

PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS RESPIRATÓRIOS EM CRIANÇAS FUMANTES PASSIVAS

Marivaldo José da Silva
Genildes Oliveira Santana
Michelle Flores

RESUMO: O tabagismo é considerado a principal causa demorte evitável em todo o mundo. A criança exposta à fumaça do cigarro, em domicílio, sofre ações nocivas à saúde, causando graves prejuízos em relação à área cognitiva. O presente estudo delinea sobre os sintomas respiratórios em crianças fumantes passivas da comunidade de Itinga, em Lauro de Freitas. O método utilizado no desenvolvimento do trabalho foi uma pesquisa de campo, do tipo estudo de caso, onde foram visitados 110 domicílios do conjunto residencial Parque Santa Rita. A amostra foi composta por 121 crianças fumantes passivas. Foi aplicado um questionário com questões abertas e fechadas, aos responsáveis pelas crianças. Os sintomas respiratórios tiveram as seguintes incidências: 56,19% de coriza, 45,45% tosse, 29,75% falta de ar, 18,18% de chiado no peito. Conclui-se que o índice de sintomas respiratórios nessa amostra é elevado, sendo a coriza o sintoma mais encontrado.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo passivo, Sintomas respiratórios, Poluição.

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo, estando, por isso, inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID). Atualmente, sabe-se que cerca de 1 milhão e 100 mil pessoas são fumantes no mundo; desse total 23% estão em países desenvolvidos e 77% em países em desenvolvimento. O Brasil é um dos quatro maiores produtores de tabaco no mundo e cerca de um terço da população brasileira faz uso do tabaco, sendo que dois terços dessa parcela reside em zona urbana (INCA, 2006, p.1).

A comunidade científica de todo o mundo tem se preocupado com a questão do tabagismo ativo, sendo que nas últimas três décadas, grandes avanços ocorreram em relação ao conhecimento dos malefícios causados por esse hábito na saúde do fumante. Por outro lado, apenas recentemente se tem observado a preocupação em relação aos fumantes passivos. O tabagismo passivo é a inalação da fumaça de derivados do tabaco (cigarro, charuto, cigarrilhas, cachimbo e outros produtores de fumaça) por indivíduos não-fumantes, que convivem com fumantes em ambientes fechados (INCA, 2005, p.1).

A fumaça dos derivados do tabaco,

denominada Poluição Tabágica Ambiental (PTA) contém em média três vezes mais nicotina, monóxido de carbono, alcatrão e cinco vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que passa pela boca do fumante depois de passar pelo filtro do cigarro. Como efeitos tóxicos provocados por esses, a exemplo da nicotina, podemos destacar: a irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaléia, aumento de problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias, e aumento dos problemas cardíacos, principalmente elevação da pressão arterial, angina, náuseas e fraqueza. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o problema torna-se ainda mais grave em ambientes fechados, sendo o tabagismo passivo a 3ª maior causa de morte evitável no mundo (ROSEMBERG, 2002, p.155).

Nesse estudo foram pesquisados infantes desde recém nascidos, amamentados ou não, até crianças com 10 anos de idade, sendo considerada fumante passiva a criança exposta à fumaça do cigarro em seu domicílio, através do contato com morador fumante ativo, sofrendo as ações nocivas do ambiente poluído. De acordo com CATANI e MICERA (2005), a fumaça do cigarro pode desencadear doenças respiratórias, inclusive as de caráter alérgico, sendo considerada como fator

adicional à tendência genética para a deflagração dessas doenças, ficando demonstrado por esses autores que os filhos de pais fumantes têm uma prevalência aumentada de hiper-responsividade brônquica (CATANI; MICERA, 2005, p.25).

Ainda conforme os autores supracitados, a exposição à fumaça do cigarro altera a mucosa bronquial, comprometendo as funções intercelulares, modificando a permeabilidade epitelial e provocando no sistema imunológico uma diminuição do número de macrófagos alveolares. Além disso, a exposição da criança ao fumo ambiental domiciliar aumenta a incidência de doença do ouvido, asma, sibilos, tosse, produção de secreção catarral, bronquiolite, pneumonia e função pulmonar alterada, assim como pode estar associada com roncos, hipertrofia de adenoides, tonsilite e dor de garganta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em crianças de zero a um ano de idade que convivem com fumantes, há uma maior prevalência de problemas respiratórios (bronquite, pneumonia, bronquiolite) em relação àquelas cujos familiares não fumam. Além disso, quanto maior o número de fumantes no domicílio, maior o percentual de infecções respiratórias, chegando a 50% nas crianças que vivem com mais de dois fumantes em casa. É, portanto, fundamental que os adultos não fumem em locais onde haja crianças, para que essas não sejam transformadas em fumantes passivos (INCA, 2005, p.3).

Em virtude dos efeitos graves e nocivos provocados pelo tabaco ao sistema respiratório, torna-se relevante identificar os sintomas respiratórios em tabagistas passivos. Este estudo propõe-se a identificar esses sintomas em crianças, em uma comunidade de Lauro de Freitas- BA.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O fumo é o maior tóxico que o ser humano introduz no organismo. Foram detectadas no tabaco cerca de 7.000 substâncias químicas, das quais são identificadas o monóxido de carbono (CO), a nicotina, o alcatrão, dentre outras. O tabagista em cada tragada inala cerca de 2.500 elementos, porém a criança e a pessoa

não fumante têm um potencial maior de contato com elementos contaminantes (JÚNIOR, 2005, P.115; INCA, 2006).

Pesquisas realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam. Enquanto nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres têm o comportamento de fumar, o que pode trazer grandes consequências aos filhos de mãe fumante (INCA, 2005).

Em recém-nascidos, filhos de mães fumantes de 40 a 60 cigarros por dia, observou-se palidez, cianose, taquicardia e crises de parada respiratória, logo após a mamada, elevando o risco maior de morte súbita sem uma causa aparente (Síndrome da Morte Súbita Infantil). Maior risco de doenças pulmonares até um ano de idade foi descrito, proporcionalmente, ao número de fumantes em casa (INCA, 2005; INCA, 2006).

A fumaça que é inalada diretamente do cigarro é chamada corrente principal. Ela perde fração de seus segmentos ao atravessar a coluna do tabaco, quando cerca de 40% do total fica retido nos pulmões do fumante. Porém, o restante que é expirado, aquele que flui da ponta do cigarro e que se expande diretamente na atmosfera (corrente secundária) vai poluir o ar ambiente. Esse é mais poluente porque contém maior proporção de substâncias contaminantes, variando conforme as dimensões dos recintos e condições de aeração (JÚNIOR, 2005, p.116).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2006) o consumo involuntário de derivados do tabaco causa uma variedade de doenças diferentes como no caso de asma, bronquite, aneurisma, úlceras do aparelho digestivo, trombose vascular, entre outras. Os riscos do tabagismo passivo começam antes mesmo da criança nascer, pois não apenas as grávidas fumantes têm mais complicações, como também o tabagismo destas aumenta o risco do nascimento de bebê com malformações congênitas, com prematuridade e o risco de baixo peso ao nascer, o que por sua vez

aumenta muito o risco de outras complicações para o recém-nascido. Os filhos de fumantes adoecem duas vezes mais do que os filhos de não fumantes.

Um estudo da OMS envolvendo 700 milhões de crianças que vivem com fumantes em casa (cerca de metade das crianças do mundo), mostrou que essas crianças apresentaram um aumento de incidência de pneumonia, bronquite, exacerbação de asma, infecções do ouvido médio, além de uma maior probabilidade de desenvolvimento de doença cardiovascular na idade adulta (MENEZES, 2004, p.1)

SALMÓRIA (2006), em estudo realizado com crianças de centros de educação infantil que convivem com adultos fumantes, demonstrou que essas crianças podem sofrer influência em seu desenvolvimento social, mental e psicológico, apresentando atraso no aprendizado, quando comparadas a outras crianças,. Observou-se atraso de três meses para a habilidade geral, de quatro meses para a leitura e cinco meses para a matemática.

A indagação metódica dos sintomas pode ser necessária para esclarecer se estamos diante de uma doença primitivamente pulmonar ou se o pulmão está se comportando como espelho de uma doença sistêmica. Os sintomas respiratórios mais frequentes relacionados ao tabaco são: tosse, expectoração, sibilância e dispnéia (MINNA, 2002, p.598 ; ROSEMBERG, 2002, p.158).

A tosse define-se como o ato de expelir ar subitamente dos pulmões, usualmente por meio de uma série de esforços, com um ruído explosivo provocado pela abertura da glote. A expectoração é o ato e também o efeito de expectorar, ou seja, expelir do peito, escarrar. Entende-se como escarro a mucosidade que se expele pela boca após a expectoração. Sibilância é a forma como o paciente se refere a um ruído que ele pode perceber predominantemente na fase expiratória da respiração e quase sempre acompanhado da dispnéia. Seu timbre é elevado podendo ser comparado ao miar de um gato, resultado da redução do calibre da árvore brônquica, devido principalmente ao espasmo. A dispnéia é a dificuldade para respirar, podendo o paciente ter ou não consciência desse estado. Será subjetiva

quando só for percebida pelo doente e objetiva quando se fizer acompanhar de manifestações que a evidencie durante o exame físico. (ROSEMBERG, 2002, p.162).

Uma das medidas de prevenção primária foi proposta na Convenção Quadro de Controle Global do Tabaco (CQCGT, Outubro de 1999) que insere o estudo do tabagismo nos currículos das escolas e faculdades, como disciplina individualizada ou distribuída nas disciplinas em cujo campo o tabagismo é fator de risco (INCA, 2006).

O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de cunho descritivo, o qual foi re-alizado no bairro de Itinga, pertencente ao município de Lauro de Freitas (BA), cuja população é de 70 mil habitantes. A população de Lauro de Freitas é aproximadamente de 154 mil habitantes, segundo Censo do IBGE de 2010.

Foram visitados 150 domicílios, escolhidos aleatoriamente no conjunto habitacional Parque Santa Rita, localizado no bairro de Itinga, e composto por apartamentos e casas. Para a inclusão na pesquisa foi utilizado o critério do fumante ativo residir no domicílio e da presença de crianças na faixa etária de zero a dez anos na casa, o que totalizou 110 residências com 121 crianças, as quais se constituíram nossa amostra. Portanto, foram excluídos da pesquisa os domicílios onde não existia criança na faixa etária designada e onde não havia presença de fumantes ativos, totalizando 40 domicílios.

A pesquisa foi realizada no período de Junho a Setembro de 2011. Todos os entrevistados, após esclarecimento sobre a pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse trabalho foi submetido ao comitê de Ética em Pesquisa da FTC, com o número de aprovação nº 3309.

Foi realizada aplicação de um questionário, criado pelos pesquisadores, com base em resultado de estudo piloto. A entrevista com o responsável da criança foi realizada face a face. As variáveis dependentes principais foram os sintomas respiratórios: chiado no peito, coriza, falta de ar e tosse. A variável independente foi a exposição ao tabaco. Embora existam métodos mais acurados para aferir a exposição passiva ao tabaco, utilizou-se o questionário, por não ser invasivo, de baixo custo e de fácil execução. As co-variáveis foram o sexo e a idade. Esta última foi subdividida nas seguintes faixas: 0 - 2 anos, 3 - 4 anos, 5 - 6 anos, 7 - 8 anos e 9 -10 anos.

Os dados coletados foram revisados e digitados no EPI-INFO XLS, versão 7.00, sendo criado um banco de dados. Realizou-se, inicialmente, a análise descritiva das variáveis de interesse, obtendo-se as frequências simples e as médias, que foram expressas em percentuais. Os resultados foram apresentados sob a forma de tabelas.

4 RESULTADOS

A presente pesquisa investigou sinais e sintomas respiratórios em crianças fumantes passivas, na região de Itinga, no município de Lauro de Freitas.

Para conhecer o perfil da população estudada, inicialmente buscou-se pesquisar as características sócio-demográficas do responsável pela criança, através de questionário, no qual ficou evidenciado que

45% eram pais, 30 % avós e 25 % tias; a idade média dos responsáveis ficou em torno de 37,77 anos; a profissão mais presente foi a de dona de casa; 40% dos responsáveis tinham o segundo grau completo e 70% da renda familiar dos responsáveis pela criança foi de 1,5 a 2,5 salários mínimos.

Quanto às características sócio-demográficas das crianças pesquisadas, os resultados apontaram que: 74,38% da amostra foram do gênero feminino e 25,62% do gênero masculino; 45% das crianças nasceram de parto cesáreo e 90% mamaram no peito; 70% dos cuidadores mais presentes eram as avós. Quanto aos aspectos físicos do domicílio, 60% das residências tinham, em sua maioria, cinco cômodos, sendo dois dormitórios, e o tempo médio de moradia foi de 15 anos.

Com relação ao hábito de fumar, foi apontado que 33,88% eram fumantes ativos e 66,88% eram não fumantes. A média de cigarros utilizados por dia pelos fumantes ativos residentes no domicílio foi de 20 cigarros por dia. 25% relataram fumar dentro de casa, enquanto que 10% fazem uso do cigarro próximo à criança; 65% das pessoas convivem diariamente com a criança, inclusive desde o seu nascimento.

Em relação aos sintomas respiratórios apresentados pelas crianças fumantes passivas, foi verificado que houve uma prevalência do sintoma coriza com 56,19%, seguido do sintoma tosse com 45,45%, falta de ar com 29,75% e chiado no peito com 18,18%, conforme Tabela 1.

TABELA - 1: PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS EM CRIANÇA FUMANTE PASSIVA.

Sintoma	Amostra n=121	Percentual %
CORIZA	68	56,19
TOSSE	55	45,45
FALTA DE AR	36	29,75
CHIADO NO PEITO	22	18,18

Relacionando os sintomas respiratórios e as faixas etárias mais atingidas, pôde-se perceber que: o sintoma coriza ocorreu em 80,76% (n=21), o chiado no peito em 30,77%(n=8) e a tosse em 57,70 (n=15). Todas atingiram com maior predomínio a faixa de 3 a 4 anos. O sintoma falta de ar ocorreu em 84% (n=11) das crianças na faixa etária de 7 a 8 anos.(Tabela 2)

TABELA 2 - PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS NAS CRIANÇAS POR FAIXA ETÁRIA

Sintoma	Faixa Etária (anos)	Percentual %
CORIZA	3 - 4	80,76
TOSSE	3 ó 4	57,70
FALTA DE AR	7 ó 8	84,61
CHIADO NO PEITO	3 - 4	30,77

5 DISCUSSÃO

A população em estudo caracteriza-se como população de baixa renda. No último censo, realizado no ano de 2010, observou-se que a grande maioria do munícipe do bairro de Itinga apresenta uma renda mensal de três salários mínimos, sendo que um número considerável de pessoas declarou não ter rendimento algum. Estudos que se seguiram ao longo dos anos indicam que há fatores socioeconômicos, ambientais e pessoais que influenciam o uso do fumo, com isso aumentando o grupo de risco de fumante passivo (RIBEIRO, 2002, p.110).

Com relação à renda econômica domiciliar, os resultados apontaram que de 70% dos pesquisados fazem parte do nível sócio econômico de 1,5 a 2 SM. Salmoria, ao analisar o nível sócio econômico das famílias, observou que quanto mais baixa a renda, maior a predisposição para doenças respiratórias. Esse autor afirma que os filhos de pais mais jovens e de menor escolaridade, pertencentes a famílias de menor nível socioeconômico e residentes em moradias com piores condições ambientais, mostram maior prevalência de problemas respiratórios. (SALMORIA, 2006, p.16)

Foi observado nessa pesquisa que 55% das crianças participantes do estudo

nasceram de parto cesário. Em relação ao aleitamento materno, 90% das crianças pesquisadas fizeram uso do mesmo por um tempo médio de seis meses. O aleitamento natural é considerado um fator protetor contra a infecção respiratória aguda, a qual apresenta como sintomas de risco: a ventilação do domicílio, o estado nutricional da criança, o nível de escolaridade dos pais, a densidade domiciliar e o tabagismo dos moradores da casa, principalmente o da mãe. Este efeito pode ser decorrente de uma combinação de mecanismos comportamentais, que podem produzir mudanças relacionadas à exposição da criança ao tabagismo domiciliar e, biológicos, por meio da aquisição de imunidade específica crescente para um maior grupo de vírus, que se observa quando a criança está sendo aleitada (ODDY, 2003, p.225; WOODWARD, 1990, p.226).

Carvalho, em uma amostra de 2000 crianças fumantes passivas observou que apenas 57,1% fizeram uso do aleitamento, percentual abaixo do encontrado em nossa pesquisa. Cook afirma em seus estudos, que a criança que mama mais de seis meses não apresenta risco alto de doenças respiratórias associadas ao fumo materno. Carvalho evidencia que é provável haver um efeito protetor do leite materno contra a intoxicação do fumo no trato respiratório das

crianças (CARVALHO, 2002, p.8).

A idade das crianças de nossa pesquisa foi de zero a dez anos, e a faixa etária que mais apresentou sintomas respiratórios foi a de três a quatro anos. Segundo Cook e Carvalho, a exposição ao fumo ambiental está associada à elevada morbidade e mortalidade em crianças de baixa idade. Fisberg (1996), em seu estudo, demonstrou que crianças com idade igual ou menor que um ano, apresentaram probabilidade 30% maior de sintomas respiratórios (FISBERG, 1996, p.37).

Em relação ao número de fumantes ativos, residentes no domicílio pesquisado, 33,88% eram cuidadores. Estudos comprovam que filhos de pais fumantes ativos apresentam uma incidência três vezes maior de infecções respiratórias (CARVALHO, 2002, p.8).

Rosemberg esclarece em seus estudos que, dentre todas as fontes de exposição ao tabagismo domiciliar, a que apresentou maior associação sintomática respiratória na família foi o tabagismo de qualquer morador, sendo, portanto utilizado como marcador para a exposição de tabagismo domiciliar pelas crianças. O mesmo autor afirma que, sem dúvida, a poluição ambiental é a mais nociva ao organismo das crianças pela maior vulnerabilidade das vias aéreas. Resultados semelhantes foram encontrados por Ownby (2002), que ao estudar a exposição passiva de crianças de até dois anos de idade, verificou que o fumo de outros moradores, além dos pais, contribuiu de forma significativa para a doença respiratória (ROSEMBERG, 2002, p.155).

Foi constatado nesse estudo que o nível de escolaridade dos responsáveis entrevistados girou em torno de 40% para formação em nível de segundo grau; Salmoria observou em sua pesquisa, que apenas o nível de escolaridade de mães é um forte preditor da saúde da criança, o que vem reforçar a ideia de que talvez esse fato seja o mais importante determinante socioeconômico das condições de saúde e doenças das crianças. Mães mais escolarizadas podem mudar seu hábito de fumar ou adotar padrões comportamentais em relação ao fumo, diferente daquelas com menor escolaridade (SALMORIA, 2006, p.16).

Quanto ao número de cômodos das residências visitadas, a pesquisa evidenciou que

90% tinham cinco cômodos (sala, cozinha, dois quartos e banheiro). Segundo Salmoria, o aumento da densidade domiciliar, habitat insalubres que apresentam maior poluição ambiental, com maior prevalência de tabagismo entre os moradores e menor acesso a assistência médica são fatores que contribuem para a presença de sintomas respiratórios em crianças (SALMORIA, 2006, p.17).

Os fumantes ativos declararam fumar em média vinte cigarros por dia. Diversos estudos demonstram que a união entre exposição passiva ao fumo e a criança, contribui para o maior aparecimento de alteração respiratória na mesma (VIGGIARIO, 1990, p.147).

É estimado na literatura científica que 54% a 70% das crianças são expostas a um ou mais fumantes no domicílio. O número de cigarros fumados está positivamente associado ao nível de nicotina urinária nas crianças expostas e há elevada morbidade respiratória em crianças menores de cinco anos. A exposição à nicotina lançada pelo seu cuidador pode gerar dependência e, conseqüentemente, o vício. Futuramente, a criança fumante passiva, além de tornar-se doente pela exposição aos efeitos agressivos da fumaça do tabaco, pode sofrer mais uma das conseqüências negativas do uso do cigarro, fazendo-a pensar que o hábito de fumar fará com que ela seja bem aceita e esteja interagindo em experiência na sociedade, afetando assim seu desenvolvimento social (RIBEIRO, 2002, p.109).

Os sintomas respiratórios mais encontrados nas crianças fumantes passivas nessa pesquisa foram: coriza (56,19%), tosse (45,45%), falta de ar (29,75%) e chiado no peito (18,18%). No estudo realizado por Salmoria, com 2000 crianças abaixo de cinco anos, foi observado que a coriza teve prevalência de 43,5%, o chiado no peito 15,9% e a dispnéia 18,9%, corroborando com os resultados encontrados em nossa investigação.

Diante da análise dos dados coletados durante a pesquisa, podemos constatar que, na população estudada, houve um contingente de crianças que sofre ação do tabagismo, resultando em sintomas diversos. Dos males causados pela ação do tabagismo, observamos que muitas crianças apresentaram coriza e tosse, sintomas estes

que podem estar relacionados ao começo de maiores implicações pulmonares a médio e a longos prazos (ROSEMBERG, 2002, p.155).

No presente estudo, os sintomas encontrados em tabagistas passivos podem estar relacionados com futuras implicações respiratórias que deverão ser tratadas. Na literatura, esses sintomas são mencionados como impactos sociais negativos, constituindo uma das causas mais importantes de perda de qualidade de vida (PEREIRA, 2000, p.39).

6 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo conhecer a prevalência de sinais e sintomas respiratórios em crianças fumantes passivas, em Itinga, Lauro de Freitas. Os resultados apontaram para a maior prevalência de coriza, seguida de tosse, falta de ar e chiado no peito.

Os sintomas que mais atingiram a faixa etária de 3 a 4 foram coriza, tosse e chiado no peito. A faixa etária mais faixa etária mais atingida pela falta de ar foi a de 7 a 8 anos.

Ressalta-se que fatores como baixa renda, nível de escolaridade, desconhecimento dos efeitos nocivos do fumo e quantidade de cigarros por dia, podem interferir na presença de sintomas e doenças respiratória nessa população.

Consequências negativas futuras em relação ao comportamento social da criança fumante passiva devem ser consideradas, uma vez que, estudos apontaram para a imitação do adulto. Vale ressaltar que o hábito de fumar pode ser entendido pela criança como algo que pode lhe ajudar na aceitação e interação em sociedade, afetando assim seu desenvolvimento social. Outros estudos são necessários para o aprofundamento desta temática tão relevante para a qualidade de vida das crianças.

7 REFERÊNCIAS

ALEIXO, N.A. Efeitos do fumo na gravidez. **Rev. Saúde Pública** 1990, v. 24, n.5, p. 420-4.

CARVALHO L.M.T; PEREIRA E.D.B. Morbidade

respiratória em crianças fumantes passivas. **J Pneumol**, 2002, v.28, p.8-14.

CATANI, A.; MICERA, M. Epidemiology of passive smoke: a prospective study in 589 children. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**, 2005, v.9, p.23-30.

CAVALCANTE A.G.M. **Prevalência e morbidade da asma em escolares de 12 a 14 anos no Município de Fortaleza**. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, 1998:111p. Tese Mestrado em Medicina Clínica. Departamento de Clínica médica da universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

COOK D.G; STRACHAN D.P. Health effects of passive smoking: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. **Rev.Thorax** 1999, v. 54, p. 357-66.

FISBERG M; SOLE D; PERCEBO A; GONÇALVES A.V. Tabagismo passivo e asma na infância. **J Bras Med**, 1996, v.71, n.4, p. 37-42.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. **A história do tabaco**. Brasília, Brasil: 2005. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/tabagismo/.htm>> Acesso em mar/2012.

_____. Estimativa/2006. **Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=2>. Acesso em: Mar. 2012.

JACOMELLI M; SOUZA R. J.R. M. Abordagem diagnóstica da tosse crônica em pacientes não tabagistas. **J Pneumol**: São Paulo, vol.29, n.6, Mar- Abr, 2012.

JÚNIOR, J.P.C.O Tabagismo como um problema de saúde pública. **Sopterj**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 115-116, abr-jun, 2004. MENEZES, A. M. Epidemiologia do tabagismo. In: Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de pneumologia**. São Paulo, agos. 2004, v. 30, suppl 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000800002&script>>

=sci_arttext>>. Acesso em: 17/05/2012.

MINNA, J. D. Neoplasias Pulmonares. In: **Brounoul, E. Harrison Medicina Interna**. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill. 15 ed, vol.I, 2002, p. 596-605.

ODDY W. H et al. **Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study**. Arch Dis Child, 2003, v. 88, p.224-8.

OWNBY, D; JOHNSON, C.C; PETERSON E.L. Passive cigarette smoke exposure of infants Importance of nonparental sources. **Arch Pediatr Adolesc Med**, Georgia, v.154, p.1237-41, dec, 2000.

PEREIRA, E.D.B et al.. Efeitos do fumo ambiental no trato respiratório inferior de criança com até 5 anos de idade. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.1, p.39-43, 2000. RIBEIRO, A.S; FURUYAMAT; SCHEENKMAN S. Passive Smoking, Respiratory Infections and Asthma Children from Kindergarten and Elementary School. **Med J**, São Paulo, v.120, n.4, p.109-112, 2002.

ROSEMBERG, J. Tabagismo e Doenças Pulmonares. In: TARANTINO, A. B.(Org.) **Doenças Pulmonares**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 5 ed, 2002, p.155-167. SALMORIA J.G.E; OLIVEIRA B.R.G. **Crianças de centros de educação infantil: exposição ao fumo passivo**. Ciên.Cui.Saúde. Maringá: 2006, p 16-23, vol 5, nº 1. Disponível em <<http://www.uem.br>>. Acesso em 17, mai, 2012.

SAMET, J. A. **Historical and epidemiologic perspective on respiratory symptom questionnaires**. Amer.J.Epidem, 1979. P. 435-46, v. 108, n.6. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/736023>>. Acesso: 17, mai, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Diretrizes Brasileiras de Tosse Crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, Nov.2006. suppl 6, V.32, p.403-446. VIGGIARIO M.G; CAIXETA A.M; BARBACENA M.L. Fumo e gravidez: repercussões sobre concepto e placenta. **J. Bras. Ginecol**, v.100,

n.7, p.147-52, 1990.

WOODWARD, A. et al. **Acute respiratory illness in Adelaide children: breast feeding modifies the effect of passive smoking**. J Epidemiol Community Health, 1990, v. 44, n.3, p. 224-30. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1060647/>>. Acesso em: 15, mai, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco free initialve. Why is tobacco a public health priority? 2005. Disponível em: <<http://who.int/tobacco/inl/>>. Acesso em 06 abril de 2012.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em:<<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 22, mar, 2012.

8 DADOS DOS AUTORES

MARIVALDO JOSÉ DA SILVA
UNIME - LAURO DE FREITAS
mariva1317@hotmail.com

GENILDES OLIVEIRA SANTANA
IFBA - CAMPUS DE SALVADOR
UNIME - LAURO DE FREITAS
genildessantana@terra.com.br

MICHELLE FLORES
UNIME - LAURO DE FREITAS
micasflores@gmail.com