

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Alice Stenzel de Pina Ferreira

**FATORES DE RISCO BIOLÓGICOS E AMBIENTAIS DE CRIANÇAS EXPOSTAS
E NÃO EXPOSTAS À POLUIÇÃO TABÁGICA AMBIENTAL**

Goiânia

2016

Alice Stenzel de Pina Ferreira

**FATORES DE RISCO BIOLÓGICOS E AMBIENTAIS DE CRIANÇAS EXPOSTAS
E NÃO EXPOSTAS À POLUIÇÃO TABÁGICA AMBIENTAL**

Defesa de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - em Atenção à Saúde – nível Mestrado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Teorias, Métodos e Processos de Cuidar em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Pavan Viana

Coorientadora: Profa. Dra. Cibelle Kayenne
Martins Roberto Formiga

Goiânia

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

Alice Stenzel de Pina Ferreira

FATORES DE RISCO BIOLÓGICOS E AMBIENTAIS DE CRIANÇAS EXPOSTAS E NÃO EXPOSTAS À POLUIÇÃO TABÁGICA AMBIENTAL

Defesa de dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - em Atenção à Saúde – nível Mestrado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Aprovado em 23 de fevereiro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Fabiana Pavan Viana
Presidente da banca – PUC Goiás

Profa. Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente
Membro Efetivo, Interno ao Programa – PUC Goiás

Profa. Dra. Tânia Cristina Dias da Silva Hamu
Membro Efetivo, Externo ao Programa – UEG

Profa. Dra. Maria Eliane Liegio Matão
Membro Suplente, Interno ao Programa – PUC Goiás

Profa. Dra. Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga
Coorientadora - UEG

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos meus muito amados pais – Carlos de Pina Ferreira dos Santos e Lídia Stenzel Ferreira dos Santos e minha irmã Adriana Stenzel de Pina Ferreira (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, Todo-poderoso, pelo amor, sustento, graça e fidelidade durante toda minha vida.

Aos meu pais, **Carlos de Pina Ferreira dos Santos** e **Lidia Stenzel Ferreira dos Santos**, pelo amor, carinho, paciência, dedicação e incentivo.

À minha irmã **Adriana Stenzel de Pina Ferreira** (in memoriam) pelo exemplo de dedicação e por compartilhar do sonho do crescimento acadêmico.

À **Primeira Igreja Presbiteriana Renovada de Goiânia**, pela disponibilidade, paciência, carinho e incentivo à busca do conhecimento acadêmico.

A minha orientadora **Dra. Fabiana Pavan Viana**, a minha coorientadora **Dra. Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga**, aos **professores do Mestrado em Atenção à Saúde (MAS)** e **Amanda Carvalho**, pelo compartilhar o conhecimento e incentivo.

Ao meu namorado **Wellington Lázaro**, pelo carinho, paciência, incentivo e compreensão.

Aos colegas do **MAS**, pela ajuda, incentivo e companheirismo.

À **Fundação de Apoio a Pesquisa de Goiás (FAPEG)** pelo financiamento.

RESUMO

FERREIRA, A.S.P. **Fatores de risco biológicos e ambientais de crianças expostas e não expostas à poluição tabágica ambiental.** 2016. 66 p. Dissertação de Mestrado – Mestrado em Atenção à Saúde. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, Goiás.

O objetivo deste trabalho foi investigar os fatores de risco biológicos e ambientais de crianças expostas e as não expostas à poluição tabágica ambiental (PTA). Esse estudo é do tipo transversal analítico, realizado com 670 crianças de 8 a 12 anos, de ambos os sexos de escolas municipais de Anápolis (GO). Foi aplicado questionário epidemiológico adaptado direcionado aos pais/responsáveis das crianças e avaliados: o peso, a altura, calculado o índice de massa corporal (IMC) e percentil das crianças. A análise estatística foi realizada com os testes Kolmogorov-Smirnov e Regressão Logística. Participaram do estudo 455 crianças, e excluídas 215 (32%) devido preenchimento incompleto do questionário. As crianças foram divididas em dois grupos: crianças não expostas à PTA (NEPTA) e crianças expostas à PTA (EPTA). Não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de crianças NEPTA quando comparado ao grupo EPTA nas variáveis: sexo ($p=0,33$), idade ($p=0,32$), peso ($p=0,25$), altura ($p=0,74$), índice de massa corporal (IMC) ($p=0,06$) e percentil ($p=0,82$). Os pais do grupo NEPTA apresentaram maior grau de escolaridade ($OR=0,67$). Já o tabagismo materno durante a gestação foi maior no EPTA ($OR=5,50$) conforme relato dos pais ou responsáveis. O grupo EPTA teve maior número de familiares ($OR=1,71$) e de crianças ($OR=6,51$) com histórico de doença respiratória, assim como, maior número de internações hospitalares ($OR=4,17$). O grupo EPTA apresentou maior ocorrência de rinite ($OR=5,26$), asma ($OR=48,15$), bronquite ($OR=6,53$) e pneumonia ($OR=7,74$) comparado ao grupo NEPTA. Quanto aos hábitos tabágicos dos familiares do grupo EPTA, foi verificado que a maioria reside com apenas um tabagista (77,3%), comumente o pai (53,4%), que fumam até 20 cigarros convencionais por dia (83,6%) e expõem os escolares por até 6 horas diárias (50,6%). Em relação às condições de moradia, as crianças NEPTA moravam em residências com mais de janelas ($OR=0,48$), ao contrário do grupo EPTA que relatou menor circulação de ar ($OR=1,73$). Foi menor o registro da presença de mofo nas casas ($OR=0,52$) do grupo NEPTA. Esses achados indicam que crianças expostas à PTA apresentam mais doenças respiratórias crônicas e vivem em condições socioeconômicas mais desfavoráveis. Portanto, educadores e profissionais da saúde devem favorecer a proteção dos envolvidos com informações sobre os malefícios da exposição à PTA e estimular os programas de abandono do tabagismo parental.

Palavras-chave: Tabagismo passivo, Crianças, Adolescentes, Casas, Estudo transversal.

ABSTRACT

FERREIRA, A.S.P. Biological and environmental risk factors of children exposed to second hand smoking. 2016. 65 p. Master's thesis - Master of Health Care Catholic University of Goiás Goiânia, Goiás.

The objective of this study was to investigate the biological and environmental risk factors for children exposed and not exposed to second hand smoking (SHS). This study is the analytical cross-sectional conducted with 670 children aged 8 to 12 years, of both sexes in public schools in Anapolis (GO). It was applied adapted epidemiological questionnaire directed to parents/guardians of children and evaluated: weight, height, calculated body mass index (BMI) percentile and children. Statistical analysis was performed using the Kolmogorov-Smirnov test and logistic regression tests. The study included 455 children, and 215 excluded (32%) due to incomplete questionnaire completion. The children were divided into two groups: children not exposed to SHS (NSHS) and children exposed to SHS (ESHS). No significant differences were found between the group of children Nepta compared to TSAP group in the variables: sex ($p=0,33$), age ($p=0,32$), weight ($p=0,25$), height ($p=0,74$), BMI ($p=0,06$) and percentile ($p=0,82$). Parents of NSHS group had higher level of education (OR=0,67). Already maternal smoking during pregnancy was higher in the ESHS (OR=5,50) as reported by parents or guardians. The ESHS group had a greater number of families (OR=1,71) and children (OR=6,51) with a history of respiratory disease, as well as greater number of hospital admissions (OR=4,17). The ESHS group had higher incidence of rhinitis (OR=5,26), asthma (OR=48,15), bronchitis (OR=6,53) and pneumonia (OR=7,74) compared to NSHS group. As the smoking habits of the family ESHS group, it was found that most lies with only a smoker (77,3%), usually the father (53,4%) 20 who smoke conventional cigarettes per day (83,6%) and expose the school for up to 6 hours per day (50,6%). Regarding housing, the NSHS children lived in homes with more windows (OR=0,48), unlike the ESHS group reported lower air circulation (OR=1,73). Was lower recording the presence of mold in the home (OR=0,52) of NSHS group. These findings indicate that children exposed to SHS have more chronic respiratory diseases and live in more unfavorable socioeconomic conditions. Therefore, educators and health professionals should promote the protection of those involved with information about the harmful effects of exposure to SHS and encourage cessation programs of parental smoking.

Keywords: Second hand smoking, Children, Teens, houses, analytical cross-sectional study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

- Figura 1 - Fluxograma do número de participantes, crianças não expostas à poluição tabágica ambiental (NEPTA), crianças expostas à PTA (EPTA), indivíduos excluídos e margem de erro da população do estudo. 23

Quadros

- Quadro 1 - Cálculo de margem de erro da amostra. 23

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Características antropométricas das crianças não expostas à poluição tabágica ambiental (NEPTA=283) e expostas à poluição tabágica ambiental (EPTA=172) de escolas públicas de Anápolis, GO, 2011 31
- Tabela 2 - Histórico familiar das crianças não expostas à poluição tabágica ambiental (NEPTA=283) e das expostas (EPTA=172) de escolas públicas de Anápolis, GO, 2011 32
- Tabela 3 - Histórico familiar das crianças não expostas à poluição tabágica ambiental (NEPTA=283) e das expostas (EPTA=172) de escolas públicas de Anápolis, GO, 2011 33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de internações hospitalares
APAC/ONCO	Autorização de procedimentos de alta complexidade na área oncológica
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CONEP/SISNEP	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa / Sistema de Informação Sobre Ética e Pesquisa em seres humanos
CQCT	Convenção-quadro para o controle do tabaco
DP	Desvio padrão
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
EPTA	Expostos à poluição tabágica ambiental
FAPEG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de massa corporal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
M	Média
MT	Mato Grosso
n	Número total
NEPTA	Não expostos à poluição tabágica ambiental
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	Odds Ratio
p	Valor de p
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PTA	Poluição tabágica ambiental
SP	São Paulo
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIGITEL

Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para
Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	INTRODUÇÃO	15
3	OBJETIVOS	21
3.1	OBJETIVO GERAL	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4	MÉTODOS	22
4.1	Desenho de pesquisa	22
4.2	Local de pesquisa	22
4.3	População e amostra	22
4.4	Procedimentos do estudo	24
4.5	Análise estatística	24
5	PUBLICAÇÃO	26
5.1	Artigo 1 – Fatores de risco biológicos e ambientais de crianças expostas ou não à poluição tabágica ambiental	27
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	42
	ANEXOS	
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética	51
	ANEXO B - Normas de Publicação	52
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	60
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento para Diretor da Unidade Escolar	61
	APÊNDICE C - Questionário Epidemiológico	64

1 APRESENTAÇÃO

O tabagismo passivo ocorre quando o indivíduo inala a fumaça dos derivados do tabaco em ambientes fechados. A mesma é denominada de poluição tabágica ambiental (PTA) (INCA, 2014a). A poluição do tabaco pode predispor ou agravar o desenvolvimento de doenças tanto nos fumantes ativos, como naqueles expostos à PTA (INCA, 2014b), pois contém três vezes mais nicotina, monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas em relação à fumaça inalada pelo fumante. Em decorrência da exposição à PTA existe previsão para o ano de 2020 o óbito de sete milhões de pessoas expostas no mundo (INCA, 2014c).

As crianças expostas à PTA apresentam alguns sintomas como: irritação ocular e nasal, cefaleia, dor de garganta e tosse. Já em longo prazo podem apresentar: redução do crescimento e da função pulmonar, aumento da frequência de tosse, aumento da ocorrência de doenças respiratórias, agravamento da asma e distúrbios do sono (ACT, 2007, TREYSTER; GITTERMAN, 2011).

O adoecimento das crianças expostas à PTA pode repercutir no absentismo escolar e dependendo da gravidade do acometimento, elas podem necessitar dos serviços de urgência dos prontos socorros e de hospitalizações (COELHO; ROCHA; JONG, 2012).

De acordo com o levantamento de Autorização de Internações Hospitalares (AIH) e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade na área oncológica (APAC/ONCO), o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou mais de três bilhões de reais com internações e mais de R\$ 262 milhões de reais apenas com doenças tabaco relacionadas (PINTO; UGÁ, 2010).

Alguns aspectos podem estar relacionados à maior exposição das crianças à PTA, como o baixo nível socioeconômico, menor renda e escolaridade (DOUGLAS; SZATKOWSKI, 2013, YANG; DECKER; KRAMER, 2013). A PTA está presente em 12% dos domicílios brasileiros e diminui com o maior grau de escolaridade e renda da população. Apresenta maior registro nas regiões Sul e Sudeste e os principais expostos são as mulheres e as crianças. Infelizmente são poucos os estudos no Brasil que documentam a caracterização dos expostos à PTA (PASSOS; GIATTI; BARRETO, 2011).

A PTA é uma das principais causas para o desenvolvimento das doenças respiratórias em crianças, assim como as condições de moradia. Deve-se levar em

consideração que fatores ambientais, como a presença de mofo, poeira, pelos de animais, estiagem e entre outros podem refletir na saúde dos envolvidos. Entretanto, são poucos os estudos realizados em âmbito nacional e internacional que documentam as relações existentes entre a exposição à PTA e as condições de moradia (GARCIA et al., 2010).

A gravidade dos problemas relacionados à PTA e do fumante ativo, chama a atenção de órgãos internacionais que resolveram elaborar medidas para o controle e prevenção do tabagismo. Na 52ª Assembleia Mundial da Saúde, os Estados Membros das Nações Unidas (ONU) sugeriram a adoção da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), com objetivo de deter a expansão do consumo do tabaco e conseqüentemente seus danos à saúde (BRASIL, 2014a).

Em consonância foi promulgado no Brasil o Decreto Federal nº 5.658 de 02 de janeiro de 2006, ou seja, a Convenção-Quadro a qual outorga ao Estado o dever de intervir nos quesitos relacionados à produção, comercialização e consumo do tabaco, assim como na restrição da publicidade e do patrocínio (BRASIL, 2006).

A exposição à PTA é prejudicial nas várias fases do desenvolvimento humano, principalmente nos primeiros anos de vida. Os neonatos expostos apresentam baixo peso devido a cotimina que passa a barreira placentária (SURITA et al., 2011), os bebês desenvolvem doenças respiratórias ou essas são agravadas (YANG et al., 2013). São escassos os trabalhos que investigam os efeitos da PTA em crianças entre 8 a 12 anos, assim como possíveis associações dos hábitos tabágicos familiar com a renda, escolaridade, condições de moradia e as doenças mais frequentes.

De acordo com as premissas anteriores pode-se perceber os malefícios que a PTA pode ocasionar aos expostos. Sendo assim o objetivo desta pesquisa foi investigar os fatores de risco biológicos e ambientais de crianças expostas ou não à poluição tabágica ambiental.

2 INTRODUÇÃO

O hábito de fumar existe há anos. Sabe-se que os Maias já cultivavam e usavam o tabaco. A semente de tabaco foi levada da América Central para a Europa pelos missionários espanhóis (BONATO, 2006).

Em meados do século XVI o embaixador francês, Jean Nicot, cultivou a planta do tabaco, pois acreditava que esta poderia promover efeitos medicinais e a denominou de “nicotina”. Nos anos de 1650 a 1750 houve uma grande expansão do comércio, cultivo e popularização do fumo (BENEDICT, 2011).

Durante as guerras na Europa o consumo do tabaco aumentou, houve a introdução de novos tipos de cigarros e derivados, como o charuto. Já no período da industrialização a fabricação em massa dos cigarros diminuiu seu valor e permitiu o acesso das classes de baixa renda (SILVEIRA; DORNELLES, 2010).

No Brasil, o hábito de fumar era comum entre os Tupis-guaranis. Com a colonização portuguesa o tabaco era cultivado para consumo próprio, mas com passar do tempo, o cultivo cresceu e ocupou papel importante na Companhia das Índias Ocidentais, conseqüentemente, foram criadas as primeiras legislações regulamentando sua atividade (ACT, 2014).

A partir dos anos de 1960, as propagandas e filmes elevaram o hábito de fumar como moda. Em contrapartida, nos anos de 1990, ocorreu o contrário. Iniciaram-se ações de controle do tabagismo, em virtude das descobertas dos malefícios que este hábito acarretaria (DAKE, 2009).

No século XX, houve a concentração espacial agrícola e industrial do cultivo do fumo. O tabaco passou a ser cultivado em Minas Gerais, Goiás, São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, pelos imigrantes europeus (COSTA, 2010).

O tabaco pode ser inalado, tragado ou mastigado. Algumas formas de consumo do fumo podem ser: rapé seco e úmido; cachimbo; cigarro industrializado; cigarro de enrolar; charuto; fumo mascado; bidis; kreteks ou gudan ou bali; e narguilé (BONATO; ZOTTI; ANGELIS, 2010).

Existe cerca de 1,2 bilhão de fumantes no mundo. Sendo que 16% destes encontram-se nos países desenvolvidos e 84% nos países em desenvolvimento. Aproximadamente, dois terços estão na China e Índia e os demais no Brasil, Estados Unidos da América, Japão, Rússia, Alemanha, Turquia, Indonésia e Bangladesh (BONATO; ZOTTI; ANGELIS, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a cada ano seis milhões de pessoas morrem devido o consumo do tabaco, ou seja, fumantes e indivíduos que são expostos à fumaça do cigarro. É previsto para 2030, oito milhões de mortes (OMS, 2014a).

A OMS estima que nos Estados Unidos existam 12% de fumantes jovens e 17% adultos (OMS, 2015a). Na China a previsão é de 27% entre os adultos (OMS, 2015b), na Federação Russa 36% entre jovens e adultos (OMS, 2015c) e na Indonésia chega a 29% nos adultos (OMS, 2015d). Já na África do Sul a estimativa é de 18% da população (OMS, 2015e). No Brasil dados revelam a existência de 14% de fumantes adultos (OMS, 2015f).

O tabagismo é responsável por débitos de aproximadamente U\$ 500 bilhões de dólares no mundo, devido a diminuição da produtividade, do adoecimento e das mortes prematuras. Em países desenvolvidos, o custo com a assistência médica, pelas doenças provocadas pelo hábito tabágico alcançam de 6% a 15% dos gastos anuais com saúde (INCA, 2014a).

No Brasil os gastos com quimioterapia são aproximadamente de 7% da verba destinada à saúde, entretanto, isso é apenas uma parcela do real valor gasto com enfermidades tabaco relacionadas (INCA, 2014a). Os gastos com doenças relacionadas ao tabaco chegam a pelo menos 23 bilhões de reais por ano. E esse valor é três vezes maior do que o Estado arrecada com impostos sobre a indústria do tabaco (ACT, 2015).

O consumo do tabaco é um problema de saúde pública mundial, pois, o tabagismo é uma das principais causas de morte evitáveis em todo o mundo (OMS, 2014a, FAGUNDES et al., 2014). Estima-se que um terço da população mundial seja fumante, ou seja, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas. Quanto ao sexo 47% são homens e 12% mulheres (INCA, 2014b).

Já no Brasil, o inquérito domiciliar realizado, sobre comportamentos de risco e morbidade, de doenças e agravos não transmissíveis, realizado em 15 capitais e Distrito Federal, constatou que as cidades menos populosas e menos industrializadas apresentaram menor prevalência tabágica; a região Sul e Sudeste tem maior porcentagem de fumantes e de forma geral os homens são maior número de tabagistas (BRASIL, 2004a).

O tabagismo está associado a mortalidade por diversos tipos de cânceres, tais como: pulmão, boca, laringe, faringe, estômago, pâncreas, bexiga, rim, colo do

útero e leucemia mieloide aguda. Além disso, o fumante poderá apresentar: doença obstrutiva crônica (DPOC); doença coronariana; hipertensão arterial e acidente vascular encefálico. O hábito de fumar é um importante fator de risco para cerca de 50 doenças, tais como: câncer, doenças cardiovasculares, enfisema pulmonar entre outras (GONÇALVES et al., 2014).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2008, constatou-se que 59% dos entrevistados fumantes haviam estudado apenas 11 anos (PASSOS; GIATTI; BARRETO, 2011).

Em um levantamento sobre o acesso a tratamento para cessação do tabagismo na atenção primária do Reino Unido, evidenciou-se grande variação de fumantes nos grupos socioeconômicos, mas no geral verificou-se maior prevalência do tabagismo nos grupos sociais mais desfavoráveis (DOUGLAS; SZATKOWSKI, 2013).

Em nosso país o câncer de pulmão é um dos principais indicadores do impacto do tabagismo, pois 90% das mortes ocorrem entre os fumantes ou ex-fumantes. A cada dia no Brasil, 16 pessoas que foram expostas à PTA morrem por doenças provocadas pela exposição à poluição tabágica (INCA, 2014e).

Existem efeitos agudos e crônicos que ocorrem pela exposição passiva do tabaco. Alguns efeitos são imediatos, como: irritação ocular e nasal, cefaleia, dor de garganta e tosse; e com os bebês há risco aumentado de morte súbita infantil. Outros são de longo prazo como: redução do crescimento e função pulmonar, aumento da frequência de tosse e chiado no peito, aumento da ocorrência de doenças respiratórias e agravamento da asma (ACT, 2007).

As crianças são mais passíveis a exposição à PTA (CHERAGI; SALVI, 2009), pois estão expostas com maior frequência no ambiente doméstico, em seguida nas escolas, nos restaurantes, em locais públicos e veículos de transporte (JOYA et al., 2014, QUIROZ-ARCENALES et al., 2013). A OMS estima que cerca de 700 milhões de crianças inalam ar poluído pela fumaça do cigarro, principalmente em suas casas. Acredita-se que 43% dos estudantes são expostos à PTA em casa e 55% em locais públicos (ACT, 2007).

A gestante fumante expõe o feto a nicotina e monóxido de carbono que ultrapassam a placenta podendo causar má nutrição, hipóxia crônica e indução ao abortamento espontâneo. O conceito não é considerado como um exposto à PTA, mas sim um tabagista como a mãe (MELLO; PINTO; BOTELHO, 2001). As

gestantes expostas à PTA apresentam redução modesta no peso do bebê, porém o risco da criança nascer com baixo peso é aumentado em 22% (OMS, 2013f). Contudo, em um estudo transversal realizado em Campinas (SP), não verificou a relação entre o nascimento de criança com baixo peso e exposição tabágica da mãe (SURITA et al., 2011).

Crianças amamentadas por fumantes ganham peso com velocidade menor. O aleitamento da mãe fumante expõe a criança mais que a exposição passiva à fumaça do cigarro pelo ambiente domiciliar, ou seja, é determinante nos níveis de nicotina, sendo o mesmo valor de um adulto fumante ativo (MELLO; PINTO; BOTELHO, 2001).

Crianças fumantes passivas já sofrem com o maior risco de contrair doenças respiratórias, são mais vulneráveis e imunologicamente deprimidas, podendo ter associações de duas ou mais doenças. Já as crianças menores de dois anos são vulneráveis a otite, coriza, sibilo e irritação ocular. E conseqüentemente apresentam doenças relacionadas com o absenteísmo escolar, usam mais os serviços de urgências e hospitalizações (COELHO; ROCHA; JONG, 2012).

Em crianças de zero a um ano de idade que vivem com fumantes existe uma maior prevalência de doenças respiratórias como a bronquite, a pneumonia e a bronquiolite. Além disso, quanto maior o número de fumantes no domicílio, maior o percentual de infecções respiratórias, podendo chegar a 50% nas crianças que vivem com mais de dois fumantes em casa (INCA, 2014f).

Em pesquisa realizada em crianças de 6 a 16 anos em Portugal foi verificado a associação positiva entre a exposição à PTA dos pais com a elevada prevalência de asma infantil e o baixo nível da função respiratória nas crianças (FERNANDES, 2011). Em outro estudo, realizado na Suécia, foi constatado que a exposição à PTA na infância está associada a um aumento na prevalência de asma, assim como existe maior predisposição de se tornarem tabagistas quando adultas (LARSSON et al., 2001).

Em relação ao nível de escolaridade dos pais, foi verificado que mães tabagistas tinham sucessivas gestações de baixo peso ao nascer, sendo esta ocorrência maior naquelas com o ensino fundamental (SCLOWITZ et al., 2013).

Em um estudo quantitativo transversal realizado em Botucatu (SP), verificou-se que os responsáveis pelas crianças expostas à PTA tinham baixa escolaridade e que 33% delas moravam em casas com mofo (COELHO; ROCHA; JONG, 2012).

Foi realizado um estudo transversal, com crianças com menos de 60 meses de vida em Cuiabá (MT) que apresentou maior prevalência de doenças respiratórias e verificou o nível de escolaridade dos pais, sendo de baixa escolaridade 65% das mães; 61% dos pais e 65% moravam com um tabagista (GONÇALVES-SILVA et al., 2006). Em outro estudo verificou-se que o maior consumo diário de tabaco se dá em trabalhadores que realizam tarefas manuais e empregados do setor privado, independente do sexo e idade (BARROS et al., 2011).

Em relação às condições de moradia, concluiu-se em um estudo que a poluição ambiental tem grande importância no acometimento de doenças respiratórias em crianças e que a exposição à PTA não é o principal causador. Deve-se levar em consideração fatores ambientais e domiciliares como presença de mofo, poeira, pelos de animais, estiagem e fumaça da queima da cana de açúcar. Infelizmente, não há muitas pesquisas sobre as condições habitacionais dos fumantes no Brasil (GARCIA et al., 2010).

Em estudo realizado na cidade de São Paulo (SP) foi investigado a relação de associação do bruxismo com fatores associados à doenças respiratórias em crianças em idade escolar e foi verificada relação positiva entre as infecções respiratórias recorrentes com a exposição à PTA e a presença de mofo, umidade e inundação (GOMES et al., 2010).

No que tange o controle e legislação do consumo do tabaco, na 52ª Assembleia Mundial da Saúde, os Estados Membros das Nações Unidas (ONU) sugeriram a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública da humanidade, isto é, elaboraram a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), com objetivo de deter a expansão do consumo do tabaco e conseqüentemente seus danos à saúde. Já na 56ª Assembleia Mundial de Saúde o tratado foi adotado pelos 192 países. Essa convenção-quadro é um instrumento internacional que estabelece parâmetros gerais e específicos para o controle do tabaco (BRASIL, 2014a).

Alguns países avançaram com a adoção da CQCT como a Austrália, Canadá, Noruega, Singapura, Brasil, África do Sul, Ucrânia e Uruguai, porém a Turquia cedeu a pressão dos representantes do comércio e retrocedeu uma década relacionado ao controle tabágico (YACH, 2014).

Em consonância foi promulgado o Decreto Federal nº 5.658 de 02 de janeiro de 2006, ou seja, a Convenção-Quadro sobre o controle do uso do tabaco adotada

pelos países membros da ONU, que por sua vez foca em mudanças no comércio ilícito, organização regional de integração econômica, publicidade e promoção, controle, indústria, produtos e patrocínio do tabaco (Decreto Federal nº 5.658 de 02 de janeiro de 2006).

Os Estados e municípios, também, participam com a elaboração e execução de leis que proíbem o fumo em ambientes coletivos fechados – Lei Federal 12.546/2011 (INCA, 2014g). O Ministério da Saúde por meio do INCA desenvolve programas educacionais de controle do tabaco no âmbito do trabalho (“Prevenção Sempre”), nas unidades de saúde (“Saúde e Coerência”) e nas escolas (“Saber Saúde”) (INCA, 2014j).

No Pacto pela Vida de 2008 foi colocado como meta entre os gestores de saúde na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) a meta de redução da prevalência do tabagismo em 0,5% ao ano e a mesma tem surtido efeito, pois o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) observou um declínio no número de tabagistas no país ao longo dos anos (MALTA et al. 2010).

A Resolução da CIT nº 5 de 19 de junho de 2013 estabelece as diretrizes, objetivos, metas e indicadores para o período de 2013 a 2015. E uma das metas estabelecidas é a de reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis, como: doenças do aparelho respiratório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, uma vez que o hábito de fumar é um dos maiores fatores de risco para as doenças citadas (BRASIL, 2015d).

Apesar da preocupação nos organismos nacionais e internacionais pode-se perceber conforme as premissas anteriores citadas, o Pacto pela Vida e a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco, a necessidade premente de compreender e avaliar os fatores de risco biológicos e ambientais em crianças tabagistas passivas, uma vez que, os artigos apresentados na literatura nacional e internacional sobre o tema ainda são escassos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar os fatores de risco biológicos e ambientais de crianças expostas e não expostas à PTA.

3.2 Objetivos específicos

- Investigar as características antropométricas das crianças expostas e não expostas à PTA.
- Averiguar os hábitos tabágicos dos familiares das crianças expostas à PTA;
- Verificar os fatores de risco biológicos e ambientais das crianças investigadas.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho de pesquisa

Realizado um estudo transversal analítico.

4.2 Local da pesquisa

Inicialmente foram identificadas as escolas na Secretaria Municipal de Educação da cidade de Anápolis (GO) e foram solicitadas as autorizações em 11 unidades, para a realização da coleta de dados. Apenas oito instituições aceitaram participar da pesquisa, no período de abril a julho de 2011.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Anápolis (GO), número interno do protocolo da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Sistema de Informação Sobre Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CONEP/SISNEP) Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0153/2009, Ofício de Aprovação 051/2010 (ANEXO A).

4.3 População e amostra

Foram selecionados 670 crianças e adolescentes, voluntários, de ambos os sexos, compreendidos na faixa etária de 8 a 12 anos completos e seus respectivos pais e/ou responsáveis legais, os quais participaram da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e preencheram o questionário epidemiológico adaptado (CARVALHO; PEREIRA, 2002) de forma completa (APÊNDICE C). A escolha desta faixa etária foi justificada pelo fato de que crianças maiores de 6 anos de idade, geralmente apresentam maior capacidade de compreensão necessária à realização da avaliação proposta, quando estimuladas e orientadas pelo examinador (RODRIGUES et al., 2002). Para delimitação do estudo foi considerado variável de exposição à PTA aquelas crianças que moravam com fumantes há pelo menos seis meses. E para caracterização do desfecho foi considerado histórico de doenças respiratórias com relato de atendimento e diagnóstico médico para: asma, bronquite, pneumonia e rinite (PEREIRA, 2002).

Os voluntários foram classificados em dois grupos: escolares expostos à poluição tabágica ambiental (EPTA) e escolares não expostos à poluição tabágica ambiental (NEPTA).

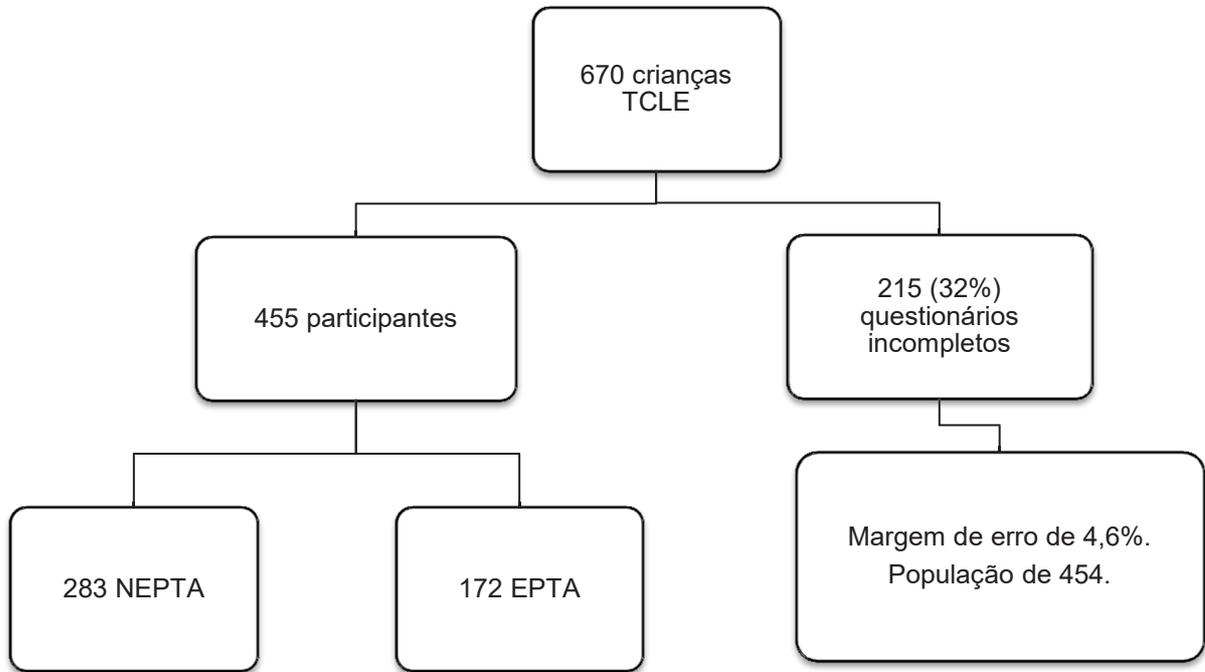


Figura 1 – Fluxograma do número de participantes, crianças não expostas à poluição tabágica ambiental (NEPTA), crianças expostas à PTA (EPTA), indivíduos excluídos e margem de erro da população do estudo.

O tamanho da amostra foi definido utilizando um nível de significância de 0,5% e um poder de teste de 80%, com margem de erro de 4,6%, a estimativa mínima para o tamanho da amostra é de 454 participantes. Foram excluídos do estudo 215 (32%) participantes devido ao preenchimento incompleto do questionário.

Margem de Erro	Tamanho da Amostra
6,0%	267
5,0%	385
4,8%	417
4,7%	435
4,6%	454

Quadro 1 - Cálculo de margem de erro da amostra.

4.4 Procedimentos do estudo

Foi requerida a autorização à Secretaria Municipal de Educação de Anápolis (GO) para o desenvolvimento da pesquisa nas escolas.

Foi também solicitada a autorização das escolas, nas figuras dos diretores (APÊNDICE A) para realização da pesquisa na instituição, assim como, para contato com os pais ou responsáveis, através de um comunicado na agenda escolar do aluno, onde foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e o questionário epidemiológico adaptado (APÊNDICE C).

O questionário auto aplicado pelos pais/responsáveis continha os seguintes dados: informações de identificação; antecedentes familiares de doenças respiratórias; ocorrência de tabagismo materno durante a gestação; presença de mofo na residência, número de habitantes e número de cômodos em casa; escolaridade dos pais; presença de doença respiratória ou outros sintomas; presença de fumantes em casa; número de fumantes; tempo de convívio da criança com pessoas fumantes; período de duração do hábito tabágico; identificação das pessoas fumantes e tipo de fumo utilizado pelos tabagistas da casa (CARVALHO; PEREIRA, 2002).

As crianças participantes foram avaliadas na escola, em local adequado pelos pesquisadores quanto ao peso com balança digital (marca: Geratherm), onde a criança deveria estar com roupas leves (bermuda e camiseta) e descalça.

Para a verificação da altura foi usado estadiômetro, fixado na parede, em local de piso regular. A criança estava descalça e com o mínimo de roupa possível para que se tornasse visível a posição de seu corpo. Ela foi posicionada em pé, de forma ereta, com os membros superiores pendentes ao longo do corpo, os calcanhares unidos e as pontas dos pés afastadas aproximadamente em 60° entre si (o ajustamento dos pés depende dos joelhos estarem ou não em contato entre si), o peso corporal distribuído igualmente sobre ambos os pés e a cabeça orientada em paralelo com o solo.

Posteriormente, foi calculado o índice de massa corporal (IMC) pela fórmula $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ e calculado o valor percentil pelo site <http://www.telessaudebrasil.org.br/apps/calculadoras/?page=7> (BRASIL, 2015e).

Esse projeto foi financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), processo número: 200910267000516. Ao final do estudo foi

ministrado pelos pesquisadores palestras aos alunos e pais sobre tabagismo e seus malefícios.

4.5 Análise estatística

Todo o conjunto de dados coletados nas avaliações foram organizados em uma planilha eletrônica do Excel[®]. Após a preparação de toda a planilha os dados foram transferidos para uma planilha do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 15.0 e processadas as análises.

Inicialmente testou-se a normalidade das variáveis por meio do Teste Kolmogorov-Smirnov, para verificar a utilização de estatística paramétrica ou não paramétrica. Nas análises descritivas foram calculadas as média, mediana, desvio padrão (DP), valores mínimos e máximos para as variáveis contínuas e as frequências absoluta e relativa para as variáveis discretas.

Os dados foram avaliados pelo método de regressão logística, obtendo-se as razões de odds ratio (OR) e intervalos de confiança (IC) de todas as variáveis em todas as análises, utilizando-se um nível de significância de 0,05.

5 PUBLICAÇÕES

Artigo 1 - Para atender ao objetivo de verificar os fatores de risco biológicos e ambientais de crianças expostas e não expostas à PTA, foi realizado o artigo:

“Fatores de risco biológicos e ambientais de crianças expostas ou não à poluição tabágica ambiental”.

Alice Stenzel de Pina Ferreira e Fabiana Pavan Viana.

Revista Eletrônica de Enfermagem

Artigo 1 - Fatores de risco biológicos e ambientais de crianças expostas ou não à poluição tabágica ambiental

Alice Stenzel de Pina Ferreira¹, Fabiana Pavan Viana²

¹Enfermeira, Discente do programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, nível mestrado pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Email: stenzel.alice@gmail.com.

²Fisioterapeuta, Professora Doutora titular do programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Email: pavanviana@gmail.com.

Resumo

Objetivou-se investigar os fatores de riscos biológicos e ambientais de crianças expostas ou não à poluição tabágica ambiental (PTA). Estudo transversal, realizado com 670 crianças, de ambos os sexos, de 8 a 12 anos em escolas de Anápolis (GO), com análise de questionário direcionado aos pais/responsáveis. Não houveram diferenças significativas entre os grupos de crianças não expostas à PTA (NEPTA) e as expostas à PTA (EPTA) nas variáveis: idade, peso, altura, índice de massa corporal e percentil. Os pais do NEPTA apresentaram maior escolaridade. O EPTA teve maior histórico de doença respiratória. O EPTA reside com um tabagista, comumente o pai, que fumam até 20 cigarros diários. O EPTA morava em residências com menos janelas, menor circulação de ar e maior registro de mofo. O EPTA apresenta mais doenças respiratórias e condições socioeconômicas desfavoráveis. Portanto, deve-se favorecer a proteção, educação e estimular o abandono do tabagismo parental.

Palavras-chave: Tabagismo passivo, Crianças, Adolescentes, Casas, Estudo transversal.

Introdução

A poluição tabágica ambiental (PTA) pode predispor ou agravar o desenvolvimento de doenças tanto nos fumantes ativos, como nos expostos, pois contém três vezes mais nicotina, monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas em relação à fumaça inalada pelo fumante⁽¹⁾.

As crianças expostas à PTA apresentam alguns sintomas como: irritação ocular e nasal, cefaleia, dor de garganta e tosse. Contudo, a longo prazo podem apresentar: redução do crescimento e da função pulmonar, aumento da frequência de tosse, aumento da ocorrência de doenças respiratórias, agravamento da asma e distúrbios do sono⁽²⁾.

Deve-se levar em consideração que fatores, como a presença de mofo, poeira, pelos de animais e estiagem podem refletir na saúde dos envolvidos. Entretanto, não foram realizados estudos em âmbito nacional e internacional que documentam a relação existente entre os expostos ao tabaco e suas condições de moradia⁽³⁾.

Alguns aspectos podem estar relacionados à maior predisposição das crianças à PTA, como o baixo nível socioeconômico, a menor renda e escolaridade dos pais⁽⁴⁾, sendo assim, mais passíveis a exposição à PTA⁽⁵⁾.

São escassos os trabalhos que investigam os efeitos da PTA em crianças e adolescentes entre 8 a 12 anos, assim como as possíveis associações dos hábitos tabágicos familiar como a escolaridade dos pais, o histórico de sintomas e doenças respiratórias mais frequentes e as condições de moradia.

Considerando o tabagismo passivo como um problema de saúde pública devido as suas consequências, se faz necessário investigar os efeitos da fumaça do cigarro em crianças expostas à PTA e o objetivo deste estudo foi verificar os fatores de risco biológicos e ambientais de crianças expostas e não expostas à PTA.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal analítico. Inicialmente foram identificadas as escolas na Secretaria Municipal de Educação da cidade de Anápolis (GO) e foram solicitadas as autorizações em 11 unidades, para a realização da coleta de dados. Apenas oito instituições aceitaram participar da pesquisa, no período de abril a julho de 2011.

Foram selecionados 670 crianças e adolescentes, voluntários, de ambos os sexos, compreendidos na faixa etária de 8 a 12 anos completos e seus respectivos pais e/ou responsáveis legais, os quais participaram da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que preencheram o questionário epidemiológico adaptado de forma completa. A escolha desta faixa etária foi justificada pelo fato de que crianças maiores de 6 anos de idade, geralmente apresentam maior capacidade de compreensão necessária à realização da avaliação proposta, quando estimuladas e orientadas pelo examinador. Para delineamento do estudo foi considerado variável de exposição à PTA aquelas crianças que moravam com fumantes há pelo menos seis meses. E para caracterização do desfecho foi considerado histórico de doenças respiratórias com relato de atendimento e diagnóstico médico para: asma, bronquite, pneumonia e rinite⁽⁶⁾.

Os voluntários foram classificados em dois grupos: escolares expostos à poluição tabágica ambiental (EPTA) e escolares não expostos à poluição tabágica ambiental (NEPTA).

O tamanho da amostra foi definido utilizando um nível de significância de 0,5% e um poder de teste de 80%, com margem de erro de 4,6%, a estimativa mínima para o tamanho da amostra é de 454 participantes. Foram excluídos do estudo 215 (32%) participantes devido ao preenchimento incompleto do questionário (Figura 1).

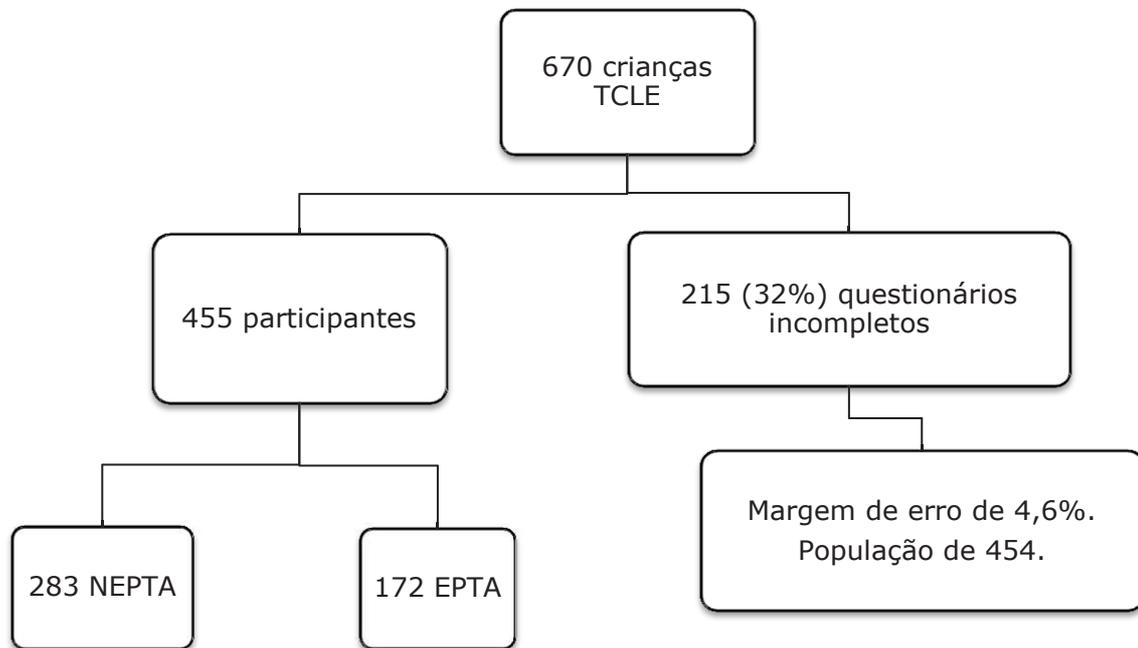


Figura 1 – Fluxograma do número de participantes, crianças não expostas à poluição tabágica ambiental (NEPTA), crianças expostas à PTA (EPTA), indivíduos excluídos e margem de erro da população do estudo.

Foi requerida a autorização à Secretaria Municipal de Educação de Anápolis (GO) para o desenvolvimento da pesquisa nas escolas.

Foi também solicitada a autorização das escolas, nas figuras dos diretores para realização da pesquisa na instituição, assim como, para contato com os pais ou responsáveis, através de um comunicado na agenda escolar do aluno, onde foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário epidemiológico adaptado.

O questionário auto aplicado pelos pais/responsáveis continha os seguintes dados: informações de identificação; antecedentes familiares de doenças respiratórias; ocorrência de tabagismo materno durante a gestação; presença de mofo na residência, número de habitantes e número de cômodos em casa; escolaridade dos pais; presença de doença respiratória ou outros sintomas; presença de fumantes em casa; número de fumantes; tempo de convívio da criança com pessoas fumantes; período de duração do hábito tabágico; identificação das pessoas fumantes e tipo de fumo utilizado pelos tabagistas da casa⁽⁶⁾.

As crianças participantes foram avaliadas na escola, em local adequado pelos pesquisadores quanto ao peso com balança digital (marca: Geratherm), onde a criança deveria estar com roupas leves (bermuda e camiseta) e descalça.

Para a verificação da altura foi usado estadiômetro, fixado na parede, em local de piso regular. A criança estava descalça e com o mínimo de roupa possível para que se

tornasse visível a posição de seu corpo. Ela foi posicionada em pé, de forma ereta, com os membros superiores pendentes ao longo do corpo, os calcanhares unidos e as pontas dos pés afastadas aproximadamente em 60° entre si (o ajustamento dos pés depende dos joelhos estarem ou não em contato entre si), o peso corporal distribuído igualmente sobre ambos os pés e a cabeça orientada em paralelo com o solo.

Posteriormente, foi calculado o índice de massa corporal (IMC) pela fórmula $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ e verificado o valor percentil pelo site <http://www.telessaudebrasil.org.br/apps/calculadoras/?page=7>.

Ao final do estudo foi ministrado pelos pesquisadores palestras aos alunos e pais sobre tabagismo e seus malefícios.

Todo o conjunto de dados coletados nas avaliações foram organizados em uma planilha eletrônica do Excel®. Após a preparação de toda a planilha os dados foram transferidos para uma planilha do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 15.0 e processadas as análises.

Inicialmente testou-se a normalidade das variáveis por meio do Teste Kolmogorov-Smirnov, para verificar a utilização de estatística paramétrica ou não paramétrica. Nas análises descritivas foram calculadas as média, mediana, desvio padrão (DP), valores mínimos e máximos para as variáveis contínuas e as frequências absoluta e relativa para as variáveis discretas.

Os dados foram avaliados pelo método de regressão logística, obtendo-se as razões de odds ratio (OR) e intervalos de confiança (IC) de todas as variáveis em todas as análises, utilizando-se um nível de significância de 0,05.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Anápolis (GO), número interno do protocolo da CONEP/SISNEP CAAE: 0153/2009, Ofício de Aprovação 051/2010.

Resultados

De acordo com os resultados obtidos não houve diferenças significativas entre o grupo NEPTA quando comparadas com o grupo EPTA em relação ao sexo, idade, peso, altura e IMC (Tabela 1).

Tabela 1 - Características antropométricas das crianças não expostas à poluição tabágica ambiental (NEPTA=283) e expostas à poluição tabágica ambiental (EPTA=172) de escolas públicas de Anápolis, GO, 2011

Escolares	n	M	DP	ICM 95%		p*	OR (IC 95%)	p**
				Min	Máx			
Idade								
NEFCA	283	9,83	1,22	9,69	9,98			
EFCA	172	9,95	1,31	9,76	10,15	0,323	1,08 (0,93-1,26)	
Peso								
NEFCA	283	37,48	10,33	36,28	38,69			
EFCA	172	36,40	9,00	35,05	37,76	0,256	0,99 (0,97-1,01)	0,597
Altura								
NEFCA	283	141,76	9,16	140,69	142,84			
EFCA	172	142,06	9,38	140,65	143,47	0,741	1,00 (0,98-1,02)	0,759
IMC								
NEFCA	283	58,71	30,80	55,11	62,32			
EFCA	172	53,12	31,13	48,43	57,80	0,062	0,99 (0,99-1,00)	0,084

n: número total; M: média; DP: desvio padrão; ICM: intervalo de confiança da média; p*: Teste Análise de Regressão Logística; OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança; p** Kolmogorov-Smirnov.

Os pais do grupo NEPTA apresentaram maior grau de escolaridade ($p=0,005$) que o EPTA. Já tabagismo materno durante a gestação ($p<0,001$) foi maior no EPTA quando comparado com o NEPTA (Tabela 2).

Tabela 2 - Histórico familiar das crianças não expostas à poluição tabágica ambiental (NEPTA=283) e das expostas (EPTA=172) de escolas públicas de Anápolis, GO, 2011

Variáveis	NEPTA (N=283)	EPTA (N=172)	OR (IC95%)	p*
	n (%)	n (%)		
Escolaridade dos pais				
Ensino Fundamental Incompleto	77 (27,2)	70 (40,7)		
Ensino Fundamental Completo	152 (53,7)	78 (45,3)		
Ensino Médio Incompleto	54 (19,1)	24 (14,0)	0,67 (0,50-0,89)	0,005
Tabagismo materno durante a gestação				
Sim	13 (4,6)	36 (20,9)		
Não	270 (95,4)	136 (79,1)	5,50 (2,82-10,71)	< 0,001
Histórico de doença respiratória familiar				
Sim	84 (29,7)	72 (41,9)		
Não	199 (70,3)	100 (58,1)	1,71 (1,15-2,53)	0,008
Histórico de doença respiratória na criança				
Não	227 (80,2)	66 (38,4)		
Sim	56 (19,8)	106 (61,6)	6,51 (4,26-9,95)	< 0,001
Internação hospitalar				
Sim	5 (1,8)	12 (7,0)		
Não	278 (98,2)	160 (93,0)	4,17 (1,44-12,05)	0,008
Histórico de doença respiratória na criança com necessidade de atendimento médico				
Não	227 (80,2)	66 (38,4)		
Rinite	17 (6,0)	26 (15,1)	5,26 (2,69-10,28)	< 0,001
Asma	1 (0,4)	14 (8,1)	48,15 (6,22-372,99)	< 0,001
Bronquite	20 (7,1)	38 (22,1)	6,53 (3,56-11,99)	< 0,001
Pneumonia	4 (1,4)	9 (5,2)	7,74 (2,31-25,93)	0,001
Outras	5 (1,8)	3 (1,7)	2,06 (0,48-8,86)	0,330
Total	56 (19,8)	106 (61,6)	6,51 (4,26-9,95)	< 0,001

p*: Teste de Regressão Binária Logística; OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

O grupo EPTA teve maior histórico de doença respiratória familiar ($p=0,008$) comparado ao NEPTA, assim como, as crianças do EPTA apresentaram maior histórico de doença respiratória ($p<0,001$) em relação ao grupo NEPTA. Ademais foi encontrado que o grupo EPTA apresentou maior número de internações hospitalares ($p=0,008$) quando comparado ao NEPTA (Tabela 2).

Quanto aos hábitos tabágicos dos familiares do grupo EPTA, foi verificado que a maioria residia com apenas um tabagista (77,3%), comumente o pai (53,4%), que fumavam até 20 cigarros convencionais por dia (83,6%) e expunham as crianças por até 6 horas diárias (50,6%). E, além disso, uma minoria fumavam enquanto acompanhavam as crianças para a escola (13,5%).

Em relação às condições de moradia, as crianças EPTA moravam em residências com menor número de janelas ($p=0,007$) comparadas ao grupo NEPTA. Foi maior o registro da presença de mofo ($p=0,002$) nas casas do grupo EPTA que no grupo NEPTA. E o grupo EPTA apresentou menor relato de boa circulação de ar ($p=0,042$) comparado ao grupo NEPTA (Tabela 3).

Tabela 3 - Histórico familiar das crianças não expostas à poluição tabágica ambiental (NEPTA=283) e das expostas (EPTA=172) de escolas públicas de Anápolis, GO, 2011

Variáveis	NEPTA	EPTA	OR (IC95%)	p*
	(N=283)	(N=172)		
	n (%)	n (%)		
Escolaridade dos pais				
Ensino Fundamental Incompleto	77 (27,2)	70 (40,7)		
Ensino Fundamental Completo	152 (53,7)	78 (45,3)		
Ensino Médio Incompleto	54 (19,1)	24 (14,0)	0,67 (0,50-0,89)	0,005
Tabagismo materno				
Sim	13 (4,6)	36 (20,9)		
Não	270 (95,4)	136 (79,1)	5,50 (2,82-10,71)	< 0,001
Histórico de doença respiratória familiar				
Sim	84 (29,7)	72 (41,9)		
Não	199 (70,3)	100 (58,1)	1,71 (1,15-2,53)	0,008
Histórico de doença respiratória				
Não	227 (80,2)	66 (38,4)		
Sim	56 (19,8)	106 (61,6)	6,51 (4,26-9,95)	< 0,001
Internação hospitalar				
Sim	278 (98,2)	160 (93,0)		
Não	5 (1,8)	12 (7,0)	4,17 (1,44-12,05)	0,008
Histórico de doença respiratória na criança				
Não	227 (80,2)	66 (38,4)		
Rinite	17 (6,0)	26 (15,1)	5,26 (2,69-10,28)	< 0,001
Asma	1 (0,4)	14 (8,1)	48,15 (6,22-372,99)	< 0,001
Bronquite	20 (7,1)	38 (22,1)	6,53 (3,56-11,99)	< 0,001
Pneumonia	4 (1,4)	9 (5,2)	7,74 (2,31-25,93)	0,001
Outras	5 (1,8)	3 (1,7)	2,06 (0,48-8,86)	0,330
Total	56 (19,8)	106 (61,6)	6,51 (4,26-9,95)	< 0,001

p*: Teste de Regressão Binária Logística; OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

Discussão

Semelhantemente a outros estudos⁽⁷⁻¹⁰⁾ não foram encontradas diferenças significativas nas variáveis antropométricas entre os grupos NEPTA comparado ao EPTA.

Os pais do grupo NEPTA apresentaram maior grau de escolaridade que o EPTA (OR=0,67; IC95%=0,50-0,89). Semelhantemente aos resultados encontrados por outros

autores da literatura⁽¹¹⁾, foi visto que existe maior tendência para o hábito tabágico nos familiares de crianças como menor escolaridade quando comparado com àqueles que não fumam. Por outro lado, existe uma grande variação socioeconômica entre os tabagistas no mundo⁽⁴⁾. A maior prevalência do tabagismo em indivíduos com menor escolaridade se deve possivelmente ao menor acesso a informação sobre os malefícios do uso do tabaco. Durante décadas no Brasil, as propagandas publicitárias estimularam o consumo do tabaco, impondo uma imagem de que aqueles que fumavam tinham maior virilidade, força, poder, independência, liberdade e autoafirmação⁽¹²⁾.

Ademais, foi visto na presente pesquisa, que a maioria das mães que fumaram na gestação tem cinco vezes mais chance de manterem o hábito tabágico (OR=5,50; IC95%=2,82-10,71). Esses resultados corroboram com outras pesquisas realizadas⁽¹³⁾. O tabagismo é um dos hábitos mais difíceis de abdicar, pois quanto maior o grau de dependência à nicotina, maior é a dificuldade enfrentada para o abandono do cigarro.

Por outro lado, alguns investigadores atribuem à continuidade do hábito tabágico gestacional devido ao estímulo do companheiro na permanência deste hábito⁽¹³⁾. E, ainda, o hábito tabágico gestacional está diretamente relacionado ao menor peso dos recém-nascidos e sobrepeso/obesidade na infância⁽¹⁴⁾. Semelhantemente a outros autores a continuidade deste hábito durante a amamentação e nos primeiros anos de vida pode acarretar o desenvolvimento de diversas doenças, como asma, bronquite, pneumonia, rinite, distúrbios do sono e problemas comportamentais⁽¹⁵⁾.

Já é comprovado que o hábito tabágico durante a gestação é prejudicial para a saúde dos neonatos, sendo assim, se faz necessário ações mais concretas durante o pré-natal voltadas para o combate do tabagismo materno⁽¹⁶⁾.

Na presente pesquisa, os familiares dos tabagistas apresentaram quase duas vezes mais chance de ter histórico de doenças respiratórias (OR=1,71; IC95%=1,15-2,53) quando comparados aos não expostos à PTA.

É incontestável que a exposição à fumaça do cigarro cause doenças, porém o seu mecanismo ainda é desconhecido⁽²⁾. Assim como o tabagista, o fumante passivo, também, está exposto a várias doenças tabaco-relacionadas, tendo como principais as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como os cânceres, as doenças cardiovasculares, o diabetes, as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (DPOC) e entre outras⁽¹⁷⁾.

Em conformidade com o presente estudo, outras pesquisas⁽¹⁸⁾ também observaram que crianças expostas à PTA apresentam seis vezes mais chance de ter histórico de doenças respiratórias quando comparada às não expostas (OR=6,51; IC95%=4,26-9,95).

As crianças são mais vulneráveis a exposição à PTA, pois são sujeitas com maior frequência no ambiente doméstico, nas escolas, locais públicos e em veículos de

transporte⁽⁵⁾. É evidente que as crianças expostas apresentam o sistema imunológico deprimido, tornando-as propensas a desenvolver uma série de doenças como resfriados, infecções do ouvido médio, doenças respiratórias bem como pneumonia, bronquite e agravamento da asma⁽⁹⁾. Outros autores⁽¹⁹⁾ verificaram que crianças com histórico de doenças respiratórias constituem um grupo de alto risco para desenvolver doenças respiratórias agudas baixas e esse risco tende a aumentar com a exposição contínua da PTA.

Foi visto no presente estudo que as crianças expostas à PTA tiveram maior predisposição para desenvolver doenças respiratórias, tendo cinco vezes mais chance de ter rinite (OR=5,26; IC95%=2,69-10,28), 48 vezes mais chance de ter asma (OR=48,15; IC95%=6,22-372,99), seis vezes mais chance de ter bronquite (OR=6,53; IC95%=3,56-11,99) e sete vezes mais chance de ter pneumonia (OR=7,74; IC95%=2,31-25,93).

Outros autores identificaram que os fumantes ativos e passivos tem risco de 20 a 30 vezes de adquirir as doenças acima citadas⁽¹¹⁾. O fumante ativo consome a menor parte da fumaça do tabaco, enquanto o tabagista passivo consome cerca de 85% da fumaça dispersada pelo cigarro e ainda a que sai da boca do fumante⁽²⁰⁾.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) refere que a poluição tabágica ambiental contém cerca de 4.700 substâncias tóxicas ao organismo, como o monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, além de outras 43 cancerígenas, tais como: arsênio, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas⁽¹⁾.

Em conformidade com os resultados encontrados por outros autores da literatura^(9,15,18) os tabagistas passivos tem quatro vezes mais chance de sofrer internações hospitalares por doenças respiratórias quando comparado com os não tabagistas passivos (OR=4,1; IC95%=1,44-12,05). É sabido que os custos de internações por doenças tabaco-relacionadas chegam a 1,5 bilhão de reais, sendo 11% dos registros documentados⁽²¹⁾. Deste modo torna-se imprescindível que as campanhas antitabagismo promovidas pelo Ministério da Saúde por meio do INCA nos estados, cujas ações articuladas compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) executem ações efetivas e concretas de controle do tabagismo ativo e proteção aos expostos principalmente em suas residências.

As leis antitabagismo em vigor no Brasil tem alcançado sucesso na mudança de hábitos sociais, na redução do lucro da indústria do tabaco e redução no consumo de cigarros, contudo ainda não protege de forma efetiva os expostos a fumaça do cigarro ambiental.

No presente estudo foi encontrado resultado semelhante ao da literatura^(22, 23) em que a criança exposta à PTA convivem com um tabagista, comumente o pai, que

consomem até 20 cigarros convencionais por dia^(18, 12). Isso pode ser explicado em parte, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pela maior prevalência do hábito tabágico por homens⁽¹⁾.

Em concordância com o estudo, outros autores, também, relataram elevado número de cigarros fumados por dia⁽²³⁾. Apesar do alto número de cigarros consumidos, esse percentual vem decaindo^(18, 12) comparado a outros países. Essa redução pode ser explicada devido as campanhas antitabagismo, as leis que proíbem o fumo em ambientes fechados como o Decreto lei nº 5.658 de 02 de janeiro de 2008 que promulga a Convenção-Quadro sobre o Controle do Tabaco, a diminuição da propaganda e fiscalização efetiva⁽¹¹⁾.

Quanto ao período de exposição à PTA, esse foi elevado, cerca de 6 horas diárias. Corroborando com o presente estudo, outros autores encontraram dado semelhante, demonstrando, assim, que o tabagismo passivo é muito comum em nossa sociedade⁽²²⁾, conseqüentemente um problema de saúde pública devido as conseqüências da exposição à PTA.

Quanto às condições de moradia, outros autores⁽⁷⁾, também, verificaram que crianças não expostas à PTA tem mais chances de viver em casas com mais janelas (OR=0,48; IC95%=0,28-0,82), conseqüentemente, menor chance das casas apresentarem mofo (OR=0,52; IC95%=0,34-0,78). Ao contrário, as crianças expostas à PTA tinham quase duas vezes mais chances de viver em casas com menor circulação de ar (OR=1,73; IC95%=1,02-2,94). São escassos os estudos que investigam as condições de moradia de crianças expostas à PTA, mas alguns autores^(3,8) identificaram que não é apenas a PTA o principal causador de doenças respiratórias, outros fatores ambientais devem ser levados em consideração como a presença de poeira, pelos de animais domésticos, ácaros, mofo aparente nas paredes, estiagem, fumaça da queima da cana de açúcar e poluentes ambientais, uma vez que alteram de forma negativa a qualidade do ar e favorecem o desenvolvimento de doenças respiratórias. Possivelmente este fato está relacionado com a baixa renda familiar, na qual dificulta a construção de casas arejadas, que por sua vez, impede a circulação de ar e aumenta a PTA.

Os profissionais da área da saúde devem receber treinamento específico para saber lidar com o atendimento deste público, no intuito de estimular a cessação do tabagismo materno durante a gestação e dos demais integrantes da família⁽²⁾, visto que o hábito de um pode influenciar os outros. Uma possível estratégia é a realização de campanhas e acompanhamento individualizado dos envolvidos, pela equipe da Estratégia Saúde na Família (ESF)⁽²⁴⁾. A ESF, dentro da Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para movimentos e ações individuais e coletivos que englobam a promoção à saúde até a reabilitação.

Dentro desse contexto o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) oferece apoio e tratamento para a cessação do tabagismo com ações educativas e acompanhamento individual e coletivo nos Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF)⁽²⁴⁾, contudo a realidade é complexa, exigindo assim que as equipes atuem de forma empática com a população tabagista visando à adesão ao tratamento e orientações oferecidas.

Conclusão

Existem vários estudos sobre os efeitos da PTA em crianças com doenças do trato respiratório, mas são poucos os estudos voltados para as condições de moradia de crianças expostas à PTA. No presente estudo as mesmas apresentaram mais doenças respiratórias crônicas, o pai foi o principal tabagista a expor a criança à PTA e viviam em ambientes com pouca circulação de ar.

Os resultados deste estudo contribuíram para compreender melhor o contexto em que vivem as crianças expostas à PTA e as doenças associadas, mas encontrou limitações condicionadas ao questionário que não avaliou a renda familiar e os dados fornecidos pelos pais/responsáveis sujeitos a viés de memória e problemas com a interpretação.

Portanto, o tabagismo passivo é um problema de saúde pública com particular impacto na saúde das crianças. Não apenas a exposição deve ser levada em consideração, mas o ambiente em que vivem as crianças necessita de maior atenção e cuidado por parte dos pais/responsáveis. Os profissionais de saúde, juntamente com os educadores devem proporcionar mais informações aos pais sobre os malefícios da exposição à PTA pelas crianças, instigar a adesão de programas de abandono do tabagismo parental e promover a promoção e proteção à saúde de todos os envolvidos⁽²⁵⁾.

Esse projeto foi financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), processo número: 200910267000516.

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer. [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em: 13 fev 2016]. Tabagismo. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo.
2. Treyster Z, Gitterman B. Secondhand smoke exposure in children: environmental factors, physiological effects, and interventions within pediatrics. Rev Environ Health [Internet]. 2011 [acesso em: 13 fev 2016];26(3):187-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1515/REVEH.2011.026>.

3. Garcia JD, Suter TCM, Oliveira LC, Tutia MH. A influência do tabagismo passivo em crianças com doenças respiratórias da USB da Vila Margarida de Ourinhos-SP: um estudo comparativo. Revista Hórus. [Internet]. 2010 [acesso em: 22 mai 2014];4(2):110-129. Disponível em: <http://www.faeso.edu.br/horus/artigos%20anteriores/2010/influencia.pdf>.
4. Douglas L, Szatkowski L. Socioeconomic variations in Access to smoking cessation interventions in UK primary care: insights using the Mosaic classification in a large dataset of primary care records. BMC Public Health. [Internet] 2013 [acesso em: 22 mai 2014];546(13):1-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-546>.
5. Quiroz-Arcenales L, Hernández-Flóres LJ, Calderón CAA, Medina K, Robledo-Martínez R, Osorio-García SD. Enfermedad y síntomas respiratorios en niños de cinco municipios carboníferos del Cesar, Colombia. Rev Salud Pública. [Internet] 2013 [acesso em: 13 fev 2016];15(1):66-79. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n1/v15n1a07.pdf>.
6. Carvalho LMT, Pereira, EDB. Morbidade respiratória em crianças fumantes passivas. J Pneumol. [Internet]. 2002 [acesso em: 27 out 2015];28(1):8-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jpneu/v28n1/a04v28n1.pdf>.
7. Bulhões C, Nogueira-Silva C, Ferreira D, Magalhães MJ, Peixoto, V. Análise da exposição tabágica no domicílio e suas repercussões em crianças da cidade de Braga. Rev Port Clin Geral. [Internet]. 2007 [acesso em: 13 fev 2016];23:673-84. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8721/1/Exposi%C3%A7%C3%A3o%20tab%C3%A1gica%20no%20domic%C3%ADlio.pdf>.
8. Gomes EFD, Soares KKD, Santis TO, Bussadori SK, Costa D. Associação do bruxismo, rinite e sinusite com as infecções respiratórias recorrentes em crianças. ConScientiae Saúde. [Internet]. 2010 [acesso em: 26 nov 2014];9(2):285-289. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/92/92915260016.pdf>.
9. Coelho AS, Rocha AS, Jong LC. Consequências do tabagismo passivo em crianças. Ciência, Cuidado e Saúde. [Internet]. 2012 [acesso em: 22 mai 2014];11(1):294-301. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v11i2.10281>.
10. Precioso et al. Prevalência de alunos de escolas de Braga expostos ao fumo ambiental do tabaco em casa, antes e após a aplicação da lei antitabágica: estudo transversal. Rev Port Med Geral Fam. [Internet]. 2014 [acesso em: 14 fev 2016];30:235-43. Disponível em: http://repositorio.hospitaldebraga.pt/bitstream/10400.23/852/1/precioso%20j_rev%20port%20med%20geral%20fam%202014.pdf.
11. Malta et al. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol. Serv. Saúde. [Internet]. 2015 [acesso em: 16 out 2015];24(2):239-248. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-4974201500020006>.

12. Malta et al. Tendências de indicadores de tabagismo nas capitais brasileiras. 2006 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 [acesso em: 26 out 2015];20(3):631-640. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.15232014>.
13. Poletta FA, López-Camelo JS, Gili JA, Montalvo G, Castilla EE. Consumo y exposición al humo de tabaco en mujeres embarazadas em Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2014 [acesso em: 14 fev 2016];27(1):56-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010000100009>.
14. Muraro AP, Gonçalves-Silva RMV, Ferreira MG, Silva GA, Sichieri R. Effect of the exposure to maternal smoking during pregnancy and childhood on the body mass index until adolescence. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2015 [acesso em: 14 fev 2016];49:41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005423>.
15. Yang S, Decker A, Kramer MS. Exposure to parental smoking and child growth and development: a cohort study. *BMC Pediatrics*. [Internet]. 2013 [acesso em: 14 fev 2016];13(104):1-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-13-104>.
16. Macedo et al. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2007 [acesso em: 14 fev 2016];41(3):351-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300005>.
17. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. Estimativa de carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2015 [acesso em: 14 fev 2016];31(6):1283-1297. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00192013>.
18. Gonzales-Barcala F-J, Pertega S, Sampedro M, Lastres JS, Gonzalez MASJ, Bamonde L, Garnelo L, Castro TP, Valdés-Cuadrado L, Carreira J-M, Moure J-D, Silvarrey AL. Impact of parental smoking on childhood asthma. *J Pediatr*. [Internet]. 2014 [acesso em: 14 fev 2016];89(3):294-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.11.001>.
19. Prietsch SOM, Fischer GB, César JA, Lempek BS, Barbosa Jr LV, Zogbi L, Cardoso OC, Santos AM. Acute lower respiratory illness in under-five children in Rio Grande, Rio Grande do Sul State, Brazil: prevalence and risk factors. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2008 [acesso em: 14 fev 2016];24(6):1429-1438. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600023>.
20. Brasil [Internet]. Programa Telessaúde brasil. Brasília: Biblioteca Virtual de Saúde. Atenção Primária à Saúde. [acesso em : 10 ago 2015] Disponível em: <http://aps.bvs.gov.br/pt-br/assuntos/programa-telessaude-brasil/mais-as-consequencias-do-tabagismo-passivo-nas-criancas/>.
21. Sousa-Carmo SVT, Vilar MCH, Moraes MA. Gastos hospitalares de doenças tabaco-relacionadas no Sistema Único de Saúde – SUS: um estudo comparativo entre o Brasil, Região Sudeste e estado de São Paulo no ano de 2013. *BEPA*. [Internet]. 2015 [acesso

em: 30 set 2015];12(140):3-14. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/1024_CUSTOS_SP.pdf.

22. Pereira AM, Morais-Almeida M, Sousa AS, Jacinto T, Azevedo LF, Cordeiro CR, Almeida AB, Fonseca JA. Prevalência da exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa e do tabagismo na população Portuguesa – o estudo INAsma. Rev Port Pneumol. [Internet]. 2013 [acesso em: 14 fev 2016];19(3):114-124. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.02.003>.

23. Precioso J, Samorinha C, Araújo C, Macedo M, Antunes H. Exposición de ninhos al humo ambiental del tabaco(FAT): um estudio efectuado con alunos de 4º curso de escolaridade de Braga – Portugal. Respira - Fundación Española del Pulmón SEPAR. [Internet]. 2011 [acesso em: 30 set 2015];13(3):112-116. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/15722/1/Exposicion%20de%20ninos%20a%20humo%20ambiental%20del%20tabaco%20-%20FAT.pdf>.

24. Gonçalves-Silva *RMV*, Valente *JG*, Lemos-Santos *MGF*, Sichieri *R*. Tabagismo no domicílio e doença respiratória. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2009 [acesso em: 14 fev 2016];21(5):1540-1549. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300013>.

25. Ribeiro FAC, Moraes MKR, Caixeta JCM, Silva JN, Lima AS, Parreira SLS, Fernandes VLS. Perception of parents about second hand smoke on the health of their children: an ethnographic study. Rev Paul Pediatr. 2015 [acesso em: 14 fev 2016];33(4):394-399. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.02.003>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem vários estudos sobre os efeitos da PTA em crianças com doenças do trato respiratório, mas são poucos os estudos voltados para as condições de moradia de crianças expostas à PTA. Ao analisar os resultados do presente estudo, pode-se verificar que as mesmas apresentaram mais doenças respiratórias crônicas, o pai foi o principal tabagista a expor a criança à PTA e que viviam em ambientes com pouca circulação de ar.

Os achados desta pesquisa contribuíram para compreender melhor o contexto em que vivem as crianças expostas à PTA e as doenças associadas mais comuns, entretanto encontrou limitações condicionadas ao questionário que não avaliou a renda familiar e os dados fornecidos pelos pais/responsáveis sujeitos a viés de memória e problemas com a interpretação.

Portanto, o tabagismo passivo é um grave problema de saúde pública com particular impacto na saúde das crianças. Não apenas a exposição deve ser levada em consideração, mas o ambiente em que vivem as crianças necessita de maior atenção e cuidado por parte dos pais/responsáveis. Os profissionais de saúde, juntamente com os educadores devem proporcionar mais informações aos pais sobre os malefícios da exposição à PTA pelas crianças, instigar a adesão de programas de abandono do tabagismo parental e promover a promoção e proteção à saúde de todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

ACT - ALIANÇA DE CONTROLE DO TABACO. Tabagismo passivo: a 3ª maior causa de morte evitável de acordo com pesquisa americana. São Paulo, 2007. Disponível em: <1-3.<http://www.actbr.org.br/pdfs/fact-fumo-passivo.pdf>>. Acesso em 22 mai. 2014.

ACT - ALIANÇA DE CONTROLE DO TABACO (online). História do tabaco. Disponível em: <www.actbr.org.br/tabagismo/historico>. Acesso em: 17 nov. 2014.

ACT - ALIANÇA DE CONTROLE DO TABACO (online). Porque a indústria do tabaco deve ressarcir os gastos do SUS no tratamento de doenças tabaco-relacionadas. Disponível em: <www.actbr.org.br/uploads/conteudo/1036_sus_tabaco.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015.

BARROS, et al. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3707-3716, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a08v16n9.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

BENEDICT, Carol Ann. **Golden-silk smoke: a history of tobacco in China, 1150-2000**. London: University of Carolina Press, 2011. 352 p. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=e7nNkB8R4GkC&oi=fnd&pg=P1&dq=benedict+2011+tobacco+china&ots=7HJFc63EC9&sig=aPlbVDREYjIXpUlretDjR01_bl4#v=onepage&q=benedict%202011%20tobacco%20china&f=false>. Acesso em: 20 mai. 2014.

BONATO, Amadeu A. **A fumicultura no Brasil e a convenção-quadro para o controle do tabaco**. Curitiba: Departamento de Estudos Socio-econômicos Rurais – DESER, 2006. 53 p. Disponível em: < <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3hR16fICNGoJ:portal.mda.gov.br/o/3569844+&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 21 mai. 2014.

BONATO, Amadeu; ZOTTI, Cleimary Fatima; ANGELIS, Thiago. **Tabaco: da produção ao consumo uma cadeia da dependência**. Curitiba. 2010. 45 p. Disponível em: <[http://www.deser.org.br/publicacoes/revistaTabaco-Elabora%C3%A7%C3%A3o Deser-ACT.pdf](http://www.deser.org.br/publicacoes/revistaTabaco-Elabora%C3%A7%C3%A3o%20Deser-ACT.pdf)>. Acesso em: 27 nov. 2014.

BRASIL. Decreto Federal n. 5.658, de 2 de janeiro de 2006. 19 p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5658.htm>. Acesso: 22 mai. 2014.

BRASILa, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Por que aprovar a Convenção-Quadro para o controle do tabaco?**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. 12 p. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/daf3bc004eb68a16a078b2f11fae00ee/porque_aproar_a_convencao_quadro_para_o_controle_do_tabaco.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=da f3bc004eb68a16a078b2f11fae00ee>. Acesso em: 22 mai. 2014.

BRASILb. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Amostra em Domicílios 2008: pesquisa especial de tabagismo em pessoas de 15 anos ou mais de idade – PETAB**: Rio de Janeiro, 2008, 137 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/pnad_tabagismo.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2014.

BRASILc, 2015 (online). Biblioteca Virtual de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <<http://aps.bvs/quais-as-consequencias-do-tabagismo-passivo-nas-criancas/>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASILd. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**: 3 ed. Brasília, 2015. 156 p.

BRASILE. Rede Telessaúde Brasil - Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) (online). Disponível em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/apps/calculadoras/?page=7>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

CARVALHO Luisa Maria Torres, PEREIRA, Eanes Delgado Barros. Morbidade respiratória em crianças fumantes passivas. **Jornal de Pneumologia**. 2002, v. 28, n. 1, p. 8-14, jan./fev. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jpneu/v28n1/a04v28n1.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015.

COELHO, Sabrina Almeida; ROCHA, Suelen Alves; JONG Lin Chau. Consequências do tabagismo passivo em crianças. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 294-301, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v11n2/10.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

COSTA, Carlos Gabriel. Imigração alemã e fumicultura: a colônia de Santa Cruz (RS) no período imperial brasileiro. **Spartacus**. Santa Cruz do Sul. p. 1-19. 2010. Disponível em: < http://www.unisc.br/site/spartacus/edicoes/012007/costa_carlos_gabriel.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2014.

CHERAGHI, Maria; SALVI, Sundeep. Environmental tobacco smoke (ETS) and respiratory health in children. **European journal of pediatrics**. Londres, v. 168, n. 8, p. 897-905, ago. 2009. Disponível em: < <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00431-009-0967-3>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

DAKE, Finis Jennings. **Manual Bíblico Dake**. Belo Horizonte: Atos, 2009. 304 p.

DOUGLAS, Laura; SZATKOWSKI, Lisa. Socioeconomic variations in Access to smoking cessation interventions in UK primary care: insights using the Mosaic classification in a large dataset of primary care records. **MBC Public Health**, Londres, v. 546, n. 13, p. 1-7, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3710237/?toll=pubmed>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

FAGUNDES et al. Políticas de saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 499-510, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00499.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

FERNANDES, Joana da Conceição Neves. **Influencia do tabagismo passivo na expressão clínica e funcional da asma, em crianças e jovens**: 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011. Portugal. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20407/1/TESE%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

GARCIA, et al. A influência do tabagismo passivo em crianças com doenças respiratórias da USB da Vila Margarida de Ourinhos-SP: um estudo comparativo. **Revista Hórus**, Ourinhos, v. 4, n. 2, p. 110-129, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.faeso.edu.br/horus/artigos%20anteriores/2010/influencia.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

GOMES et al., Associação do bruxismo, rinite e sinusite com as infecções respiratórias recorrentes em crianças. **ConScientiae Saúde**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 285-289, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/92/92915260016.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

GONÇALVES et al. Associação de índice de massa corporal e aptidão física aeróbica com fatores de risco cardiovascular em crianças. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 32, n. 3, p. 208-214, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n3/0103-0582-rpp-32-03-0208.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

GONÇALVES-SILVA, et al. Tabagismo no domicílio e baixa estatura em menores de cinco anos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1540-1549, sep./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/27.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

INCA, 2014a (online). Tabagismo passivo: o que é. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=passivo&link=tabagismo.htm>>. Acesso em: 21 mai. 2014.

INCA, 2014b (online). Observatório da política nacional de controle do tabaco. Dados e números: doenças. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/conn>>.

ect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/doencas>. Acesso em: 21 mai. 2014.

INCA, 2014c (online). Observatório da política nacional de controle do tabaco. Dados e números: mortalidade. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/mortalidade>. Acesso em: 21 mai. 2014.

INCA, 2014d (online). Observatório da política nacional de controle do tabaco. Dados e números: custos. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/custos>. Acesso em: 21 mai. 2014.

INCA, 2014e (online). Tabagismo. Dados e números: tabagismo no mundo. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>> Acesso em: 21 mai. 2014.

INCA, 2014f (online). Tabagismo passivo. Efeitos da fumaça sobre a saúde da criança. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=passivo&link=crianca.htm>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

INCA, 2014g (online). 29 de agosto – Dia nacional de combate ao fumo. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/dia_mundial_sem_tabaco/site/2012/meio_ambiente_tabaco>. Acesso em: 22 mai. 2014.

INCA, 2014h (online). Programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

INCA, 2014i (online). Cigarro é a causa de 40% das mortes de mulheres com menos de 65 anos. Disponível em: <www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=lista.asp>. Acesso em> 12 nov. 2014.

JOYA et al. Transgenerational exposure to environmental tobacco smoke. **International journal of environmental research and public health**. Suíça v. 11, n.7, p. 7261-7274, jul. 2014. Disponível em: < <http://www.mdpi.com/166046041/11/7/7261>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

LARSSON et al., Environmental tobacco smoke exposure during childhood is associated with increased prevalence of asthma in adults. **Chest**, Illinois, v. 120, n. 3, p. 711-117, set. 2001 Disponível em: <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/21966/711.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2014.

MALTA et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e o Distrito Federal, Brasil, 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 36, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n1/v36n1a13.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

MELLO, Roberto Bezerra de; PINTO, Gilberto Rodrigues; BOTELHO, Clovis. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 4, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n4/v77n4a06.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

ÖBERG et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. **The Lancet**, United Kingdom, n. 6736, v. 10, p. 61388 61396, nov. 2010. Disponível em:<http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/smoking.pdf?ua=1>. Acesso em: 21 mai. 2014.

OMS, 2015a (online). WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: country profile United States of American. Disponível em: < http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/usa.pdf?ua=1 >. Acesso em: 15 fev. 2016.

OMS, 2015b (online). WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: country profile China. Disponível em:<http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/chn.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 fev. 2016.

OMS, 2015c (online). WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: country profile Russian Federation. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/rus.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 fev. 2016.

OMS, 2015d (online). WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: country profile Indonesia. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/idn.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 fev. 2016.

OMS, 2015e (online). WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: country profile South Africa. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/zaf.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 fev. 2016.

OMS, 2015f (online). WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: country profile Brazil. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/bra.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 fev. 2016.

OMS, 2013g. **WHO recommendation for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy**. Suíça: World Health Organization, 2013. 104 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94555/1/9789241506076_eng.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2014.

OMS, 2014a (online). World no tobacco day – 31 May 2014. Disponível em: <www.who.int/comprints/no-tobacco-day/2014/event/en/>. Acesso em: 20 mai. 2014.

OMS, 2014b (online). Programmes. Quantifying environmental health impacts. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke. Disponível em: <http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/shsarticle2010/en/>. Acesso em: 21 mai. 2014.

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria. Tabagismo passivo no Brasil: Resultados de Pesquisa Especial do Tabagismo, 2008. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 3671-3678, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a04v16n9.pdf>>. Acesso em 22 mai. 2014.

PEREIRA Carlos Alberto de Castro; NEDER José Alberto. Diretrizes para testes de função pulmonar. **Jornal de Pneumologia**. Brasília, v. , n. 3, suplemento 6, p. 1-41, 2002. Disponível em: < http://projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/090.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

PINTO, Márcia; UGÁ, Maria Alicia Domínguez. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1234-1245, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/16.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2014.

QUIROZ-ARCENTALES et al. PM₁₀ exposure-related respiratory symptoms and disease in children living in and near five coal-mining areas in the Cesar department of Colombia. **Revista de Salud Pública**, Colômbia, v. 15, n. 1, p. 66-79, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n1/v15n1a07.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

RANDALL, S .Children and secondhand smoke: not just a community issue. **Paediatrics Nurse**, v. 18, n. 2, p. 29-31, Mar. 2006. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16544801>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

SILVEIRA, Rogério Leandro Lima da; DORNELLES, Mizael. Mercado mundial do tabaco, concentração de capital e globalização espacial. Notas introdutórias para uma geografia do tabaco. **Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**. Universidad de Barcelona. Barcelona, v. 14, n. 338, p. 27, out. 2010. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-338.htm>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

SCLOWITZ, et al. Maternal smoking in successive pregnancies and recurrence of low birthweight: the 2004 Pelotas birth cohort study, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 123-130, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/15.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

SURITA, et al. Fatores associados ao baixo peso ao nascimento entre adolescentes no Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de

Janeiro, v. 33, n. 10, p. 286-291, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/03.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

TREYSTER, Zoya; GITTERMAN, Benjamin. Secondhand smoke exposure in children: environmental factors, physiological effects, and interventions within pediatrics. **Rev Environ Health**. Boston, v. 26, n. 3, p. 187-195, 2011. Disponível em: < http://www.researchgate.net/publication/51970370_Second_hand_smoke_exposure_in_children_environmental_factors_physiological_effects_and_interventions_within_pediatrics >. Acesso em: 27 nov. 2014.

YACH, Derek. The origins, development, effects, and future of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: a personal perspective. **The Lancet**, Londres, v. 6736, n. 13 p. 62155-62163, jan. 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62155-8/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62155-8/fulltext?_eventId=login)>. Acesso em: 22 mai. 2014.

YANG, Seungmi; DECKER, Adriana; KRAMER, Michael S. Exposure to parental smoking and child growth and development: a cohort study. **BMC Pediatrics**. Londres, v. 13, n. 104, p. 1-10, 2013. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/104> >. Acesso em: 27 nov. 2013.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA,
EXTENSÃO E AÇÃO COMUNITÁRIA.
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Anápolis, 27 de abril de 2010.

OFÍCIO 051/ 2010 – CEP

Número de Protocolo: 0153 / 2009

Título do projeto: Efeitos do tabagismo passivo na função respiratória e capacidade funcional de crianças em idade escolar.

Pesquisador responsável: Fabiane Alves de Carvalho

Senhor (a) Pesquisador (a) Responsável,

O protocolo de pesquisa encaminhado por V.Sra. a este Comitê, avaliado no dia 27/4/2010, recebeu parecer **APROVADO**, significando que as atividades de pesquisa envolvendo seres humanos já podem ser iniciadas.

Relembramos que deverão ser encaminhados relatórios anuais (parcial e final) a este Comitê de Ética, para fins de acompanhamento, tomando como referência a data de aprovação do Projeto no CEP. Os relatórios, em formato eletrônico (doc ou pdf), deverão ser encaminhados ao e-mail cep@unievangelica.edu.br com identificação do número do protocolo.

Colocamo-nos à total disposição para solucionar as dúvidas que porventura surgirem.

Cordialmente,

Silvia Mara Maloso Tronconi

Silvia Mara Maloso Tronconi
Coordenadora do CEP- UniEVANGÉLICA

UniEVANGÉLICA
CENTRO UNIVERSITÁRIO
Associação Educativa Evangélica

Avenida Universitária, Km, 3,5 Cidade Universitária - Anápolis-GO - CEP 75070-290 - Fone: (62) 3310-6600 - FAX: (62) 3318-6388

"...grandes coisas fez o Senhor por nós; por isso estamos alegres." (Sl 126:3)

ANEXO B - NORMAS DE PUBLICAÇÃO

REVISTA ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM

Instruções aos Autores

POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Eletrônica de Enfermagem (REE) (ISSN 1518-1944) criada em 1999 é um periódico de acesso livre e gratuito, publicado trimestralmente pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (Brasil), apenas disponível na versão eletrônica no sítio da internet <http://www.fen.ufg.br/revista/>. Tem como missão disseminar o conhecimento científico, revisto por pares, desenvolvido por pesquisadores e trabalhadores da área das Ciências da Saúde, com ênfase na Enfermagem brasileira e estrangeira.

O objetivo do periódico é a publicação de trabalhos originais e inéditos, destinados **exclusivamente** à REE, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde, da Enfermagem e de áreas correlatas.

A REE publica artigos em português, inglês ou espanhol, destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, artigos de revisão sistemática, revisão integrativa e editorial.

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial da Revista.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Os manuscritos encaminhados para análise são submetidos a uma primeira etapa, pela Comissão Editorial, que leva em consideração a observância do atendimento das normas editoriais, coerência interna do texto, pertinência do conteúdo do texto à linha editorial do periódico e contribuição para a inovação do conhecimento na área. O resultado dessa análise indica continuação do material no processo de avaliação ou recusa. Manuscritos encaminhados fora das normas são recusados sem análise do seu conteúdo.

Uma vez aprovados na etapa preliminar, os manuscritos são encaminhados para apreciação do seu conteúdo. Para tanto, utiliza-se o modelo *peer review*, de forma a garantir o sigilo sobre a identidade dos consultores e dos autores. Os pareceres encaminhados pelos consultores são analisados pela Comissão Editorial que atenta para o cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Após todo esse processo, os manuscritos são enviados aos autores com indicação de aceitação, reformulação ou recusa. Em caso de reformulação, cabe à Comissão Editorial o acompanhamento das alterações.

As pesquisas que envolvem seres humanos, obrigatoriamente, devem explicitar no corpo do trabalho o atendimento às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Para pesquisas realizadas no Brasil indicar o número de aprovação emitido por Comitê de Ética, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além disso, o comprovante de aprovação do Comitê de Ética deve ser encaminhado como documento suplementar no processo de submissão do manuscrito.

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio para a composição editorial e fechamento do número.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas, disponível no endereço: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, que emitirá um protocolo numérico de identificação.

No momento da submissão o autor precisa anexar no sistema:

- Arquivo do manuscrito no formato .doc;
- [Declaração de autoria e transferência de direitos](#);
- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de outros países os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do Comitê de Ética ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos devem ser digitalizados em formato JPG ou PDF, com tamanho máximo de um megabyte (1 MB) para cada arquivo, e enviados pelo sistema de submissão como "Documentos suplementares".

No recebimento do manuscrito é feita a conferência do texto e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas correções implica no cancelamento imediato da submissão.

COMPOSIÇÃO DO TEXTO

Para a composição do texto a Revista Eletrônica de Enfermagem (REE) adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês.

A REE recebe textos nas seguintes modalidades:

Artigos Originais: são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa, que agregam inovações e avanços na produção do conhecimento científico. **Limitado a 3.500 palavras.**

Artigos de Revisão: Estudos que sintetizam de forma crítica e sistematizada a literatura sobre o conhecimento produzido acerca de um determinado tema. O método utilizado deve ser descrito de forma minuciosa, indicando o processo de busca em base de dados, os critérios utilizados para a seleção e a classificação dos estudos primários incluídos. O rigor na condução da investigação deve ser norteado por pergunta relevante para a área de enfermagem e/ou áreas afins e refletir na produção de conhecimento inovador. Destacam-se entre métodos recomendados: revisão sistemática com ou sem metanálise, e revisão integrativa com ou sem metassíntese. Na elaboração de revisões sistemáticas e metanálises recomenda-se o uso do checklist e fluxograma conforme os critérios PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (disponível em <http://www.prisma-statement.org/>). Revisões narrativas apenas serão aceitas se motivadas por temáticas inovadoras ou emergentes a critério do corpo editorial. Não serão aceitas revisões desatualizadas, nem pesquisas que incluem estudos de revisão que tratem dos resultados da própria revisão, uma vez que revisões não são estudos primários. **Limitado a 4.500 palavras.**

Editorial: destina-se à publicação da opinião oficial da revista sobre temas relevantes da área de Enfermagem e Saúde.

ESTRUTURA DO ARTIGO

Os manuscritos devem ser estruturados de forma convencional, contemplando os seguintes itens: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O conteúdo do texto deve expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

Para a contagem do número de palavras deve-se considerar o conteúdo textual a partir da introdução até o final da conclusão, retirando-se o resumo e as referências.

Introdução: texto breve que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado, fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa em razão de lacunas do conhecimento identificadas, e a sua justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.

Métodos: definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, mas deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto. Em pesquisas quantitativas devem ser, necessariamente, apresentados separadamente da discussão. Para pesquisas qualitativas o autor pode optar, tendo em vista os desenhos metodológicos utilizados.

Discussão: deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar diálogo com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo por meio de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Se pertinente, podem ser apresentadas limitações identificadas e lacunas decorrentes da realização da investigação. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

- Formato .doc;
- Papel tamanho A4;
- Margens de 2,5 cm;
- Letra tipo Verdana, tamanho 10;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS

Título: deve ser apresentado no idioma que foi escrito o texto na íntegra, em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo, com até 15 palavras. Usar maiúscula somente na primeira letra do título. Não utilizar abreviações.

Autoria:

- Os autores devem ser identificados após o título, por ordem de autoria (se houver mais de um), com credencial na sequência do nome. Devem constar as seguintes informações: nome completo, formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail – preferencialmente, institucional.
- A autoria dos manuscritos deve expressar a contribuição de cada uma das pessoas listadas como autor no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Resumo: deve ser apresentado na primeira página do trabalho, conter entre 100 e 150 palavras, apenas no idioma que foi escrito o texto na íntegra. Quando da aprovação do artigo para a publicação será solicitada a tradução para a versão do texto em inglês, quando este for apresentado em português ou espanhol, ou para o português quando o idioma do texto original for em espanhol ou inglês.

Descritores: ao final do resumo devem ser apontados de 3 (três) a 5 (cinco) descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>), usando o descritor exato.

Siglas e abreviações: para o uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

Notas de rodapé: devem ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Ilustrações: são permitidas, no máximo, quatro tabelas ou figuras que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez. Os títulos de tabelas e figuras devem conter informações precisas, indicando local do estudo e ano a que se referem os dados. As ilustrações e seus títulos devem estar centralizados e sem recuo.

Citações: para citações “ipsis literis” de referências devem-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em letra tamanho 10, em estilo itálico e na sequência do texto.

Referências:

- São permitidas até 25 referências em artigos originais e livre para artigos de revisão. Devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, ser atualizadas e procedentes, preferencialmente, de periódicos qualificados.
- Deve-se evitar o uso de dissertações, teses, livros, documentos oficiais e resumos em anais de eventos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.
- Quando são enviadas fora das normas, acarretam em atraso o processo de avaliação do manuscrito.
- No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores.
- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-a por um traço ex. ⁽¹⁻³⁾; quando intercalados utilize vírgula ex. ^(2,6,11).
- As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

Agradecimentos e Financiamentos: agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados ao final do artigo.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Orientações gerais:

Nos artigos publicados em periódicos, o nome do periódico deve aparecer preferencialmente abreviado. Os títulos abreviados devem ser obtidos na [PubMed Journals database](#) ou o título abreviado usado na [Scielo](#).

Em referências com mais de seis autores a expressão et al deve ser usada após o sexto autor.

Artigo publicado em periódico científico:

Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saude Publica*. 2008;24(9):2131-40.

Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(esp):20-8

Artigo publicado em periódico científico, volume com suplemento

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache*. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

Artigo publicado em periódico científico, número com suplemento

Glaser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

Artigo publicado em periódico científico, número sem volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

Artigo publicado em periódico científico, sem volume ou número

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002:1-6

Artigo publicado em periódico científico de língua inglesa:

Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens*. 2009;27(5):963-75.

Artigo publicado em periódico científico de língua espanhola:

Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Aparición de complicaciones relacionadas con el uso del catéter venoso central de inserción periférica (PICC) en los recién nacidos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2011 [acesso em: 30 mar 2013];10(24). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400001>.

Artigo publicado em periódico científico de outras línguas:

Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. [A case of severe mental retardation with blepharophimosis, ptosis, microphthalmia, microcephalus, hypogonadism and short stature-the difference from Ohdo blepharophimosis syndrome]. *No To Hattatsu*. 2004;36(3):253-7. Japanese.

Artigo publicado em periódico científico, sem dados do autor

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7357):184.

Artigo publicado em periódico científico eletrônico:

Reis LN, Carmo BP, Miasso AI, Gherardi-Donato ECS. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 [acesso em: 10 fev 2014];15(4):862-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.18905>.

Artigo aceito para publicação em periódico científico eletrônico:

Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. Ciênc. saúde coletiva. In press 2009.

Livro, com único autor:

Demo P. Autoajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

Livro, com organizador, editor, compilador como autor:

Brigh MA, editor. Holistic nursing and healing. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

Capítulo de livro:

Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios. Brasília: Letras Livres UnB; 2007. p. 99-118.

Livro, com autoria de instituição:

Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

Livro com tradutor:

Stein E. Anorectal and colon diseases: textbook and color atlas of proctology. 1st Engl. ed. Burgdorf WH, translator. Berlin: Springer; c2003. 522 p.

Livro disponível em formato eletrônico:

Ministério da Saúde. Por que pesquisa em saúde? Textos para tomada de decisão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf.

Monografia

Pazzini LT. Caracterização genotípica de microrganismos isolados de infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres em recém-nascidos [monografia]. São Paulo: Unesp; 2010.

Dissertação:

Coelho MA. Planejamento e execução de atividades de enfermagem em hospital de rede pública de assistência, em Goiânia/GO [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2007. 119 p.

Tese:

Souza ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 65 p.

Trabalhos em anais de evento científico:

Munari DB, Medeiros M, Bezerra ALQ, Rosso, CFW. The group facilitating interpersonal competence development: a brazilian experience of mental health teaching. In: Proceedings of the 16th International Congress of Group Psychotherapy [CD-ROM], 2006, São Paulo, Brasil. p. 135-6.

Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Canabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain, 2002, San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; c2003. p. 437-68.

Trabalhos em anais de evento científico:

Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2002, São Paulo, Brasil [Internet]. 2002 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em:<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a060.pdf>.

Trabalho apresentado em evento científico:

Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery, 2000, Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

Base de dados online:

Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. 2006 Jul 19 [acesso em: 10 fev 2014]. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Ltd. c1999 – . Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub3>. Record No.: CD004950.

Legislação:

Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012.

Legislação, disponível na internet:

Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em:http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Matéria de jornal:

Souza H, Pereira JLP. O orçamento da criança. Folha de São Paulo. 1995 maio 02; Opinião: 1º Caderno.

Artigo de jornal , disponível na internet:

Deus J. Pacto visa o fortalecimento do SUS em todo estado de Mato Grosso. Diário de Cuiabá [Internet]. 25 abr 2006 [acesso em: 10 fev 2014]. Saúde. Disponível em: <http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=251738>.

Texto / Homepage da Internet:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [acesso em: 10 fev 2014]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2005. Disponível

em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [acesso em: 10 fev 2014]. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O DIRETOR DA UNIDADE ESCOLAR

A Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), através do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, está realizando um estudo sobre a influência do tabagismo passivo na função pulmonar de crianças tabagistas passivas. A pesquisadora irá se dirigir à escola e entregar ao responsável pelo aluno o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) explicando todos os procedimentos envolvidos neste estudo, sendo este encaminhado aos pais via agenda escolar, juntamente com um questionário. De posse do termo de consentimento assinado, o aluno será encaminhado para avaliação fisioterapêutica.

Neste sentido, pedimos sua colaboração em permitir que os alunos da escola dirigida por vossa senhoria participem da referida pesquisa. Além disto, solicitamos um local reservado (sala) na própria escola e a utilização de um espaço no pátio, para a coleta de dados necessários a esta pesquisa.

Ressaltamos que tanto o nome da escola como do aluno não serão incluídos no resultado final, garantindo o anonimato. Além disso, sua participação é completamente voluntária, e caso não queira participar ou queira retirar sua participação em qualquer tempo, isto é possível e não lhe trará qualquer consequência.

Salientamos, também, que a pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Educação de Anápolis (GO), pela atual Secretária de Educação Profa. Virgínia Maria Pereira de Melo.

Pesquisador responsável: Alice Stenzel de Pina Ferreira, telefone (62) 81338736.

Ciente do exposto acima e estando suficientemente esclarecido(a), concordo que esta unidade escolar, na qual sou diretor(a), participe deste estudo.

Anápolis, ___ / ___ / 2011.

Assinatura do Diretor (a) da unidade escolar

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa com título: **Efeitos do hábito tabágico familiar sobre os fatores biológicos e ambientais de crianças tabagistas passivas**. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a Ética aplicada à pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) pelo telefone (62) 3946-1512 ou 3946-1070 ou pelo email: cep@pucgoias.edu.br ou no endereço: Avenida Universitária nº 1.069, Setor Universitário, Goiânia - GO, no horário de funcionamento de 2^a a 6^a, das 7h00 às 17h00.

Meu nome é Fabiana Pavan Viana (telefone para contato - (62) 30935540 ou 96629651), sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é Fisioterapia/Enfermagem. Além de mim, participará diretamente da aplicação deste termo e da coleta de dados a pesquisadora participante: Alice Stenzel de Pina Ferreira (telefone para contato – (62) 81338736 ou 35881577).

1. Descrição da pesquisa, objetivos, detalhamento dos procedimentos, forma de acompanhamento.

O objetivo desta pesquisa é verificar os efeitos do hábito de fumar da família sobre as condições ambientais das crianças quem tem parentes fumantes ou não; investigar história familiar das crianças tabagistas passivas e não tabagistas (exemplo: peso da criança ao nascimento, tabagismo materno na gestação e entre outros); descrever as doenças respiratórias e motivos de internação das crianças tabagistas passivas e não tabagistas; averiguar os hábitos tabágicos dos familiares das crianças tabagistas passivas e não tabagistas; analisar a relação dos hábitos tabágicos familiares com as características ambientais das crianças expostas ao tabagismo passivo, além do encaminhamento multidisciplinar (médico, dentista, psicólogos etc.) e orientação familiar. Seu filho(a) será avaliado(a) através de uma

ficha de avaliação própria, e o senhor(a), também, responderá a algumas perguntas presentes em um questionário.

Ressaltamos que, mesmo o(a) senhor(a) autorizando a realização do estudo, os exames e a aplicação do questionário, só serão realizados se o seu filho(a) concordar.

Os riscos da pesquisa envolvem constrangimento do senhor(a) em responder ao questionário, para que isso não ocorra o questionário será respondido de forma individual, em sua própria residência.

Os benefícios desta pesquisa envolvem o diagnóstico de alguma alteração nos pulmões e o encaminhamento para um profissional especialista.

É assegurado ao senhor(a) e ao seu filho(a) o direito de abandonar a participação nessa pesquisa a qualquer momento, bastando para isso, o senhor(a) ou seu filho(a) comunicar o seu desejo ao pesquisador.

Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e posteriormente (após 5 anos) descartados. Seu nome e o do seu filho(a) serão mantidos em sigilo absoluto.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito e autorizo a participação de meu filho(a), como sujeito. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Alice Stenzel de Pina Ferreira sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação e de meu filho(a). Foi-me dada à oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (fone 39461512 ou 3227-1071), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido e ao meu filho(a) que não somos obrigados a participar da pesquisa e que podemos desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma cópia deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 20____.

Assinatura dos pais/responsável

Presenciamos da solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____.

Nome: _____ Assinatura: _____.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

Data da avaliação: ____/____/____.

Nome: _____ Sexo: F M

Data de Nascimento ____/____/____ Idade: _____.

A) A criança teve alguma doença respiratória (asma, pneumonia, bronquite, rinite, otite, entre outras) nos últimos 15 dias, necessitando de atendimento médico?

Sim Não

B) O morador tabagista, fuma a mais de 6 meses? Sim Não

Ou já parou de fumar a mais de seis meses? Sim

Possui pessoas na família com doenças respiratória
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Peso da criança ao nascimento
Menos de 2500 kgs <input type="checkbox"/> Entre 2500kgs a 3000kgs <input type="checkbox"/> Mais de 3000 kgs <input type="checkbox"/>
A mãe fumou durante a gravidez?
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
A casa onde a criança reside possui mofo?
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quantas pessoas moram em sua casa?
2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> mais de 8 <input type="checkbox"/>
Quantos cômodos tem a sua casa?
2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> mais de 8 <input type="checkbox"/>
Quantas janela tem sua casa?
2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> mais de 8 <input type="checkbox"/>
Sua casa tem boa circulação de ar?
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Tem animal de estimação?
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quantos? _____.
Qual(is)? _____.

Escolaridade dos Pais			
Ensino Fundamental <input type="checkbox"/>	Ensino Médio <input type="checkbox"/>	Ensino Superior <input type="checkbox"/>	
A criança tem ou teve no último ano alguma doença respiratória, necessitando de atendimento médico?			
Amigdalite <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>	Rinite <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>
Bronquite <input type="checkbox"/>		Pneumonia <input type="checkbox"/>	
Outras doenças <input type="checkbox"/>			
Quais? _____ _____.			
A criança tem ou teve no último ano alguma internação hospitalar por motivos respiratórios?			
Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
A criança apresenta chiado no peito?			
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Somente à noite	<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Algumas vezes na semana
<input type="checkbox"/> Algumas vezes no mês		<input type="checkbox"/> Raramente	
A criança apresenta tosse?			
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Somente à noite	<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Algumas vezes na semana
<input type="checkbox"/> Algumas vezes no mês		<input type="checkbox"/> Raramente	
<input type="checkbox"/> Com expectoração		<input type="checkbox"/> Sem expectoração	
Numero de fumantes em casa?			
1 <input type="checkbox"/>	2 a 3 <input type="checkbox"/>	Mais 3 <input type="checkbox"/>	
Tempo de convívio durante o dia das crianças com pessoas fumantes? CRIAR 2 CATERORIAS:			
Menos de 6 horas/dia <input type="checkbox"/>		6 a 12 horas/dia <input type="checkbox"/>	12 a 24 horas/dia <input type="checkbox"/>
Tipo de fumo?			
Cigarro convencional <input type="checkbox"/>	cigarro de palha <input type="checkbox"/>	charutos <input type="checkbox"/>	outros <input type="checkbox"/>
Quais são as pessoas que fumam em casa?			
Pai <input type="checkbox"/>	Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pai e Mãe	<input type="checkbox"/> Outros em casa
Há quanto tempo as pessoas fumam?			
Pai <input type="checkbox"/>	Menos de 5 anos <input type="checkbox"/>	5 a 10 anos <input type="checkbox"/>	Mais de 10 anos <input type="checkbox"/>
Mãe <input type="checkbox"/>	Menos de 5 anos <input type="checkbox"/>	5 a 10 anos <input type="checkbox"/>	Mais de 10 anos <input type="checkbox"/>
Outros em casa <input type="checkbox"/>	Menos de 5 anos <input type="checkbox"/>	5 a 10 anos <input type="checkbox"/>	mais de 10 anos <input type="checkbox"/>

Quantos cigarros por dia as pessoas fumam dentro de casa?

Pai Menos de 10 Entre 10 e 20 Mais de 20 Mais de 30

Mãe Menos de 10 Entre 10 e 20 Mais de 20 Mais de 30

Outros em casa Menos de 10 Entre 10 e 20 Mais de 20 Mais de 30