2011; 10(2):122–30.

35. Kayal R, Elias WY, Alharthi KJ, Demyati AK, Mandurah JM. Illicit drug abuse affects periodontal health status. *Saudi Med J*, 2014; 35(7):724–8.

36. Kehl MR. Ciclo Vital e Aprendizagem na Adolescência. *SaberesPsi*, 2017. Disponível em: <https://sites.google.com/site/saberespsi/psicologia-do-desenvolvimento-e-da-aprendizagem-na-adolescencia-1> Acessado em 19 de agosto de 2018.

37. Levy SN. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Educação em Saúde – histórico, conceitos e propostas. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cms>>. Acessado em 07 de maio de 2017.

38. Linn EL. Teenagers attitudes, knowledges and behavior related to oral health. *J Am Dent Assoc*, 1976; 92(5):946-51.

39. Luz C, Silva ERA, Carneiro EFS, Palombino VS. O Serviço Social Diante da Restrição de Liberdade na Internação Compulsória do Dependente Químico. [Trabalho de Conclusão]. Presidente Prudente: Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente – Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo, 2014.

40. MacGregor IDM, Balding JW, Regis D. Flossing behavior in English adolescents. *J Clin Periodontol*, 1998; 25(4):291-6.

41. Malta DC, Sardinha LMV, Mendes I, Barreto, SM, Giatti L, Castro IRR et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2010. *Cienc Saude Colet*; 15(Supl 2):3009-19. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800002&lng=en. Acessado em 06 de março de 2020.

42. Martins MMB. Consumo de Álcool e outras Drogas entre Adolescentes da Zona Rural. [Dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana,

2018.

43. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2. – 11a. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017. 146 p. – SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Disponível em: https://www.supera.org.br/@/material/mtd/pdf/SUP/SUP_Mod2.pdf Acessado em 04 de março de 2020.

44. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Relatório de OMS sobre a epidemia Global de Tabagismo, 2008: Pacote MPOWE. Instituto Nacional de Câncer, 1996.

45. Moura JBVS, Lourinho LA, Valdes MTM, Frota MA, Catrib AMF. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 2007; 14(2):489-501.

46. Organização Mundial da Saúde (1965). Problemas de la salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la O.M.S (Informe técnico nº 308). Genebra.

47. Pedreira RHS, Remencius L, Navarro MFL, Tomita NE. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. *Rev Odontol Univ São Paulo*, 1999; 13(4):395-9.

48. Pereira MAT. Uso de substâncias psicoativas e condições de saúde bucal de adolescentes em conflito com a lei. [Dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2012.

49. Picolotto E, Libardoni LFC, Migott AMB, Geib LTC. Prevalência e fatores associados com o consumo de substâncias psicoativas por acadêmicos de enfermagem da Universidade de Passo Fundo. *Cienc Saude Coletiva*, 2010; 15(3):645-54.

50. Pilinová A, Krutina M, Salandová M, Pilin A. Oral health status of drug addicts in the Czech Republic. *J Forensic Odontostomatol*, 2003; 21:36-9.

51. Pimentel AEJP. A saúde bucal de adolescentes em situação de vulnerabilidade. Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente [Dissertação]. Recife: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, 2012.
52. Pratta EMM, Santos MA. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, 2006; 11:315-22.
53. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dec_6286_05122007.pdf Acessado em 05 de março de 2020.
54. Raspanti LMPS. Trabalho com grupo de adolescentes através da abordagem sociodramática. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2002.
55. Reis DC, Almeida TAC, Coelho AB, Madeira AMF, Paulo IMA, Alves RH. Estratégia saúde da família: atenção à saúde e vulnerabilidades na adolescência. *Rev Espaço para a Saúde*, 2014; 15(1):47-56 .
56. Romani O. Las drogas: sueños y razones. Barcelona: Ariel, 2004, 2ª. ed. actualizada, 221 p.
57. Saini GK, Gupta ND, Prabhat KC. Drug addiction and periodontal diseases. *J Indian Soc Periodontol*, 2013; 17(5):587-91.
58. Santos MVF, Pereira DS, Siqueira MS. Uso de álcool e tabaco entre estudantes de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. *J Bras Psiquiatr*, 2013; 62(1):22-30.
59. Schenker M, Minayo MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciênc Saúde Colet*, 2003; 8(1):299-306.
60. Schepis TS, Adinoff B, Rao U. Neurobiological processes in adolescent addictive disorders. *J Addict*, 2008; 17:6-23.
61. Scivoletto S, Giusti JS. Fatores protetores e de risco associados ao uso de drogas na adolescência: Atualização Científica. 2004. Disponível em: http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/ac_131.htm. Acessado em 20 de julho de 2019.
62. Senad. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas. Ministério da Educação. – 6a. ed., atual. – Brasília: Ministério da Justiça, 2014.
63. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Ekhtiari H, Virtanen JI. Oral health of drug abusers : A review of health effects and care. *Irian J Publ Health*, 2013; 42(9):929–40.
64. Shetty V, Mooney LJ, Zigler CM, Belin TR, Murphy D, Rawson R. The relationship between methamphetamine use and increased dental disease. *JADA*, 2010; 141(3):307-18.
65. Shou L, Curry C, McQueen D. Using a “life-style” perspective to understand tooth brushing behavior in Scottish schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1990; 18:230-4.
66. Soares SM, Amaral MA, Silva LB, Silva PAB. Workshops on sexuality in adolescence: revealing voices, unveiling views student’s of the medium teaching glances. *Esc Anna Nery*, 2008; 12(3):485-91.
67. Sordi MB. Avaliação de Lesões Bucais em Pacientes Usuários de Substâncias Químicas Ilícitas. [Trabalho de Conclusão]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.
68. Sousa ZAA, Silva JG, Ferreira MA. Knowledge and practices of teenagers about health: implications for the lifestyle and self care. *Esc Anna Nery*, 2014; 18(3):400-6.
69. Spalj S, Spalj VT, Ivankovic L, Plancak D. Oral health-related risk behaviours and attitudes among Croatian adolescents-multiple logistic regression analysis. *Coll Antropol*, 2014; 38(1):261–7.

70. Spezzia S, Vicente SP, Calvoso Jr. R. Acidentes de Trabalho Causados pelo Uso de Drogas. *Rev Uningá Review*, 2013; 14(1):5-12.
71. Spezzia S, Porto LC, Oliveira PO, Weiler RME. Riscos para a Saúde Bucal nos Adolescentes, *Rev APCD*, 2014; 68(2):146.
72. Spezzia S. O Papel dos Educadores nas Orientações Preventivas de Saúde Bucal na Adolescência. *Rev Atas de Ciências da Saúde, FMU*, 2016; 4(3):25-34.
73. Spezzia S. Alterações Periodontais na Adolescência. *Braz J Periodontol*, 2018; 28(1):43-7.
74. Spezzia S. Repercussões Bucais do Uso de Drogas na Adolescência. *Rev Ciências Médicas PUCCAMP*, 2018; 27(2):93-100.
75. Tavares BF, Beria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev. Saúde Pública*, 2004; 38(6):787-96.
76. Thesenvitz J. Supporting Comprehensive Workplace Health Promotion in Ontario Project. Effectiveness of Workplace health Promotion. The Health Communication unit at the Centre for health Promotion University of Toronto, 2003.
77. Thomson WM, Locker D, Poulton R. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. *Com Dent Oral Epidemiol*, 2000; 28(4):289-94.
78. Turrioni APS, Salomão FGD, Monti JFC, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Pereira AC. Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. *Cienc Saude Colet*, 2012; 17(7):1841-8.
79. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010. Carlini A (supervisão), et. al., São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503 p.
80. Vetulani J (2001). «Drug addiction. Part I. Psychoactive substances in the past and presence». *Polish J Pharmacol*, 2001; 53(3):201–14.
81. Vieira PC, Aerts DRGC, Freddo SL, Bittencourt A, Monteiro L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2008; 24(11):2487-98.
82. Watt RG. Stages of change for sugar and fat reduction in an adolescent sample. *Community Dental Health*, 1997; 14(2):102-7.
83. Wild LG, Flisher AJ, Bhana A, Lombard C. Association among adolescents risk behaviour and self-esteem in six domains. *J Child Psychol Psych*, 2004; 45:1454-67.