

Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes

Prevalence and risk factors for smoking among adolescents

Maura C Malcon^a, Ana Maria B Menezes^b e Moema Chatkin^b

^aUniversidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. ^bDepartamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Descritores

Tabagismo, epidemiologia. Adolescência. Prevalência. Fatores de risco. Estudos transversais. Zonas urbanas.

Resumo

Objetivo

O tabagismo é uma das principais causas de enfermidades evitáveis e incapacidades prematuras. Nesse sentido, realizou-se estudo com o objetivo de medir a prevalência e estudar fatores de risco associados ao tabagismo nos adolescentes.

Métodos

A partir de um delineamento transversal de base populacional, estudou-se uma amostra representativa de 1.187 adolescentes de 10 a 19 anos, da zona urbana de Pelotas, sul do Brasil. Todos os adolescentes da amostra, de cada domicílio, foram entrevistados por meio de questionário pré-codificado, individual e confidencial. Utilizou-se o teste de Kaplan-Meier para análise da curva de sobrevivência.

Resultados

A prevalência de tabagismo na amostra foi de 12,1% (IC95% 10,3%-14%). As prevalências foram similares para os sexos femininos e masculinos. Os fatores de risco para tabagismo na análise multivariada, por regressão logística, foram: maior idade, *odds ratio* (OR) de 28,7 (11,5-71,4), irmãos mais velhos fumantes, OR de 2,4 (1,5-3,8), três ou mais amigos fumantes, OR de 17,5 (8,8-34,8) e baixa escolaridade OR de 3,5 (1,5-8,0).

Conclusões

A prevalência de tabagismo na adolescência mostrou-se alta, na cidade de Pelotas. Campanhas antitabágicas devem ser direcionadas à comunidade e à família tendo o adolescente como alvo. Medidas legais adotadas pelo governo são importantes para impedir o acesso dos adolescentes ao cigarro.

Keywords

Smoking, epidemiology. Adolescence. Prevalence. Risk factors. Urban zones. Cross-sectional studies.

Abstract

Objective

Tobacco smoking is one of the main causes of preventable disease and premature disability. The study was aimed at measuring smoking prevalence and related risk factors among adolescents.

Methods

A population-based cross-sectional study was carried out in a representative sample of 1,187 adolescents aged 10 to 19 years living in the urban area of Pelotas, southern Brazil. All adolescents were interviewed separately using a confidential coded questionnaire. Kaplan-Meier test was performed for survival curve analysis.

Correspondência para /Correspondence to:

Maura C. Malcon
Rua Félix da Cunha, 916/ 1001
96010-000 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: mmalcon@terra.com.br

Parte da dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, RS, 2000. Recebido em 10/8/2001. Reapresentado em 19/4/2002. Aprovado em 22/8/2002.

Results

The overall smoking prevalence rate in the sample was 12.1% (95% CI 10.3%-14%). Boys and girls had similar prevalence rates. The following were the risk factors for smoking found in the multivariate logistic regression analysis: older age (OR=28.7; 95% CI 11.5-71.4), older smoking siblings (OR=2.4; 95% CI 1.5-3.8), three or more smoking friends (OR=17.5; 95% CI 8.8-34.8) and low schooling (OR=3.5; 95% CI 1.5-8.0).

Conclusions

The prevalence of smoking among adolescents in the city of Pelotas was high. Campaigns against tobacco use should be aimed at the community and families, targeting adolescents. The government must adopt legal actions in order to prevent adolescents to have access to smoking.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é, hoje, a principal causa de enfermidades evitáveis e incapacidades prematuras e chegará a ser a primeira causa de morte evitável no século XXI. A cada ano morrem cerca de três milhões de pessoas em todo o mundo devido ao tabaco.⁹ Segundo a Organização Mundial de Saúde, para os próximos 30 a 40 anos, a epidemia tabágica será responsável por 10 milhões de mortes por ano, sendo que 70% dessas mortes ocorrerão nos países em desenvolvimento.^{9,14} No Brasil, em 1989, uma pesquisa nacional de base populacional (PNSN),⁵ demonstrou que de um total de aproximadamente 30 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos, 2,7 milhões eram fumantes.

Vários estudos no mundo^{2,6,7} e no Brasil^{1,5,11} mostram a idade cada vez mais precoce do início do vício de fumar e o aumento da prevalência de tabagismo em adolescentes. Estima-se que essa tendência resultará em 250 milhões de mortes em anos futuros.¹⁴ A adição à nicotina ocorre com o uso regular de tabaco e adolescentes fumantes têm alta probabilidade de tornarem-se adultos fumantes.³

Os fatores de risco para tabagismo na adolescência citados na literatura são: sexo e idade, nível socioeconômico, fumo dos pais ou irmãos e dos amigos, rendimento escolar, trabalho remunerado e separação dos pais. Os estudos mostram que o hábito de fumar dos amigos e dos irmãos mais velhos está fortemente associado ao tabagismo em adolescentes.^{1,6,7,10,12} Várias pesquisas apresentam prevalências mais altas de fumantes em idades maiores.^{1,5,6,11} Baixo rendimento escolar,^{1,7} e trabalho remunerado¹ também mostram associação com tabagismo em adolescentes. Na maioria dos estudos o sexo masculino aparece como fator de risco para fumo,^{1,7,15} sendo que estudo mais recente mostra não haver diferenças entre os sexos.¹¹ Nível socioeconômico^{6,8} e fumo dos pais^{1,7} são achados controversos na literatura.

O presente estudo foi realizado com o objetivo de medir a prevalência e estudar os fatores de risco associados ao tabagismo na adolescência.

MÉTODOS

Realizou-se o estudo na zona urbana da cidade de Pelotas, RS, na região Sul do Brasil, com uma população de cerca de 300.000 habitantes de acordo com a contagem populacional de 1996 (IBGE).

O delineamento utilizado foi transversal e de base populacional. O tamanho da amostra calculado procurou detectar uma razão de prevalência igual a dois, proporção de expostos de 15%, erro alfa de 5%, poder de 80% e prevalência de doença entre não expostos de 11%. Isso resultou em um tamanho de amostra calculado de 728 adolescentes. Acrescentaram-se 10% para perdas e recusas, 15% para fatores de confusão e 1,2% para o “efeito do delineamento”. A amostra resultou em um total de 1.092 adolescentes. Isto seria suficiente para estimar uma prevalência de 13% de tabagismo em adolescentes, com erro tolerável de 3% e nível de confiança de 95%. O número de domicílios necessários para atingir esse número de pessoas seria de 1.820. Esse número foi expandido para 2.112 porque a pesquisa está associada a outros estudos que precisavam de um tamanho maior de amostra.

O processo amostral foi realizado em múltiplos estágios (amostragem aleatória, por conglomerado e sistemática). Foram sorteados sistematicamente 48 setores censitários na área urbana da cidade. Em cada setor, aleatoriamente, sorteou-se um quarteirão e, nele, a esquina para iniciar o estudo. A partir do primeiro domicílio, de forma sistemática, foram visitados um em cada dois, no sentido para esquerda de quem estivesse de frente para o domicílio, até que fossem completados 44 domicílios por setor. Em cada domicílio todos os adolescentes de 10 a 19 anos foram entrevis-

tados utilizando um questionário pré-codificado, individual e confidencial.

O questionário continha variáveis socioeconômicas (renda familiar em salários mínimos vigentes na época da pesquisa e escolaridade do chefe da família em anos de estudo), demográficas (sexo, cor e idade do adolescente), variáveis relacionadas ao fumo na família (pai, mãe e irmãos mais velhos) e fumo dos amigos, escolaridade do adolescente (em anos de estudo e número de reprovações escolares) e prática de esportes.

Tabagismo do adolescente foi definido como fumar um ou mais cigarros nos últimos 30 dias. O critério de fumante para tabagismo do pai, mãe, irmãos mais velhos e amigos foi “uso atual”.

O trabalho de campo ocorreu no período de outubro de 1999 a janeiro de 2000. As entrevistas foram realizadas por entrevistadoras selecionadas e treinadas previamente. Os supervisores realizaram revisita em 10% dos entrevistados para checar a repetibilidade das respostas.

A amostra total incluiu 1.220 adolescentes, sendo que 33 (2,7%) foram perdas e recusas, resultando em 1.187 adolescentes.

O programa Epi-Info 6.02 foi adotado para entrada dos dados e a análise foi realizada nos pacotes estatísticos SPSS/PC 8.0 e Stata 6.0. Para a análise da curva de sobrevivida para tabagismo, utilizou-se o teste de Kaplan-Meier. Os testes qui-quadrado de Pearson e de tendência linear foram utilizados na análise bivariada. Com exceção das variáveis socioeconômicas, as demais variáveis foram ajustadas para sexo e idade. A análise multivariada foi executada por regressão logística não condicional, de acordo com modelo de análise hierárquico (Figura 1). As variáveis entraram no modelo conforme os níveis hierárquicos. Em cada nível, foram mantidas as variáveis com nível de significância de $p < 0,2$. No modelo final permaneceram como significativas as variáveis com $p < 0,05$.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra uma descrição da população estudada de acordo com fatores socioeconômicos, demográficos, fatores escolares, prática de esportes e tabagismo nos amigos. Observou-se um predomínio do sexo feminino (51,6%) e da cor branca (73,6%); 12,2% da amostra apresentou renda em salários mínimos menor que 1,5. Notou-se que 31,8% dos adolescentes estudados tinham escolaridade de 0 a 4 anos,

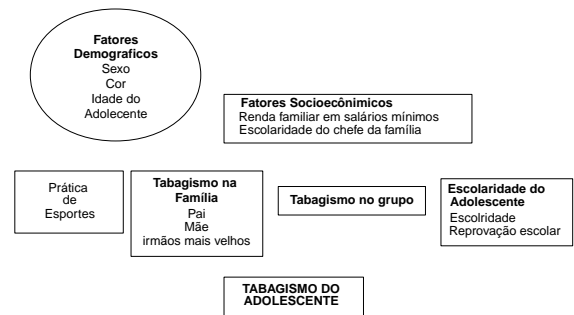


Figura 1 – Modelo de análise hierárquico das relações entre os fatores de risco para tabagismo na adolescência.

39,1% haviam reprovado na escola até duas vezes, 54,9% não praticavam esportes e 21% dos adolescentes tinham três ou mais amigos fumantes.

A prevalência de tabagismo nos adolescentes de Pelotas foi de 12,1% (n=144) (Intervalo de Confiança de 95% de 10,3% a 14,0%). A prevalência para “fumo alguma vez na vida” foi de 26,7% (n=317) (IC 95% 24,2%-29,3%), ou seja, incluiu fumo atual, fumo ocasional e ex-fumante. De acordo com a curva de sobrevivida para fumo entre os adolescentes, 30% dos adolescentes teriam come-

Tabela 1 - Distribuição dos adolescentes conforme fatores socioeconômicos, demográficos, fatores escolares, prática de esportes e tabagismo nos amigos. Pelotas, 1999-2000. (N=1.187)

Variáveis	Frequência	%
Renda familiar em salários mínimos*		
>7,0	365	31,3
4,0 a 7,0	246	21,1
1,5 a 3,9	411	35,3
<1,5	144	12,2
Escolaridade do chefe da família*		
9 anos ou mais	391	33,3
5 a 8 anos	418	35,6
0 a 4 anos	365	31,1
Idade do adolescente		
10 a 13 anos	430	36,2
14 a 16 anos	377	31,8
17 a 19 anos	380	32,0
Sexo		
Feminino	612	51,6
Masculino	575	48,4
Cor		
Branca	874	73,6
Parda/preta	313	26,4
Escolaridade do adolescente		
9 anos ou mais	231	19,5
5 a 8 anos	578	48,7
0 a 4 anos	378	31,8
Reprovações na escola		
Nunca	524	44,1
Até 2 vezes	464	39,1
3 ou mais vezes	199	16,8
Prática de esportes		
Sim	535	45,1
Não	652	54,9
Grupo de amigos fumantes*		
Nenhum	637	54,3
Até 2 amigos	290	24,7
3 ou mais amigos	247	21,0

*Variáveis com até 1,8% de valores ignorados.

çado a fumar aos 18 anos de idade (Figura 2).

Na Tabela 2 estão descritas as características do vício de fumar dos adolescentes conforme a idade de início, tempo de fumo e número de cigarros fumados. A maioria dos adolescentes (55%) começou a fumar entre 13 e

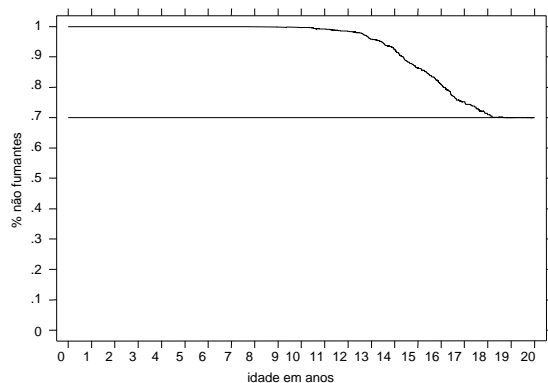


Figura 2 - Curva de sobrevivência para fumo entre os adolescentes. (N=1187)

Tabela 2- Características do hábito de fumar dos adolescentes de acordo com a idade de início, tempo de fumo e número de cigarros (fumantes e ex-fumantes). Pelotas 1999-2000.

Variáveis	Frequência	%
Idade de início do fumo		
7 a 12 anos	41	22,5
13 a 15 anos	100	55,0
16 a 19 anos	41	22,5
Número de cigarros fumados por dia		
Até 5	80	43,7
6 a 10	57	31,1
>10	46	25,2
Tempo de fumo*		
<1 ano	17	9,3
1 a 2 anos	68	37,4
3 a 4 anos	60	33,0
≥5 anos	37	20,3

*Variável com até 0,1% de valores ignorados.

Tabela 3 - Prevalência de tabagismo e *odds ratio* bruto com IC 95%, conforme variáveis socioeconômicas e demográficas. Pelotas 1999-2000.

Variáveis	N	Prevalência de Tabagismo (%)	Odds ratio bruto (IC 95%)	Valor p*
Renda familiar em salários mínimos				
>7,0	365	10,1	1,00	0,4
4,0 a 7,0	246	14,6	1,52 (0,93-2,48)	
1,5 a 3,9	411	12,4	1,26 (0,80-1,97)	
<1,5	144	11,8	1,19 (0,64-2,18)	
Escolaridade do chefe da família				0,08
9 anos ou mais	391	12,0	1,00	
5 a 8 anos	418	9,3	0,75 (0,48-1,18)	
0 a 4 anos	365	14,5	1,24 (0,82-1,89)	
Idade do adolescente				<0,001
10 a 13 anos	430	1,2	1,00	
14 a 16 anos	377	10,9	10,37 (4,05-26,54)	
17 a 19 anos	380	25,8	29,54 (11,88-73,46)	
Sexo				0,9
Feminino	612	12,1	1,00	
Masculino	575	12,2	1,01 (0,71-1,43)	
Cor				0,5
Branca	874	11,8	1,00	
Parda/preta	313	13,1	1,13 (0,77-1,66)	

*Teste de associação (Qui-quadrado)

15 anos, e 22,5% entre 7 e 12 anos. Os adolescentes estavam fumando na sua maioria há mais de um ano e 56% fumavam mais de cinco cigarros por dia.

De acordo com a Tabela 3, a variável idade do adolescente apresentou associação significativa com tabagismo na adolescência. Quanto mais velho o adolescente maior a razão de *odds* e prevalência de tabagismo mostrando tendência linear ($p<0,001$). Sexo, cor, renda familiar em salários mínimos e escolaridade do chefe não demonstraram significância estatística.

Na Tabela 4, as variáveis aparecem ajustadas para idade e sexo na terceira coluna. O adolescente com baixa escolaridade (OR=4,93), que reprovou três ou mais vezes na escola (OR=3,54) e com três ou mais amigos fumantes (OR=19,83) apresentou maior razão de *odds* para ser fumante. Fumo do pai (OR=1,88), da mãe (OR=2,03) e dos irmãos mais velhos (OR=2,64) mostrou associação com tabagismo na adolescência.

Observa-se que a idade do adolescente era um fator de confusão importante. As variáveis escolaridade do adolescente e fumo do pai e da mãe estavam sendo confundidos negativamente.

Na análise multivariada (Tabela 5), as variáveis foram entrando no modelo conforme o nível a que pertenciam no modelo de análise. Deste modo, fatores demográficos e socioeconômicos constituíram o primeiro nível. Mantiveram-se no modelo as variáveis escolaridade do chefe da família e idade do adolescente. A estas variáveis acrescentaram-se as do segundo nível: fumo do pai, da mãe e dos irmãos mais velhos, fumo dos amigos, prática de esportes, reprovação escolar e escolaridade do adolescente. Após o ajuste para o primeiro nível, ficaram no modelo as

Tabela 5 - Fatores de risco associados ao tabagismo na adolescência conforme regressão logística por níveis hierárquicos. Pelotas 1999-2000.

Variáveis	Odds Ratio ajustado*Valor p** (IC 95%)	
Nível 1***		
Idade do adolescente		<0,001
10 a 13 anos	1,00	
14 a 16 anos	9,97 (3,89-25,59)	
17 a 19 anos	28,65 (11,50-71,38)	
Escolaridade do chefe da família		0,09
9 anos ou mais	1,00	
5 a 8 anos	0,82 (0,52-1,32)	
0 a 4 anos	1,37 (0,88-2,15)	
Nível 2****		
Fumo da mãe		0,06
Não fumante	1,00	
Ex-fumante	2,04 (1,05-3,96)	
Fumante	1,55 (0,95-2,51)	
Fumo dos irmãos mais velhos		0,002
Não fumante	1,00	
Ex-fumante	1,68 (0,49-5,78)	
Fumante	2,35 (1,45-3,80)	
Escolaridade do adolescente		0,01
9 anos ou mais	1,00	
5 a 8 anos	1,95 (1,03-3,66)	
0 a 4 anos	3,49 (1,52-8,01)	
Grupo de amigos fumantes		<0,001
Nenhum	1,00	
Até 2 amigos	4,02 (1,93-8,40)	
3 ou mais amigos	17,47 (8,76-34,82)	

*Ajustada para os níveis hierárquicos do modelo.

**Teste de razão de verossimilhança.

***Nível 1: idade do adolescente, escolaridade do chefe da família.

****Nível 2: nível 1 + fumo da mãe, fumo dos irmãos mais velhos, escolaridade do adolescente, grupo de amigos fumantes.

variáveis fumo da mãe e dos irmãos mais velhos, fumo dos amigos e escolaridade do adolescente. Os fatores de risco para tabagismo na adolescência após regres-

são logística foram: idade do adolescente, fumo dos irmãos mais velhos, escolaridade do adolescente e grupo de amigos fumantes. Fumo da mãe e escolaridade do chefe da família foram mantidos no modelo por apresentarem valor $p < 0,2$. As variáveis que saíram do modelo por não apresentarem significância estatística foram: sexo, cor, reprovação escolar e prática de esportes. A renda familiar em salários mínimos não permaneceu no modelo por demonstrar colinearidade com escolaridade do chefe da família.

DISCUSSÃO

São poucos os estudos de base populacional no Brasil sobre tabagismo na adolescência, já que a maioria deles é de base escolar.^{1,10,11} Apenas um estudo nacional e de base populacional investigou fumo na adolescência no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição).⁵ Entretanto, esse estudo aconteceu há 9 anos. Todos os demais estudos de base populacional realizados no País, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998), Pesquisa sobre Padrões de Vida (1996-97) e Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996), não avaliaram tabagismo.

Os estudos realizados nas escolas podem fornecer subestimativas do problema. Na amostra estudada, por exemplo, encontrou-se 15,6% de adolescentes que não freqüentavam a escola. Observou-se que a prevalência de fumo entre eles foi de 36,2%, ou seja, mais elevada do que entre aqueles que estavam fre-

Tabela 4 - Prevalência de tabagismo e odds ratio ajustado para sexo e idade do adolescente com IC 95%, conforme variáveis escolares, prática de esportes e tabagismo na família e nos amigos. Pelotas 1999-2000.

Variáveis	N	Prevalência de tabagismo (%)	Odds ratio ajustado para sexo e idade do adolescente (IC 95%)	Valor p*
Escolaridade do adolescente				
9 anos ou mais	231	14,3	1,00	<0,001
5 a 8 anos	578	12,8	2,07 (1,29-3,33)	
0 a 4 anos	378	9,8	4,93 (2,72-8,94)	
Reprovações na escola				
Nunca	524	5,3	1,00	<0,001
até 2 vezes	464	14,4	2,22 (1,37-3,58)	
3 ou mais vezes	199	24,6	3,54 (2,10-5,99)	
Prática de esportes				
Sim	535	10,7	1,00	0,3**
Não	652	13,3	1,21 (0,81-1,84)	
Fumo do pai				
Não fumante	427	8,7	1,00	0,01
Ex-fumante	187	15,5	1,66 (0,96-2,86)	
Fumante	501	14,0	1,88 (1,20-2,93)	
Fumo da mãe				
Não fumante	608	9,4	1,00	<0,001
Ex-fumante	132	16,7	1,84 (1,05-3,23)	
Fumante	404	14,9	2,03 (1,34-3,06)	
Fumo do irmão mais velho				
Não fumante	845	9,1	1,00	<0,001
Ex-fumante	34	14,7	1,30(0,47-3,61)	
Fumante	284	21,1	2,64(1,78-3,93)	
Grupo de amigos fumantes				
Nenhum	637	1,9	1,00	<0,001
Até 2 amigos	290	11,4	4,27 (2,14-8,52)	
3 ou mais amigos	247	39,3	19,83 (10,45-37,62)	

*Teste de tendência linear **Teste de associação (Qui-quadrado)

qüentando a escola (7,7%). Portanto, o estudo de base populacional sobre tabagismo na adolescência fornece medidas mais adequadas do que os estudos de base escolar. Para que isso seja alcançado é necessário que o estudo seja representativo da população estudada. Esse critério parece ter sido preenchido nesse estudo, já que as perdas do mesmo foram pequenas e a metodologia do processo de amostragem assegurou que todos os adolescentes da cidade tivessem a mesma chance de participar do estudo.

O delineamento transversal teve a vantagem da rapidez e de custos relativamente baixos. Uma limitação, entretanto, está na utilização da temporalidade como critério causal, pois fatores de risco e desfecho são vistos em um mesmo momento e o viés da causalidade reversa não pode ser eliminado.

Na análise estatística utilizou-se como medida de efeito a *odds ratio* visto que na regressão logística o resultado é essa medida. Deve-se lembrar que a *odds ratio* superestima a razão de prevalência quando o desfecho utilizado é muito comum (maior que 20%), o que não aconteceu no presente estudo.

Outro ponto a ser discutido é o fato de que o desfecho foi medido através de questionário e não houve nenhum tipo de validação das respostas obtidas. A maioria dos estudos da literatura também utiliza como instrumento os questionários sem validação com marcadores biológicos.^{4,6,11} O fato de ter-se utilizado um questionário individual e confidencial procurou minimizar a possibilidade de resultados falsos; entretanto, não se pode descartar totalmente o fato de que algum adolescente possa ter escondido o fato de ser fumante.

A literatura mostra critérios diversos^{4,5,10} para a definição de tabagismo, o que dificulta as comparações entre os estudos. A definição aqui utilizada é a mesma de vários estudos: fumante é aquele que “fumou nos últimos 30 dias”.^{2,4,13}

A grande maioria dos adolescentes deste estudo começou a fumar entre 13 e 15 anos (55%) e 22,5%, entre 7 e 12 anos. Isto é consistente com quase todos os estudos que mostram início precoce do vício de fumar.^{1,2,11}

Embora alguns autores tenham demonstrado o tabagismo mais prevalente no sexo masculino,^{1,7,15} no presente estudo não houve diferença entre os sexos. Em países como a Ásia e Leste Europeu, por razões culturais, as prevalências de fumo são mais baixas no sexo feminino. Entretanto, esse perfil vem se modificando e, atualmente, as prevalências de fumo entre as

meninas nesses países mostram-se mais elevadas do que há alguns anos.¹⁵

Os resultados da literatura para fatores socioeconômicos como determinantes do tabagismo na adolescência são muito diversos.^{6,8} Neste estudo, não houve associação entre fator socioeconômico e tabagismo em adolescentes. Muza et al,⁸ no estudo sobre o consumo de drogas psicoativas, também não demonstraram diferenças significativas.

O tabagismo do grupo de amigos e dos irmãos foram fatores de risco associados significativamente ao tabagismo na adolescência.^{1,6,7,10,12} Ivanovic et al,⁶ no Chile, demonstrou risco de 9,8 vezes para tabagismo em adolescentes com amigos fumantes. O estudo de Segat et al,¹⁰ em Santa Maria, em 1997, encontrou um risco de 5,2 para fumo em adolescente. Estudos que realizaram análise multivariada encontraram associação entre fumo dos amigos ou irmãos e fumo na adolescência.⁷

Fumo da mãe no presente estudo mostrou-se no limiar da significância. Alguns autores encontraram fumo dos pais como fator de risco para tabagismo na adolescência^{1,10} e em outros estudos não se observou associação.^{7,12}

Baixo rendimento escolar tem sido apontado como fator de risco para fumo na adolescência.^{1,6,7} Londoño,⁷ na Colômbia, após análise multivariada encontrou risco de 1,7. No presente estudo baixa escolaridade (0 a 4 anos) mostrou uma *odds ratio* de 3,5 para fumo na adolescência.

Conclui-se que o tabagismo na adolescência é um problema bastante prevalente em Pelotas, assim como tem sido demonstrado em outros locais. Pela curva de sobrevivência, foi demonstrado que um terço dos jovens já teriam começado a fumar aos 18 anos. Países como os EUA, onde já houve importante redução da prevalência de tabagismo no sexo masculino entre os adultos, vêm apresentando aumento de prevalência entre os jovens.⁴

Portanto, estratégias de combate ao fumo na adolescência devem envolver ações conjuntas entre governo, entidades educacionais, família e sociedade como um todo. Ações em nível de atenção primária para educação e tabagismo devem ser priorizadas envolvendo a comunidade e o adolescente como alvo. A escola pode ser um ponto de partida para prevenção. A comunidade e as sociedades médicas devem fiscalizar para que se cumpram as leis recentemente aprovadas no País, pois essa é mais uma medida importante para a redução do tabagismo entre os adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa MTS, Carlini-Coltrin B, Silva Filho AR. O uso de tabaco por estudantes de primeiro e segundo graus em dez capitais brasileiras: possíveis contribuições da estatística multivariada para compreensão do fenômeno. *Rev Saúde Pública* 1989;23:401-9.
2. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE]. *Estudios nacionales sobre consumo de drogas en la población general de Chile* [on-line]. Santiago; 2000. Disponível em: <http://www.conace.gov.cl>; 2000. [15 abr 2002]
3. Elders MJ, Perry CL, Eriksen MP, Giovino GA. The report of the surgeon general: preventing tobacco use among young people. *Am J Public Health* 1994;84:543-7.
4. Giovino GA. Epidemiology of tobacco use among US adolescents. *Nicotine Tob Res* 1999;(1 Supl 1):S31-S40.
5. [INAN] Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. *PNSN: estatísticas sobre hábitos de fumo no Brasil*. Brasília (DF); 1989.
6. Ivanovic DM, Castro CG, Ivanovic RM. Factores que inciden en el habito de fumar de escolares de educación basica y media del Chile. *Rev Saúde Pública* 1997;31:30-43.
7. Londoño F JL. Factores relacionados con el consumo de cigarrillos en escolares adolescentes de la ciudad de Medellín. *Bol Oficina Sanit Panam* 1992;112:131-7.
8. Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil): II. Distribuição do consumo por classes sociais. *Rev Saúde Pública* 1997;31:163-70.
9. Roemer, R. *Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo*. 2ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1995.
10. Segat FM, Santos RP, Guillande S, Pasqualotto AC, Benvegnú LA. Fatores de risco associados ao tabagismo em adolescentes. *Adolesc Latinoam* 1998;1:163-9.
11. Tavares BF. Uso de drogas em adolescentes escolares em Pelotas, RS, 1999 [Dissertação de mestrado]. Pelotas: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas; 1999.
12. Wang MQ, Fitzhugh EC, Westerfield RC, Eddy JM. Family and peer influences on smoking behavior among American adolescents: an age trend. *J Adolesc Health* 1995;16:200-3.
13. Warren CW, Riley L, Asma S, Eriksen MP, Green L, Blanton C et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. *Bull World Health Organ* 2000;78:868-76.
14. [WHO] World Health Organization. *International Consultation on Tobacco and Youth: what in the world works?* Singapore; 1999.
15. Yang G, Fan L, Tan J, Qi G, Zhang Y, Samet JM et al. Smoking in China: findings of the 1996 National Prevalence Survey. *JAMA* 1999;282:1247-53.