



## EDITORIAL

### Tobacco smoke: it is time for pediatricians to feel directly concerned<sup>☆,☆☆</sup>



### Fumaça de cigarro: é hora dos pediatras perceberem que têm tudo a ver com isso

Luis Garcia-Marcos<sup>a,b,\*</sup> e Manuel Sanchez-Solis<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Universidad de Murcia, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Unidad Respiratoria, Murcia, Espanha

<sup>b</sup> IMIB Bio-Health Research Institute, Murcia, Espanha

Foi declarado que as consequências epidêmicas das doenças associadas ao tabagismo estão entre as maiores catástrofes de saúde pública no último século.<sup>1</sup> Muitos cânceres, porém também muitas outras doenças crônicas, têm o tabaco como sua causa direta específica ou seu principal fator de risco. Os fumantes ativos não são os únicos prejudicados por essas doenças, mas os passivos também.

Nas crianças, os efeitos deletérios da fumaça de cigarro começam no momento da concepção, conforme demonstrado na leucemia linfoblástica aguda<sup>2</sup> ou em malformações anorretais;<sup>3</sup> porém, sem dúvida, começam no útero. Por exemplo, as fissuras orofaciais não sindrômicas<sup>4</sup> e provavelmente algumas outras malformações<sup>5</sup> estão relacionadas ao tabagismo materno na gravidez, bem como o conhecido baixo peso ao nascer. Os resultados de alguns estudos alertaram sobre a menor função pulmonar em neonatos cujas mães fumaram durante a gestação;<sup>6</sup> uma situação que pode estar relacionada ao aumento do risco de desenvolvimento de asma na vida adulta.<sup>7,8</sup>

A lista de doenças na qual o tabaco é um risco de morbidez e mesmo mortalidade, em crianças e adolescentes fumantes passivos, é longa e provavelmente aumentará.<sup>1,9</sup> Muito importante, crianças e – em certa medida – adolescentes não tiveram a oportunidade de optar por fumar ou não, em contradição com o argumento da indústria do tabaco, que diz que fumar é uma opção livre.<sup>9</sup> Assim, a exposição à fumaça de cigarro é uma questão pediátrica preocupante e crescente e reconhecê-la como um problema é muito importante, pois é o primeiro passo para erradicar essa epidemia global de saúde pública.<sup>10</sup>

O programa Mpower é um pacote de políticas para reverter a epidemia na Iniciativa Sem Tabaco da Organização Mundial da Saúde (OMS),<sup>11</sup> com base nas medidas da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS, que se mostrou útil na redução da prevalência do tabagismo. O programa visa a servir como referência para interessados em nível nacional para ajudá-los a traduzir as políticas de controle do tabaco em prática. O programa Mpower estabelece o Monitoramento, a Proteção das pessoas, Oferecer ajuda, Avisar (*warn*) sobre o perigo, Impor (*enforce*) proibições e Aumentar (*raise*) os impostos. O artigo de Urrutia-Pereira et al.<sup>12</sup> nesta edição do *Jornal de Pediatria* baseia-se nessa estratégia da prevalência do monitoramento e dos fatores de risco relacionados ao tabagismo em adolescentes que vivem em Uruguiana, RS, Brasil.

Assim como em muitos outros lares, a prevalência do tabagismo entre adolescentes é alta em Uruguiana. Mais de 29% desses adolescentes incluídos no estudo relataram ter tentado fumar e, o mais preocupante, 12% atualmente

DOI se refere ao artigo:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.01.001>

☆ Como citar este artigo: Garcia-Marcos L, Sanchez-Solis M. Tobacco smoke: it is time for pediatricians to feel directly concerned. J Pediatr (Rio J). 2017;93:211–3.

☆☆ Ver artigo de Urrutia-Pereira et al. nas páginas 230–7.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [lgmarcos@um.es](mailto:lgmarcos@um.es) (L. Garcia-Marcos).

fumam e, conseqüentemente, estão em risco de se tornar adultos fumantes. De fato, apenas um em três acredita que pode parar de fumar, desde que queira; e até 32% tentaram parar de fumar no ano anterior. Uma razão possível para a alta prevalência de fumantes é a resposta para a pergunta "É fácil conseguir cigarros quando você quer fumar?": 80% dos que tentaram fumar e 65% desses que não tentaram acharam fácil conseguir cigarros. "Os cigarros podem ser facilmente obtidos" é uma das variáveis associadas ao tabagismo em adolescentes (RC: 3,82). Assim, as autoridades têm uma oportunidade clara e uma grande responsabilidade de impor limitações e aumentar os impostos de acordo com o programa Mpower, para tornar mais difícil o acesso ao cigarro. Adicionalmente, a legislação que busca comunidades sem fumo obtém benefícios na saúde das crianças, como reduções substanciais nos nascimentos prematuros e atendimento hospitalar por ataques de asma.<sup>13</sup>

Outro ponto interessante do estudo de Urrutia-Pereira et al.<sup>12</sup> é a clara diferença da exposição como fumantes passivos entre aqueles que tentaram e não tentaram fumar: os autores encontraram diferenças significativas entre os dois grupos na exposição passiva ao tabaco "dentro dos ambientes", "na própria casa" ou "nos carros". É especialmente interessante o fato de que não fumar em casa nos últimos sete dias reduziu o risco de ser fumante em 50%; o que, juntamente com o fato de a orientação dos pais também ser um fator de proteção (RC: 0,67), mostra o papel muito relevante da família nessa comunidade específica. Adicionalmente, é importante salientar que as intervenções para reduzir a exposição à fumaça de cigarro em casa têm um baixo nível de eficácia, pois, apesar de reduzir a poluição da fumaça de cigarro, a contaminação no ar continua.<sup>14</sup> Assim, é muito importante ter um ambiente doméstico sem fumaça de cigarro antes de qualquer tentativa de o adolescente de fumar, considerando as dificuldades de limpeza depois. Por outro lado, as intervenções familiares para impedir que as crianças e os adolescentes comecem a fumar têm uma eficácia moderada (índice de risco: 0,76; IC: 95%, 0,68-0,85).<sup>15</sup>

O papel dos pares, como em muitos estudos relacionados à adolescência, é fundamental no início do tabagismo. Os maiores fatores de risco independentes neste estudo são "tabagismo entre amigos próximos" e "cigarro oferecido pelo amigo próximo" com razões de chance superiores a 4. Foi comprovado que os efeitos do tabagismo por amigos são ainda mais fortes do que aqueles do tabagismo pelos pais; e que o efeito das redes sociais é mais forte sobre as mulheres do que sobre os homens e sobre não fumantes do que fumantes.<sup>16</sup> Os resultados de uma análise sistemática<sup>16</sup> apoiam a hipótese de que a seleção de pares e a influência dos pares são fundamentalmente importantes no comportamento de fumar e ambos atuam no início e na manutenção do hábito de fumar. Porém, a influência das redes sociais não é uma via única: há comprovação de que os adolescentes isolados são mais propensos a fumar do que os que são membros de grupos ou líderes.<sup>17</sup> Os programas escolares devem considerar esses dois tipos de influência de redes e fornecer não apenas informações, mas também competências para interagir com pares. Uma análise sistemática recente e uma metanálise para avaliar a eficácia da prevenção do tabagismo nas escolas mostra<sup>18</sup> um efeito significativo de longo prazo dos programas com média de redução de 12% no início do tabagismo. Contudo, essa eficácia não aparece no

primeiro ano, exceto no caso de programas de competência social/influência social combinados, que também mostraram uma maior eficácia do que os programas de prevenção do tabagismo por si só.

É definitivamente o momento de considerar a epidemia de tabagismo como uma preocupação direta na pediatria: 90% dos adultos fumantes começam a fumar antes dos 18 anos;<sup>1</sup> assim, devemos envidar todos os esforços possíveis para evitar isso e não apenas confiar nas políticas governamentais. Os pediatras são os primeiros prestadores de serviços médicos em que os pais confiam: nós, pediatras, temos uma grande oportunidade e enorme responsabilidade de analisar a exposição à fumaça de cigarro de nossos pacientes e iniciar aconselhamento para preveni-la. O breve aconselhamento com base nos "cinco As" (pergunte, oriente, avalie, auxilie e providencie acompanhamento [*ask, advise, assess, assist, and arrange follow-up*]) é o principal componente do aconselhamento para parar de fumar e tem mostrado um aumento no número de tentativas de parar e os sucessos dessas.<sup>19</sup> Contudo, as pesquisas com os membros da Academia Americana de Pediatria (AAP)<sup>20</sup> mostram que, apesar de a maioria dos pediatras (> 80%) orientar seus pacientes adolescentes que fumam a parar, apenas um terço discutiu estratégias de parar. Provavelmente, a situação não é muito diferente em outros países. Precisamos apresentar programas de treinamento aos pediatras para orientação de prevenção à fumaça do cigarro e aos fumantes, auxílio para parar de fumar. Definitivamente é hora de nos preocupar.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

## Referências

1. The health consequences of smoking. 50 years of progress. A report of the surgeon general. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014 [cited 2 Dec 2016]. Available from: <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>.
2. Milne E, Greenop KR, Scott RJ, Bailey HD, Attia J, Dalla-Pozza L, et al. Parental prenatal smoking and risk of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Am J Epidemiol*. 2012;175:43-53.
3. Zwink N, Jenetzky E, Brenner H. Parental risk factors and anorectal malformations: systematic review and meta-analysis. *Orphanet J Rare Dis*. 2011;6:25.
4. Sabbagh HJ, Hassan MH, Innes NP, Elkodary HM, Little J, Mossey PA. Passive smoking in the etiology of non-syndromic orofacial clefts: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10:e0116963.
5. Hackshaw A, Rodeck C, Boniface S. Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173 687 malformed cases and 11.7 million controls. *Hum Reprod Update*. 2011;17:589-604.
6. Sanchez-Solis M, Garcia-Marcos L. Lung function in wheezing infants. *Front Biosci (Elite Ed)*. 2014;6:185-97.
7. Neuman Á, Hohmann C, Orsini N, Pershagen G, Eller E, Kjaer HF, et al. Maternal smoking in pregnancy and asthma in preschool children: a pooled analysis of eight birth cohorts. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;186:1037-43.

8. Silvestri M, Franchi S, Pistorio A, Petecchia L, Rusconi F. Smoke exposure, wheezing, and asthma development: a systematic review and meta-analysis in unselected birth cohorts. *Pediatr Pulmonol.* 2015;50:353–62.
9. Pattemore PK. Tobacco or healthy children: the two cannot co-exist. *Front Pediatr.* 2013;1:20.
10. Lando HA, Hipple BJ, Muramoto M, Klein JD, Prokhorov AV, Ossip DJ, et al. Tobacco is a global paediatric concern. *Bull World Health Organ.* 2010;88:2.
11. MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 3 Dec 2016]. Available from: [http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf)
12. Urrutia-Pereira M, Olliano VJ, Aranda CS, Mallol J, Solé D. Prevalence and factors associated with smoking among adolescents. *J Pediatr (Rio J).* 2017;93:230–7.
13. Been JV, Nurmatov UB, Cox B, Nawrot TS, van Schayck CP, Sheikh A. Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2014;383:1549–60.
14. Rosen LJ, Myers V, Winickoff JP, Kott J. Effectiveness of interventions to reduce tobacco smoke pollution in homes: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12:16043–59.
15. Thomas RE, Baker PR, Thomas BC. Family-based interventions in preventing children and adolescents from using tobacco: a systematic review and meta-analysis. *Acad Pediatr.* 2016;16:419–29.
16. Hu FB, Flay BR, Hedeker D, Siddiqui O, Day LE. The influences of friends' and parental smoking on adolescent smoking behavior: the effects of time and prior smoking. *J Appl Soc Psychol.* 1995;25:2018–47.
17. Seo DC, Huang Y. Systematic review of social network analysis in adolescent cigarette smoking behavior. *J Sch Health.* 2012;82:21–7.
18. Thomas RE, McLellan J, Perera R. Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2015;5:e006976.
19. Caponnetto P, Polosa R, Best D. Tobacco use cessation counseling of parents. *Curr Opin Pediatr.* 2008;20:729–33.
20. Pbert L, Farber H, Horn K, Lando HA, Muramoto M, O'Loughlin J, et al. State-of-the-art office-based interventions to eliminate youth tobacco use: the past decade. *Pediatrics.* 2015;135:734–47.