

## CONSEQUÊNCIAS DO TABAGISMO PASSIVO EM CRIANÇAS

Sabrina Almeida Coelho\*

Suelen Alves Rocha\*\*

Lin Chau Jong\*\*\*

### RESUMO

O tabagismo passivo é a terceira causa de morte evitável no mundo. O objetivo deste estudo foi investigar se há relação entre as doenças respiratórias e o tabagismo passivo em crianças de 0 a 5 anos de idade atendidas em uma policlínica do Interior Paulista. Foi aplicado formulário aos responsáveis de 115 crianças de 0 a 5 anos atendidas na unidade Foram estudadas as variáveis sociodemográficas (idade da criança e do responsável, escolaridade e grau de parentesco do responsável, renda familiar e condições de moradia) e clínicas (exposição das crianças ao tabaco, hábito tabagístico das pessoas que vivem com a criança, antecedentes familiares de doenças respiratórias, patologias associadas ao tabagismo passivo). Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, a qual acusou que 17,39% do grupo fumante passivo apresentavam otite, 18,26% sibilos, 15,65% coriza e 6,96% tinham irritação ocular. No grupo não fumante passivo, as porcentagens para as doenças, respectivamente, são 7,83%, 6,96%, 5,22% e 4,35%. Crianças expostas ao tabagismo apresentam maior risco de desenvolver as citadas doenças que as não expostas.

**Palavras-chave:** Poluição por Fumaça de Tabaco. Tabagismo. Prevenção e Controle.

### INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cigarro é responsável por 5 milhões de mortes anuais, sendo 3,5 milhões nos países em desenvolvimento e 1,5 milhões em países desenvolvidos. Leva a óbito um em cada 10 adultos<sup>(1)</sup>. A OMS prevê ainda, para meados deste século, que a dependência de nicotina será a maior causa de morte. O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia<sup>(2)</sup>.

O tabagismo também é responsável por cerca de 50 doenças diferentes, principalmente doenças do aparelho respiratório, como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e bronquite, e as cardiovasculares, como angina e infarto. Em função de aumentar a adesão e agregação plaquetária, pode desencadear arritmias e parada cardíaca, causadas pelo prejuízo na oxigenação do miocárdio. Além dessas doenças, fumar causa inúmeros tipos de câncer, como câncer de pulmão, de boca, de laringe, de faringe, de esôfago, de pâncreas, de rim, de bexiga e de colo do útero. Pode

desencadear ainda acidente vascular cerebral (AVC) e determinar a impotência sexual no homem, complicações na gravidez, úlcera do aparelho digestório e/ou retardo em sua cicatrização, exacerbação do fenômeno de refluxo pilórico, redução de secreção de bicarbonato pelo pâncreas, infecções respiratórias – incluindo influenza – e trombose vascular. Quando a pessoa para de fumar, os riscos de obter esses malefícios vão gradativamente diminuindo<sup>(3)</sup>.

O consumo de cigarros vem diminuindo 1% anualmente em países industrializados e aumentando em países em desenvolvimento. De qualquer forma, em ambos os casos o tabagismo está crescendo de forma preocupante entre crianças e adolescentes<sup>(4)</sup>.

Há algum tempo a comunidade científica tem se preocupado com a questão do tabagismo. Nesse período, grandes avanços ocorreram em relação ao conhecimento dos males causados por esse hábito; porém apenas recentemente vem-se observando preocupação quanto aos fumantes passivos.

Grande parte do fumo que se liberta da combustão do cigarro espalha-se pelo ambiente, dando origem ao fumo de tabaco ambiental

\* Enfermeira Intensivista. E-mail: sabrialmeida@yahoo.com.br

\*\* Enfermeira de Família. Mestranda em Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. E-mail: suelenalvesrocha@gmail.com

\*\*\* Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. E-mail: chaujonglin@gmail.com

(FTA) ou fumo passivo. Este é constituído, em 85%, pela corrente de fumo lateral ou secundária, isto é, pelo fumo que é liberado diretamente pelo cigarro durante a sua combustão; e pela corrente de fumo terciária, isto é, pelo fumo que, depois de inalado, é exalado pelo fumante. A corrente secundária pode conter seis vezes mais nicotina, quatro vezes mais alcatrão, sete vezes mais monóxido de carbono, setenta e três vezes mais amônia e cinquenta vezes mais compostos cancerígenos que a corrente primária<sup>(2)</sup>.

Deste modo, o fumante passivo é aquele que, não sendo fumante por vontade própria, é obrigado a respirar pela via atmosférica o ar que contém o fumo do tabaco, pela gravidez e/ou pelo aleitamento materno<sup>(5)</sup>. Há cerca de dois bilhões de fumantes passivos, dos quais 700 milhões são crianças<sup>(5)</sup>.

A magnitude da exposição ambiental tabagística é dependente de vários fatores, como a dimensão do espaço onde ocorre a exposição, o número de fumantes ativos, a intensidade do fumo, o tempo de exposição, a idade da pessoa exposta, a frequência de troca de ar no ambiente fechado e o uso de purificadores de ar<sup>(6)</sup>.

Considera-se o tabagismo passivo como a terceira causa de morte evitável no mundo, estando atrás apenas do tabagismo ativo e do consumo excessivo de produtos alcoólicos<sup>(2)</sup>.

A exposição à fumaça pode causar efeitos imediatos como irritação dos olhos, do nariz, da garganta e dos pulmões, dor de cabeça, náuseas, vertigens, elevação da pressão arterial e angina<sup>(2)</sup>. Para os portadores de asma, a exposição à fumaça do tabaco pode provocar ataques asmáticos<sup>(7)</sup>. Entre os efeitos tardios, destaca-se a ocorrência de câncer e cardiopatias, além da redução da capacidade funcional respiratória, aumento do risco de ter aterosclerose e do número de infecções respiratórias em crianças<sup>(8)</sup>.

A OMS alerta para o fato de metade das crianças de todo o mundo estarem involuntariamente expostas ao FTA. No Brasil, o número estimado é de 15 milhões de crianças fumantes passivas<sup>(4)</sup>.

Como as crianças passam a maior parte do tempo em ambientes fechados, a exposição ao FTA ocorre, sobretudo, em casa, na escola, em

locais onde se prestam cuidados, em casa de familiares e dentro de automóveis<sup>(5)</sup>.

Quanto maior o número de pessoas fumantes na casa e quanto maior o número de cigarros fumados por essas pessoas, maior o risco de a criança adquirir uma doença respiratória e infecções agudas, além de sofrer agravos, se já apresentar alguma<sup>(4)</sup>. A esse fato soma-se o de que as vias aéreas infantis são mais vulneráveis, sofrendo acentuadamente com os efeitos do tabagismo passivo.

Diante do exposto, este estudo justifica-se pela necessidade de estabelecer o perfil dos vulneráveis ao tabagismo passivo para posterior intervenção. Ao realizá-lo, teve-se como objetivo investigar se há relação entre as doenças respiratórias e o tabagismo passivo, entre outros fatores, nas crianças de 0 a 5 anos de idade atendidas em uma policlínica do Interior Paulista.

## METODOLOGIA

O presente estudo é de abordagem quantitativa e transversal e foi realizado no período de maio a outubro de 2009 na Policlínica Cecap – Botucatu – SP. Como a unidade de saúde onde foi realizado tem 666 crianças menores de cinco anos cadastradas, usando-se a incidência de 50%, com um erro de 5% e 95% de confiança, obteve-se o número de 101 crianças para a amostra, o que não comprometeria a confiabilidade da pesquisa caso o número de entrevistas fosse maior que o número proposto inicialmente.

Um formulário desenvolvido pelas autoras foi aplicado aos pais ou responsáveis de 115 crianças de zero a cinco anos atendidas na unidade. Os responsáveis foram convidados a participar do estudo quando procuravam a referida unidade de saúde, pelos mais diversos motivos, e encontravam-se acompanhados pelas crianças. A faixa etária estipulada baseia-se em dados da literatura que apontam ser o intervalo de desenvolvimento infantil de maior vulnerabilidade aos efeitos da fumaça do cigarro<sup>(9,10)</sup>.

Foram considerados fumantes todos aqueles que faziam uso de um ou mais cigarros/dia há pelo menos seis meses, e foi considerada

fumante passiva a criança que residisse com pelo menos um fumante no domicílio.

Foram estudadas as variáveis sociodemográficas (idade da criança e do responsável, escolaridade e grau de parentesco do responsável, renda familiar e condições de moradia) e clínicas (exposição das crianças ao tabaco, hábito tabagístico das pessoas que vivem com a criança, antecedentes familiares de doenças respiratórias, doenças associadas ao tabagismo passivo e sintomatologia respiratória).

Para sintomatologia respiratória considerou-se: tosse, sibilo, dispneia, irritação de garganta, nariz e coriza. Asma, otite, bronquite e pneumonia foram referidas pelos responsáveis e levadas em conta somente se diagnosticadas pelo médico. Para proceder à categorização destes dados utilizou-se a Classificação Internacional de Doenças (CID-10)<sup>(11)</sup>.

Para caracterizar os sintomas foram feitas as perguntas: 1) Tosse: "A criança tosse sem estar resfriada algumas vezes por dia, quatro ou mais dias por semana?"; 2) sibilos: "A criança apresenta chiado no peito na maioria dos dias ou noites? O chiado é acompanhado de resfriado ou é após esforço ou mudança de clima?"; 3) dispneia: "a criança apresenta chiado no peito que cause dificuldade para respirar?" 4) intolerância à fumaça: "Quando a criança está exposta à fumaça do cigarro apresenta algum desses sinais: irritação dos olhos, irritação do nariz, irritação da garganta, dor de cabeça, dor no peito?" 5) crises respiratórias: "Você percebe que quando a criança fica exposta à fumaça do cigarro, há um aumento nas crises respiratórias?"; "Em momentos de crise respiratória, a criança precisou ser atendida no pronto-socorro, já foi hospitalizada ou precisou faltar à creche?"

As informações foram armazenadas em um banco de dados no aplicativo Microsoft Excel 2007 e posteriormente submetidas à análise estatística descritiva, por meio do aplicativo SAS For Windows, Versão 9.1.3. A significância estatística foi avaliada por meio do teste exato de Fisher.

A coleta de dados foi realizada após a obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Ofício 535/08-CEP-Botucatu, e a autorização dos atores que participaram deste estudo, conforme a Resolução

n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos<sup>(12)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização sociodemográfica geral

A idade média das crianças foi de dois anos e a dos responsáveis, de 31 anos. Houve um percentual maior de responsáveis do sexo feminino (88,2%), majoritariamente mães (83%), das quais 58,3% têm o Ensino Fundamental incompleto e apenas 9,6% têm o Ensino Médio completo.

Ademais, os pais (sexo masculino), representantes de 6,3% da condição de responsáveis, em sua maioria (52,2%) não concluíram o Ensino Fundamental e apenas 7,8% têm o Ensino Médio completo.

A renda mensal média da população estudada foi de R\$ 975,00, equivalentes a 2,1 salários mínimos vigentes à época da pesquisa.

Em relação à variável "condições de moradia," investigou-se a presença de umidade e a ventilação, devido à associação, suficientemente descrita pela literatura, desses fatores com doenças respiratórias. Desta maneira, constatou-se que 33,4% das crianças estudadas vivem em casa com umidade/mofo e 22,6% em casas com pouca ou nenhuma ventilação.

Pode-se dizer que a população estudada tinha baixa renda mensal, consequentemente, baixo poder aquisitivo, e que os responsáveis pelas crianças apresentavam baixa escolaridade. Verificou-se ainda que 33,34% das crianças viviam em casas com umidade/mofo.

No Brasil, um estudo realizado em dez capitais brasileiras com estudantes do Ensino Fundamental e Médio das respectivas redes estaduais demonstrou que quanto menor o nível de escolaridade, maior a frequência do tabagismo<sup>(9)</sup>.

Alguns autores, considerando escolaridade dos pais, apontam que apenas a escolaridade da mãe está relacionada diretamente às doenças respiratórias<sup>(10)</sup>; no entanto, outro estudo apresenta tendência linear significativa e inversa entre a incidência de tabagismo e a escolaridade

da mãe e do pai da criança, a renda mensal *per capita* da família e o nível socioeconômico<sup>(9)</sup>.

Fatores socioambientais desfavoráveis podem influir, individualmente ou em associação, no incremento da susceptibilidade às infecções respiratórias em crianças menores de cinco anos, sendo eles: elevada densidade domiciliar, habitações insalubres que apresentem maior poluição ambiental aí incluída maior frequência de tabagismo domiciliar - e menor acesso à assistência médica<sup>(10)</sup>.

### **Caracterização sociodemográfica comparativa**

A idade média do responsável da criança no grupo exposto ao tabagismo foi menor (28 anos) quando comparada ao do grupo não exposto (33,8 anos); porém quando se faz a análise estatística não há significância.

A renda mensal média do grupo exposto ao tabagismo é menor (R\$ 909,00) que a do grupo não exposto (R\$ 1044,00) - diferença estatisticamente insignificante.

No grupo das crianças expostas, o grau de escolaridade dos pais gradativamente decresce, sendo inversamente proporcional no grupo das não expostas. Difere apenas para o Ensino Médio completo do pai, que é maior que o Ensino Médio incompleto e o Ensino Fundamental completo; porém, quando feita análise estatística, os dados não apresentam significância.

Outras variáveis - como antecedentes familiares de doenças respiratórias e condições de moradia - também não apresentaram significância estatística.

Estudo realizado com crianças menores de cinco anos em Cuiabá elenca as variáveis associadas com doenças respiratórias, segundo modelo hierarquizado, da seguinte maneira: nível socioeconômico, escolaridade e ocupação da mãe; distrito sanitário, faixa etária e sexo da criança; e aleitamento natural e tabagismo dos moradores. Coloca, ainda, que a associação entre nível socioeconômico mais baixo e a exposição ao tabagismo domiciliar aumenta o risco de doença respiratória das crianças nessa faixa etária<sup>(10)</sup>.

A renda familiar é uma variável importante, pois exerce papel fundamental na aquisição e

utilização de bens e serviços essenciais à saúde, como alimentação e saneamento; contudo, em concordância com o estudo supracitado, outros autores esclarecem que, embora a renda exerça papel importante na saúde da criança, o tabagismo é uma variável relevante quando se leva em conta a influência de fatores socioeconômicos<sup>(13)</sup>.

O mesmo que acontece com a variável renda ocorre com a escolaridade dos pais. De forma indireta, o grau de escolaridade poderá determinar as oportunidades de emprego. Por sua vez, o emprego define o nível de renda familiar<sup>(14)</sup>. A literatura mostra que filhos de pais mais jovens, menos escolarizados, pertencentes a nível socioeconômico mais baixo e residentes em moradias com precárias condições ambientais mostraram maior incidência de problemas respiratórios<sup>(10)</sup>.

### **Caracterização clínica geral**

Os dados revelam que apenas 17,4% dos responsáveis pelas crianças eram tabagistas; no entanto, 49,6% das crianças estão expostas ao tabagismo domiciliar. Em 61,4% dos casos, os responsáveis relataram que o morador tabagista evita fumar na presença da criança.

Dentre as crianças estudadas, 39,1% apresentavam antecedentes familiares de doenças respiratórias, e cerca de 50% delas estão expostas ao tabagismo, o que é um dado preocupante, mesmo que o tabagista residente evite fumar na sua presença. A literatura descreve que o tabagista, pela corrente terciária, expele substâncias nocivas à saúde da criança, mesmo que não esteja fumando no momento<sup>(13)</sup>.

Ademais, a criança fumante passiva, além de ser mais susceptível às doenças, devido à exposição aos efeitos deletérios da fumaça do tabaco, pode sofrer outra consequência negativa do uso do cigarro: a de fazê-la pensar que o hábito de fumar a tornará bem-aceita na sociedade e que assim ela interagirá socialmente com experiência, quando, na realidade, o tabagismo afeta o seu desenvolvimento social<sup>(14)</sup>.

### **Caracterização clínica comparativa**

Como se vê na tabela 1, todas as patologias estudadas apresentam diferença entre as crianças

expostas ao tabagismo e as não expostas. O grupo das crianças que não sofreu exposição apresenta menos casos de doenças. Em concordância com nossos achados, um estudo

apresentou prevalência de sintomas respiratórios em 59,9% da amostra, sendo maior para as crianças que conviviam com fumantes<sup>(10)</sup>.

**Tabela 1** - Distribuição das doenças apresentadas pelas crianças atendidas na Policlínica Cecap, por exposição ao tabagismo. Botucatu – SP, 2009.

| Variáveis             | Expostas n=56 (%) | Não expostas n=59 (%) |
|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| Asma                  | 3,6               | 1,8                   |
| Bronquite             | 6,0               | 2,7                   |
| Pneumonia             | 13,8              | 11,2                  |
| Otite                 | 17,4              | 7,8                   |
| Sibilo                | 18,3              | 6,9                   |
| Tosse                 | 27,7              | 12,1                  |
| Coriza                | 15,6              | 5,2                   |
| Irritação do olho     | 6,9               | 4,2                   |
| Irritação do nariz    | 9,6               | 7,8                   |
| Irritação da garganta | 12,1              | 4,2                   |

Quando se faz a análise estatística, apenas apresentam significância otite ( $p = 0,0188$ ), sibilo ( $p = 0,0053$ ), coriza ( $p = 0,0060$ ) e irritação ocular ( $p = 0,0252$ ).

Em estudo com crianças menores de cinco anos, a interação encontrada entre as variáveis tabagismo dos moradores e idade da criança mostrou que quando são menores de um ano e ainda expostas ao tabagismo domiciliar, a chance de apresentarem sintomatologia respiratória é 1,7 vez maior do que para aquelas com idade igual ou maior do que um ano. Essa tendência justifica-se pela aquisição de imunidade específica crescente para um maior grupo de vírus que ocorre naturalmente com a idade<sup>(10)</sup>. Isto está de acordo com nossos achados, uma vez que a média das idades das crianças constituintes da população amostral foi de dois anos.

A associação do tabagismo passivo com a otite é descrita por vários autores<sup>(15)</sup>. No presente estudo, 17,4% sofriam dessa patologia e eram do grupo fumante passivo, enquanto apenas 7,8% eram do grupo não fumante passivo, o que equivale a uma diferença de aproximadamente 10% entre os grupos. Este achado corrobora o de outro estudo, em que houve um aumento de 73% do grupo fumante passivo contra 55% do grupo não exposto ao tabagismo<sup>(15)</sup>.

No caso de sibilos, 18,3% sofriam dessa complicação e eram expostos ao tabagismo, enquanto apenas 6,9% eram do grupo não fumante passivo. Este dado está em concordância com uma pesquisa que relata um incremento de 57,7% em crianças fumantes passivas<sup>(16)</sup>.

Do total de crianças, 15,6% apresentavam coriza e eram do grupo fumante passivo, enquanto 5,2% eram do grupo não fumante passivo. Um estudo relata que 94,8% das crianças expostas ao tabagismo apresentam coriza<sup>(14)</sup>.

Sobre a irritação nos olhos, não há estudos disponíveis que quantifiquem a porcentagem de crianças expostas que apresentam essa complicação. A OPAS e a OMS<sup>(17)</sup>, o Ministério da Saúde<sup>(2)</sup> e a Aliança de Controle ao Tabagismo<sup>(8)</sup> apenas citam que o tabagismo passivo é fator de risco para o aumento de irritação ocular.

Com relação às quatro doenças respiratórias investigadas neste estudo, apenas 20,9% das crianças expostas ao tabagismo não apresentam nenhuma delas (tabela 2). No grupo exposto, há ainda uma maior quantidade de crianças com uma ou duas doenças presentes ( $p=0,03$ ).

**Tabela 2** - Distribuição das doenças respiratórias associadas nas crianças atendidas na Policlínica Cecap, segundo exposição ao tabagismo. Botucatu – SP, 2009.

| Número de patologias associadas | Expostas n=56<br>(%) | Não Expostas n=59<br>(%) |
|---------------------------------|----------------------|--------------------------|
| Nenhuma                         | 20,9                 | 32,2                     |
| Uma                             | 17,4                 | 15,7                     |
| Duas                            | 9,6                  | 2,6                      |
| Três                            | 0,9                  | 0,9                      |

Esses dados mostram que crianças fumantes passivas, além de sofrerem maior risco de contrair doenças respiratórias, parecem ser mais vulneráveis e imunologicamente mais deprimidas, pois têm associadas duas ou mais doenças.

Segundo a tabela 3, as crianças do grupo exposto ao tabagismo apresentam mais casos de faltas escolares, visitas ao pronto-socorro e hospitalizações, embora, quando feita a análise estatística, não tenha sido encontrada significância.

**Tabela 3** – Distribuição das ocorrências de visitas ao pronto-socorro, hospitalizações e faltas escolares sofridas pelas crianças atendidas na Policlínica Cecap, por exposição ao tabagismo. Botucatu – SP, 2009. Botucatu – SP, 2009.

| Tipo de ocorrência | Expostas n=56<br>(%) | Não Expostas n=59<br>(%) |
|--------------------|----------------------|--------------------------|
| Pronto-atendimento | 57,9                 | 48,3                     |
| Hospitalização     | 21,1                 | 15,5                     |
| Falta escolar      | 21,1                 | 15,5                     |

Ter pais fumantes é um fator associado às dificuldades de aprendizagem, aos problemas de comportamento e a dificuldades de linguagem na criança. Tais problemas se devem ao fato de essas crianças apresentarem um maior absenteísmo escolar e mais idas aos serviços de urgência e serem mais sujeitas a hospitalizações por infecções<sup>(5,16)</sup>.

No Brasil, a infecção respiratória aguda é a maior responsável pela morbimortalidade de crianças menores de cinco anos, sendo ainda a principal causa de hospitalizações nessa mesma faixa etária<sup>(10)</sup>. As doenças crônicas pulmonares associadas ao tabagismo são difíceis de avaliar, pois o aparecimento de sintomas clínicos pode ocorrer após vinte anos de exposição<sup>(6)</sup>.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se encontrou significância estatística entre ser fumante e apresentar baixa renda e baixo nível educacional.

Apesar de doenças como asma, bronquite, pneumonia, tosse e irritações não

terem apresentado significância estatística, neste trabalho observa-se que na análise por números absolutos, houve de fato um aumento dessas doenças no grupo exposto ao tabagismo. Nas outras variáveis ocorreu o mesmo. Em nenhuma variável, segundo análise de frequências absolutas e relativas, observou-se igualdade entre os grupos, sendo o grupo tabagista passivo o mais prejudicado.

Isso pode ser explicado pelo pequeno tamanho amostral, visto que o tempo para a realização da pesquisa não permitiu que mais responsáveis de crianças fossem entrevistados. Pode, também, ter havido erros quanto aos sintomas e doenças referidos pelo responsável, além de omissão do tabagismo, pois muitos têm vergonha ou medo de relatar que fumam perto de suas crianças.

Além disso, a avaliação causal entre o tabagismo passivo e doenças crônicas pulmonares é difícil e complicada, devido ao aparecimento tardio dos sintomas clínicos. Neste estudo, foram analisadas apenas as crianças de zero a cinco anos de idade.

Apesar disso, na população estudada, encontrou-se que crianças menores de dois anos expostas ao tabagismo passivo são mais vulneráveis à otite e às condições respiratórias diretas e indiretas, como coriza, sibilo e irritação ocular. Apresentam, ainda, maior número de doenças associadas, absenteísmo escolar, idas aos serviços de urgência e hospitalizações.

O tabagismo passivo é considerado um importante problema de saúde pública. É indispensável que, juntamente com as ações e campanhas antitabagistas, se dê ênfase à questão das crianças fumantes passivas.

Além do esclarecimento da sociedade, é imprescindível que aqueles que cuidam da saúde infantil tenham como prática a avaliação individual da exposição ao fumo. Acreditamos que o momento do atendimento, especialmente de crianças com doença respiratória, é próprio para a abordagem do tabagismo passivo, uma vez que os pais estarão sensibilizados devido à doença do filho.

É preciso, sim, que os pais saibam de todos os males que o tabagismo passivo causa aos seus filhos, mas é preciso, principalmente, que se busquem maneiras de auxiliar o fumante na difícil tarefa de deixar o seu vício ou de, pelo menos, diminuí-lo.

Mesmo com todas as limitações expostas, enfatiza-se a importância do estudo das consequências do tabagismo passivo em crianças por meio da realização de pesquisas mais amplas, como as de coorte, para melhor compreensão do assunto. Entende-se que este diagnóstico servirá de base para a geração de um programa local de prevenção e controle do tabagismo. Evidenciou-se neste estudo a necessidade de incrementar a abordagem preventiva sobre o tabagismo nos espaços formais e informais pelos profissionais que compõem as equipes de saúde multiprofissionais.

---

## OUTCOMES OF SECONDHAND SMOKING IN CHILDREN

### ABSTRACT

Secondhand smoking is the third evitable death cause worldwide. The objective of this study was to investigate if there is a relation between respiratory diseases and passive tobacco smoking among children from 0 to 5 years of age assisted in a polyclinic of a small city in the state of São Paulo. A questionnaire was applied to the guardians of 115 children aged 0 to 5 years assisted at the health unit were interviewed. Studied variables: socio-demographic (child's and guardian's ages, guardian's education and relationship to the child, family income and housing conditions) and clinical (children's exposure to tobacco, smoking habits of individuals living with the child, family history of respiratory diseases, pathologies associated with secondhand smoking). The information was analyzed by descriptive statistic which showed that 17.39% of the secondhand smoking group presented otitis, 18.26% hissing, 15.65% runny noses and 6.96% eye irritation. In the non-secondhand smoking group, the percentages for diseases were, 7.83%, 6.96%, 5.22% and 4.35% respectively. Children exposed to smoking show higher risk to develop the abovementioned diseases than those who are not exposed.

**Keywords:** Pollution From Tobacco Smoke. Smoking. Prevention and Control.

---

## CONSECUENCIAS DEL TABAQUISMO PASIVO EN NIÑOS

### RESUMEN

El tabaquismo pasivo es la tercera causa de muerte evitable en el mundo. El objetivo de este estudio fue investigar si hay relación entre las enfermedades respiratorias y el tabaquismo pasivo en niños de 0 a 5 años de edad atendidos en una policlínica del interior de São Paulo. Se aplicó un formulario a los responsables de 115 niños de 0 a 5 años atendidos en la unidad. Fueron estudiadas las variables sociodemográficas (edad del niño y del responsable, escolaridad y grado de parentesco del responsable, renta familiar y condiciones de vivienda) y clínicas (exposición de los niños al tabaco, hábito tabáquico de las personas que viven con el niño, antecedentes familiares de enfermedades respiratorias, patologías asociadas al tabaquismo pasivo). Para análisis de datos se usó la estadística descriptiva, que acusó que un 17,39% del grupo fumador pasivo presentaba otitis, un 18,26% silbido, un 15,65% coriza y el 6,96% irritación ocular. En el grupo no fumador pasivo, los porcentajes para las enfermedades, respectivamente, son 7,83%, 6,96%, 5,22% y 4,35%. Los niños expuestos al tabaquismo presentan mayor riesgo de desarrollar las citadas enfermedades que los no expuestos.

**Palabras clave:** Contaminación por Humo de Tabaco. Tabaquismo. Prevención y Control.

---

## REFERÊNCIAS

1. Levêfre F, Levêfre AMC, Pereira IMT, Stewien GTM, Mirra AP, Oliveira NGS, et al. Criança: um fumante

- passivo sem opção. Bol Epidemiol Paul [online]. 2004 [acesso 20 ago 2009]; 8(1). Disponível em: <[http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa8\\_edito.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa8_edito.htm)>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Tabagismo.[online]. Brasília(DF): Ministério da Saúde. [atualizada em 2008]; [Acesso 14 Maio 2008]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/index.asp>>.
3. Lotufo JPB. O Tabagismo e Saúde Pública. In: Lotufo JPB. Tabagismo: uma doença pediátrica. São Paulo: Sarvier; 2007. p. 17-19.
4. Levêfre F, Levêfre AMC, Pereira IMT, Stewien GTM, Mirra AP, Oliveira NGS, et al. Smoking parents: what do their children think? Rev Bras Cresc Desenvolv Hum. 2006; 16(2):53-68.
5. Rios S, Rosas M, Machado PPP. A exposição ao fumo passivo e os hábitos tabágicos numa escola secundária. Int J Clin Health Psychol. 2005; 5(1):143-160.
6. Oliveira MVC, Sales MPU. Tabagismo passivo. "In": Viegas CAA. Diretrizes para cessação do tabagismo. J Bras Pneumol [online] 2004 [acesso 20 Ago 2009]; 30(2). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30s2/a02v30s2.pdf>>.
7. Ache BICS, Kahan F, Fiterman J. Prevalência de sintomas de asma e tratamento de crianças e adolescentes de 2 a 14 anos no Campus Aproximado da PUCRS. J Bras Pneumol [online] 2005 [acesso 20 Ago 2009]; 31(2). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n2/24339.pdf>>.
8. Aliança de Controle ao Tabagismo. [online]. Tabagismo passivo: a 3ª maior causa de morte evitável de acordo com pesquisa americana [acesso 20 ago 2009]. Disponível em: <<http://actbr.org.br/pdfs/fact-FUMO-PASSIVO.pdf>>.
- Gonçalves-Silva RMV, Valente JG, Lemos-Santos MGF, Sichieri R. Tabagismo domiciliar em famílias com crianças menores de 5 anos no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2005; 17(3):163-9.
9. Gonçalves-Silva RMV, Valente JG, Lemos-Santos MGF, Sichieri R. Tabagismo no domicílio e doença respiratória em crianças menores de cinco anos. Cad Saúde Pública. 2006; 22(3):579-86.
10. World Health Organization. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems. 10th Rev. Geneva: World Health Organization; 1992.
11. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu (Comitê de Ética em Pesquisa). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Botucatu: Tiponic; 1997.
12. Gonçalves-Silva RMV, Valente JG, Lemos-Santos MGF, Sichieri R. Tabagismo no domicílio e baixa estatura em menores de cinco anos. Cad Saude Publica. 2005; 21(5):1540-9.
13. Salmoria JG, Oliveira BRG. Crianças de centros de educação infantil: exposição ao fumo passivo. Ciênc Cuid Saúde. 2006; 5(1):16-23. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5104/3322>>.
14. Precioso J, Macedo M, Rebelo L. Relação entre o tabagismo dos pais e o consumo de tabaco dos filhos: Implicações para a prevenção. Rev Port Clin Geral [online] 2007 [acesso 13 out 2009]; 23: 259-66. Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20071001153939857444.pdf>.
15. Carvalho LMT, Pereira EDB. Morbidade respiratória em crianças fumantes passivas. J Pneumol. 2002; 28:8-14.
16. Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde [online]. Cómo daña y mata el humo ambiental del tabaco a los no fumadores. Spanish: PAHO; 2001. [acesso 20 ago 2009]. Disponível em: [www.paho.org/spanish/ad/sde/ra/wntd-factsheet2.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/sde/ra/wntd-factsheet2.pdf).

**Endereço para correspondência:** Sabrina Almeida Coelho. Rua Capitão Siqueira Barbosa, 117. Vila Dom Pedro II. CEP 02241-030. São Paulo, São Paulo.

**Data de recebimento:** 30/02/2011

**Data de aprovação:** 02/04/2012