

ARTIGO ORIGINAL/ORIGINAL ARTICLE

Tabagismo passivo e gravidade da asma brônquica na criança

Passive smoking and severity of childhood asthma

ELSA PARGANA*, ÂNGELA GASPAR*, CRISTINA SANTA MARTA**, GRAÇA PIRES**, SARA PRATES**, MÁRIO MORAIS DE ALMEIDA**, JOSÉ ROSADO PINTO***

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

* Interna do Internato Complementar de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia

** Assistente Hospitalar de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia

*** Director do Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia

Recebido para publicação: 00.10.27

Aceite para publicação: 00.12.11

RESUMO

A importância da exposição tabágica ambiental na patogénese da asma brônquica infantil tem sido documentada, podendo relacionar-se com a sua gravidade e limitação da função pulmonar.

Objectivo: Avaliar a importância da exposição tabágica como factor de gravidade, relacionado com o internamento hospitalar, na asma brônquica infantil.

Métodos: Foram caracterizados os hábitos tabágicos de 128 famílias de crianças, com uma idade média de 4.3 anos, internadas por exacerbação de asma, durante um período de dois anos, correlacionando os dados obtidos com os de uma amostra de crianças observadas na consulta, emparelhada por

idade, sexo e meio sócio-económico-cultural.

Resultados: Os hábitos tabágicos eram significativamente mais elevados nas famílias das crianças internadas, estando presentes em 80% destas comparativamente a 46% das famílias das crianças observadas na consulta ($p < 0.0001$). As crianças sujeitas a exposição tabágica apresentavam um risco relativo de 4.6 (IC95%=2.6-8.0) para internamento hospitalar. O pai foi identificado como o principal responsável pelo tabagismo passivo em ambas as populações ($p < 0.0001$; OR=3.0, IC95%=1.8-4.9). Na amostra de crianças internadas o número de mulheres fumadoras era significativamente superior (35%) ao observado na população da consulta (23%): $p=0.04$; OR=1.8, IC95%=1.0-3.1.

Conclusão: A existência de tabagismo passivo

parental, em particular materno, é um factor de risco significativo para a gravidade da asma brônquica infantil. A prevenção primária, com evicção da exposição tabágica na criança, deverá ser o objectivo a atingir.

REV PORT PNEUMOL 2001; VII (1):

Palavras - chave: Tabagismo passivo; Asma brônquica; Internamento; Criança; Factor de risco.

ABSTRACT

There is an increasing evidence that passive smoking is involved in the etiology of childhood asthma and may be related to its severity and to pulmonary function limitation.

Purpose: To evaluate if environmental tobacco smoke exposure could be a risk factor for childhood asthma admission.

Methods: We characterise the smoking habits of 128 families of children (mean age 4.3 years), admitted to hospital for asthma, during a period of two years, correlating the obtained data with a sample of families of asthmatic outpatients, matched by age, gender and socio-economical conditions.

Results: We found in the in-patient families a smoking prevalence of 80% vs 46% in the out-patient families ($p < 0.0001$). The asthmatic children with passive tobacco smoke had a relative risk of 4.6 (95%CI=2.6-8.0) to hospital admission. In most of the cases, the father was responsible for tobacco consumption (65% in in-patients vs 38% in out-patients - $p < 0.0001$; OR=3.0, 95%CI=1.8-4.9). In mothers, the higher prevalence of smoking habits was identified among the hospitalised children (35% vs 23% - $p = 0.04$; OR=1.8, 95%CI=1.0-3.1).

Conclusion: Passive parental smoking, namely from the mother, is an significant risk factor for childhood asthma severity. The prevention of exposition must be the goal to achieve.

REV PORT PNEUMOL 2001; VII (1):

Key-words: Passive smoking; Bronchial asthma; Children; Admission; Risk factor.

INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas tem-se verificado um aumento na prevalência e gravidade da asma brônquica, particularmente em idade pediátrica, traduzindo-se por uma elevada taxa de absentismo escolar e por um número elevado de recursos ao Serviço de Urgências e internamentos hospitalares¹⁻⁵.

Estudos recentes, reportando não só um aumento do número de hospitalizações como, principalmente, um aumento dos reinternamentos hospitalares, sugerem que o aumento da gravidade da doença poderá ser mais importante que o aumento da sua incidência^{2,5-7}.

Os factores ambientais inerentes ao estilo de vida "Ocidental", tal como a exposição tabágica, têm sido responsabilizados por estas alterações. Vários autores têm relacionado o tabagismo passivo, particularmente materno⁸⁻¹⁴ com o aparecimento e a morbidade da asma brônquica infantil.

Escasseiam no entanto estudos efectuados em crianças internadas que avaliem a exposição tabágica como factor de risco para hospitalização por asma.

Pretendeu-se com este estudo avaliar a relevância do tabagismo passivo como factor de gravidade da asma brônquica infantil, pela caracterização dos hábitos tabágicos de famílias de crianças internadas por exacerbação de asma, correlacionando os resultados obtidos com os de uma amostra de famílias de crianças asmáticas seguidas em ambulatório.

MATERIAL E MÉTODOS

I. População

1. População em estudo:

Foram incluídas 128 crianças asmáticas, com idades compreendidas entre os 6 meses e os 14 anos, hospitalizadas através do Serviço de Urgências por asma brônquica agudizada, com má resposta à terapêutica instituída, segundo os critérios da *Global Initiative for Asthma*⁴, durante um período de dois

anos (1995/96). As crianças tinham uma média de idade (\pm DP) de 4.3 (\pm 3.5) anos e uma relação sexo masculino/feminino de 1.2/1, apresentando na sua maioria meio socio-económico-cultural correspondente às classes III e IV de Graffar¹⁵.

Os dados apresentados neste trabalho estão incluídos num estudo mais alargado analisando factores de risco para internamento hospitalar por exacerbação de asma brônquica na criança¹⁶.

2. Grupo controlo:

Foi seleccionada aleatoriamente uma amostra de 128 crianças observadas em primeira consulta de Imunoalergologia, no mesmo período de tempo, com o diagnóstico clínico de asma brônquica, emparelhadas por idade, sexo e meio socio-económico-cultural com a população hospitalizada ($p > 0.25$), referenciadas na sua totalidade pelos Serviços Médicos Sociais.

II. Critério de diagnóstico

Considerou-se como critério para diagnóstico de *asma brônquica* a existênci de, pelo menos, três episódios de dificuldade respiratória no último ano, com resposta à terapêutica broncodilatadora e intervalos livres de sintomas entre as agudizações (independentemente da existênci de queixas relacionadas com esforço físico). Para cada caso clínico, outras causas relevantes de dificuldade respiratória foram excluídas após investigação diagnóstica apropriada.

III. Questionário

A todas as crianças estudadas foi aplicado um questionário normalizado, adaptado a partir dos questionários da Organização Mundial de Saúde, da *American Thoracic Society* e da Comunidade Europeia para detecção de patologia respiratória/alérgica

em crianças. Este questionário foi efectuado por um médico treinado na sua aplicação, avaliando entre outros parâmetros:

- história da doença actual;
- meio socio-económico-cultural (classificação de Graffar)¹⁵;
- hábitos familiares de tabagismo no interior da residênci.

IV. Análise estatística

Foi utilizado o *teste exacto de Fisher* para avaliar as diferenças entre os hábitos tabágicos das famílias das duas populações estudadas, crianças internadas e observadas em consulta; considerou-se significativo um $p < 0.05$. A importância relativa do tabagismo passivo como factor de risco para internamento foi efectuada pela determinação do *Odds Ratio*, com um intervalo de confiança a 95%. Efectuou-se um modelo de *regressão logística* onde foram incluídas as características consideradas significativas no modelo de análise univariada, para identificação dos factores de risco independentes para internamento hospitalar. A análise estatística foi efectuada utilizando o SPSS versão 6.0.

Foi utilizado o *teste exacto de Fisher* para avaliar as diferenças entre os hábitos tabágicos dos pais das crianças estudadas e da população geral do mesmo grupo etário (Inquérito Nacional de Saúde 1995/96, DEPS)¹⁷; considerou-se significativo um $p < 0.05$.

RESULTADOS

Os resultados encontrados relativamente à prevalênci de tabagismo passivo nas populações estudadas est_o apresentados no Quadro I.

O tabagismo passivo foi identificado como factor de gravidade da asma brônquica infantil, ocorrendo em 80% das famílias das crianças internadas, comparativamente a menos de metade (46%) das famílias das crianças observadas na consulta ($p < 0.0001$;

OR=4.6, IC95%=2.6-8.0).

O pai foi o principal responsável pela exposição tabágica em ambas as populações ($p < 0.0001$; OR=3.0, IC95%=1.8-4.9). Salienta-se no entanto o número elevado (35%) de mães fumadoras no grupo das crianças hospitalizadas ($p=0.04$; OR=1.8, IC95%=1.0-3.1).

A carga tabágica (UMA) era semelhante em ambas as populações ($p=0.64$), com uma média geométrica de 13.1 UMA na população de crianças hospitalizadas e 14.2 UMA na população da consulta.

Correlacionando estes resultados com os dados disponíveis sobre a prevalência do tabagismo em Portugal (Inquérito Nacional de Saúde 1995/96, DEPS) constatámos que as mães das crianças asmáticas estudadas em ambas as populações (crianças internadas e observadas na consulta), tinham hábitos tabágicos significativamente superiores aos da população geral do mesmo grupo etário (35% e 23% vs 14%). Relativamente aos hábitos tabágicos do pai, apenas no grupo das crianças internadas foram superiores aos da população geral (65% vs 45%), conforme documentado na figura.

A aplicação do modelo de regressão logística permitiu demonstrar a influência independente da exposição tabágica como factor de risco para o internamento na criança asmática (Quadro II).

DISCUSSÃO

Neste estudo, comparando uma população de crianças internadas por exacerbação de asma brônquica com uma amostra de crianças asmáticas observadas em consulta de especialidade, a existência de exposição tabágica ambiental foi identificada como factor de risco para internamento hospitalar.

As consequências para a saúde da exposição passiva ao fumo do tabaco em crianças que coabitam com fumadores têm sido objecto de investigação, tendo-se demonstrado em diversos trabalhos que o

tabagismo passivo aumenta o risco de desenvolvimento de doença das vias aéreas^{9,12,18-22}, incluindo asma brônquica^{11,14,23-28}.

Em estudo epidemiológico realizado pelo nosso grupo na Ilha da Madeira (Portugal, Europa) e em Macau (China, Ásia)²⁹, englobando respectivamente 1061 e 1385 crianças, a exposição tabágica particularmente materna relacionou-se com o diagnóstico de asma brônquica, independentemente da sensibilização alérgica.

A exposição tabágica afecta adversamente a criança asmática de várias formas, incluindo diminuição da função pulmonar^{10,25,30-32}, aumento da hiperreactividade brônquica^{10,23,30,33}, aumento do número de agudizações^{10,11,31,32,34} e de recursos ao Serviço de Urgência^{11,35}. Chilmonczyk et al³¹, num trabalho retrospectivo envolvendo 199 crianças com asma confirmaram, pela determinação dos níveis de cotinina urinária, a existência de relação entre exposição a fumo de tabaco e morbidade da doença. Murray et al³², num estudo efectuado em 415 crianças asmáticas expostas a fumo de tabaco, demonstraram uma correlação entre o número de anos e a precocidade da exposição tabágica com a gravidade da asma brônquica infantil.

Os mecanismos pelos quais o tabagismo passivo está associado com um aumento da prevalência e da morbidade da asma na criança não estão bem esclarecidos. Um possível mecanismo será o efeito directo sobre a mucosa das vias aéreas, desencadeando alterações inflamatórias³⁶. Por outro lado, poderá aumentar o risco de sensibilização alérgica^{11,23,25,37,38}, pela acção sobre a mucosa, facilitando a penetração dos alérgenos e sobre estes, tornando-os mais alérgénicos³⁹. Outra hipótese será a lesão do epitélio facilitar o aparecimento de infecções respiratórias, factor desencadeante comum de exacerbações em doentes asmáticos. O fumo do tabaco poderá ainda ter efeito nocivo no desenvolvimento pulmonar, provavelmente iniciado *in utero*⁴⁰.

Embora vários trabalhos tenham relacionado o tabagismo passivo com morbidade da asma, escasseiam no entanto estudos, efectuados em crianças

internadas, relacionando a exposição tabágica com o risco de hospitalização. Azizi et al⁴¹, num trabalho efectuado em Kuala Lumpur (Malásia), englobando 158 crianças hospitalizadas, encontraram um risco relativo de 1.9 para o tabagismo passivo. Macarthur et al⁴², identificaram igualmente o tabagismo passivo como risco para reinternamento hospitalar, em crianças asmáticas com história de internamentos prévios.

Também no nosso estudo, o tabagismo passivo foi identificado como importante factor de gravidade da asma brônquica infantil, ocorrendo em 80% das famílias das crianças internadas, comparativamente a menos de metade (46%) das famílias das crianças observadas na consulta. As crianças com exposição tabágica apresentavam um risco relativo de 4.6 para internamento hospitalar.

Vários estudos têm demonstrado o papel preponderante do tabagismo materno, face ao paterno, no desencadear de sintomatologia respiratória na criança asmática^{9-11,43}. Uma provável explicação decorrerá do maior tempo de permanência da mãe em casa e com a criança nos seus primeiros anos de vida.

No nosso trabalho, o pai foi identificado como o principal responsável pelo tabagismo passivo, quer nas crianças internadas (65%) quer nas observadas em consulta (38%). Salientamos, no entanto, o número elevado de mães fumadoras na população das crianças hospitalizadas (35%), significativamente superior ao de mães fumadoras no grupo da consulta

BIBLIOGRAFIA

1. EVANS R, MULLALLY DI, WILSON RW, GERGEN PJ, ROSENBERG HM, GRAUMAN JS, CHEVARLEY FM, FEINLEIB M. National trends in the morbidity and mortality of asthma in the US. Prevalence, hospitalization and death from asthma over two decades: 1965-1984. *Chest* 1987; 91: 65-74.
2. ANDERSON HR. Increase in hospital admission for childhood asthma: trends in referral, severity, and readmissions from 1970 to 1985 in a health region of the United Kingdom. *Thorax* 1989; 44: 614-619.
3. GERGEN PJ, WEISS KB. Changing patterns of asthma hospitalization among children: 1979 to 1987. *JAMA* 1990; 264: 1688-1692.

(23%). Comparando estes resultados com os dados disponíveis sobre a prevalência de tabagismo em Portugal (Inquérito Nacional de Saúde 1995/96, DEPS)¹⁷ constatámos que os pais das crianças asmáticas internadas e as mães das crianças asmáticas estudadas em ambas as populações (internamento e consulta), tinham hábitos tabágicos superiores aos da população geral do mesmo grupo etário (Figura).

A importância da exposição tabágica reside em ser potencialmente evitável. Num estudo prospectivo, envolvendo 807 crianças asmáticas, Murray et al³⁴ encontraram uma diminuição da gravidade da asma e melhoria dos parâmetros funcionais respiratórios, com a diminuição da exposição tabágica. Este trabalho permite-nos salientar a importância da instituição de campanhas de prevenção, procurando consciencializar particularmente os pais de crianças asmáticas.

Correspondência:

Elsa Pargana
Serviço de Imunoalergologia
Hospital de Dona Estefânia
Rua Jacinta Marto
1169-045 Lisboa
Telefone: 21 3126653
Fax: 21 3126654

4. GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION. NHLBI/WHO Workshop Report. 1993. National Institutes of Health, Publication Number 95-3659. 1995; 1-76.
5. TO T, DICK P, FELDMAN W, HERNANDEZ R. A Cohort study on childhood asthma admissions and readmissions. *Pediatrics* 1996; 98: 191-195.
6. STORR J, BARRELL E, LENNEY W. Rising asthma admissions and self referral. *Arch Dis Child* 1988; 63: 774-779.
7. MITCHELL EA, BLAND JM, THOMPSON JMD. Risk factors for readmission to hospital for asthma in childhood. *Thorax* 1994; 49: 33-36.
8. TAGER IB, WEISS ST, MUNOZ A, ROSNER B, SPEIZER FE. Longitudinal study of the effects of maternal smoking on pulmonary function in children. *N Engl J Med* 1983; 309:

699-703.

9. FERGUSSON DM, HORWOOD LJ. Parental smoking and respiratory illness during early childhood: a 6 year longitudinal study. *Pediatr Pulmonol* 1985; 1: 99-106.
10. MURRAY AB, MORRISON BJ. The effect of cigarette smoke from the mother on bronchial responsiveness and severity of symptoms in children with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1986; 77: 575-581.
11. WEITZMAN M, GORTMAKER S, WALKER DK, SOBOL A. Maternal smoking and childhood asthma. *Pediatrics* 1990; 85: 505-511.
12. WRIGHT AL, HOLBERG C, MARTINEZ FD, TAUSSIG LM. Relationship of parental smoking to wheezing and nonwheezing lower respiratory tract illnesses in infancy. *J Pediatr* 1991; 118: 207-214.
13. WANG X, WYPIJ D, GOLD DR, SPEIZER FE, WARE JH, FERRIS BG, DOCKERY DW. A longitudinal study of the effects of parental smoking on pulmonary function in children 6-18 years. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149: 1420-1425.
14. SØYSETH V, KONGERUD J, BOE J. Postnatal maternal smoking increases the prevalence of asthma but not of bronchial hyperresponsiveness or atopy in their children. *Chest* 1995; 107: 389-394.
15. GRAFFAR M. Une méthode de Classification Social d'échantillon de la population. *Courrier* 1956; 6: 455-459.
16. GASPAR A, MORAIS DE ALMEIDA M, PIRES G, PRA-TES S, CÂMARA R, GODINHO N, AR_DE C, ABREU NOGUEIRA J, ROSADO PINTO J. Factores de risco para internamento na criança asmática. *Rev Port Imunoalergol* 1999 (in press).
17. INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE 1995/1996. Continente. Dados gerais. Consumo de tabaco. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS). Lisboa 1997.
18. HARLAP S, DAVIES AM. Infant admissions to the hospital and maternal smoking. *Lancet* 1974; 1: 529-532.
19. RANTAKALLIO P. Relationship of maternal smoking to morbidity and mortality of the child up to the age of five. *Act Paediatr Scand* 1978; 67: 621-631.
20. FERGUSSON DM, HORWOOD LJ, SHANNON FT. Parental smoking and respiratory illness in infancy. *Arch Dis Child* 1980; 55: 358-361.
21. RANTAKALLIO P. A follow-up study up to the age of 14 of children whose mothers smoked during pregnancy. *Acta Paediatr Scand* 1983; 72: 747-753.
22. CHEN Y, LI W, YU S. Influence of passive smoking on admissions for respiratory illness in early childhood. *Brit Med J* 1986; 293: 303-306.
23. MARTINEZ FD, ANTOGNONI G, MACRI F, BONCI E, MIDULLA F, DE CASTRO G, RONCHETTI R. Parental smoking enhances bronchial responsiveness in nine-year-old children. *Am Rev Respir Dis* 1988; 138: 518-523.
24. MARTINEZ FD, CLINE M, BURROWS B. Increased incidence of asthma in children of smoking mothers. *Pediatrics* 1992; 89: 21-26.
25. SHERRILL DL, MARTINEZ FD, LEBOWITZ MD, HOLLADAWAY MD, FLANNERY EM, HERBISON GP, STANTON WR, SILVA PA, SEARS MR. Longitudinal effects of passive smoking on pulmonary function in New Zealand children. *Am Rev Respir Dis* 1992; 145: 1136-1141.
26. CUNNINGHAM J, O'CONNOR GT, DOCKERY DW, SPEIZER FE. Environmental tobacco smoke, wheezing, and asthma in children in 24 communities. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153: 218-224.
27. GERGEN PJ, FOWLER JA, MAURER KR, DAVIS WW, OVERPECK MD. The burden of environmental tobacco smoke exposure on the respiratory health of children 2 months through 5 years of age in the United States: Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 to 1994. *Pediatrics* 1998; 101: E8.
28. EHRLICH RI, DU TOIT D, JORDAAN E, ZWARENSTEIN M, POTTER P, VOLMINK JA, WEINBERG E. Risk factors for childhood asthma and wheezing. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 681-688.
29. MORAIS ALMEIDA M, GASPAR A, ANDRADE I, IEONG KM, CÂMARA R, MARQUES AC, ANDRADE N, ROMEIRA J, DRUMMOND BORGES F, HUMBERTO J, ROSADO PINTO J. Sensibilização alérgica em diferentes populações – atopia versus asma. *Rev Port Imunoalergol* 1998; 6: 166s.
30. O'CONNOR GT, WEISS ST, TAGER IB, SPEIZER FE. The effect of passive smoking on pulmonary function and nonspecific bronchial responsiveness in a population based sample of children and young adults. *Am Rev Respir Dis* 1987; 135: 800-804.
31. CHILMONCZYK BA, SALMUN LM, MEGATHLIN KN, NEVEUX LM, PALOMAKI GE, KNIGHT GJ, PULKKINEN AJ, HADDOW JE. Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbations of asthma in children. *N Engl J Med* 1993; 328: 1665-1669.
32. MURRAY AB, MORRISON BJ. Passive smoking by asthmatics: its greater effect on boys than on girls and on older than on younger children. *Pediatrics* 1989; 84: 451-459.
33. FRISCHER T, KUEHR J, MEINERT R, KARMAUS W, BARTH R, HERMANN-KUNZ E, URBANEK R. Maternal smoking in early childhood: a risk factor for bronchial responsiveness to exercise in primary-school children. *J Pediatr* 1992; 121: 17-22.
34. MURRAY AB, MORRISON BJ. The decrease in severity of asthma in children of parents who smoke since the parents have been exposing them to less cigarette smoke. *J Allergy*

Clin Immunol 1993; 91: 102-110.

35. EVANS D, LEVISION MJH, FELDMAN CH, CLARK NM, WASILEWSKI Y, LEVIN B, MELLINS RB. The impact of passive smoking on emergency room visits of urban children with asthma. *Am Rev Respir Dis* 1987; 135: 567-572.
36. MORGAN WJ, MARTINEZ FD. Risk factors for developing wheezing and asthma in children. *Pediatr Clin North Am* 1992; 39: 1185-1203.
37. RONCHETTI R, BONCIE, CUTRERA R, DE CASTRO G, INDINNIMEO L, MIDULLA F, TANCREDI G, MARTINEZ FD. Enhanced allergic sensitisation related to parental smoking. *Arch Dis Child* 1992; 67: 496-500.
38. MAGNUSSON CGM. Maternal smoking influences cord serum IgE and IgD levels and increases the risk for subsequent infant allergy. *J Allergy Clin Immunol* 1986; 78: 898-904.
39. HALKEN S, H_ST A, NILSSON L, TAUDORF E. Passive smoking as a risk factor for development of obstructive respiratory disease and allergic sensitization. *Allergy* 1995; 50: 97-105.
40. GILLILAND FD, BERHANE K, MCCONNELL R, GAUDERMAN WJ, VORA H, RAPPAPORT EB, AVOL E, PETERS JM. Maternal smoking during pregnancy, environmental tobacco smoke exposure and childhood lung function. *Thorax* 2000; 55: 271-276.
41. AZIZI BH, ZULKIFLI HI, KASIM S. Indoor air pollution and asthma in hospitalized children in a tropical environment. *J Asthma* 1995; 32: 413-418.
42. MACARTHUR C, CALPIN C, PARKIN PC, FELDMAN W. Factors associated with pediatric asthma readmissions. *J Allergy Clin Immunol* 1996; 98: 992-993.
43. RYLANDER E, PERSHAGEN G, ERIKSSON M, NORDVALL L. Parental smoking and other risk factors for wheezing bronchitis in children. *Eur J Epidemiol* 1993; 9: 517-526.

QUADRO I

Exposição tabágica nas crianças internadas e observadas em consulta

Tabagismo passivo	Internamento	Consulta	Odds ratio (IC 95%)	p
Tabagismo passivo	80%	46%	4.6 (2.6-8.0)	<0.0001
Tabagismo parental	75%	46%	3.5 (2.1-6.0)	<0.0001
Tabagismo paterno	65%	38%	3.0 (1.8-4.9)	<0.0001
Tabagismo materno	35%	23%	1.8 (1.0-3.1)	0.04
Tabagismo em outros familiares directos	7%	4%	1.3 (0.8-2.0)	0.41

QUADRO II

Factores de risco para internamento na criança asmática - Regress_ o Logística

Factor de risco	Odds ratio (IC 95%)	p
Internamentos anteriores	7.63 (1.5-39.6)	0.01
<i>Tabagismo passivo</i>	6.63 (2.5-17.8)	0.002
Atopia	3.86 (1.4-10.7)	0.009
Asma materna	3.58 (1.3-9.6)	0.01
Internamentos no último ano	3.18 (1.1-8.9)	0.02
Início dos sintomas antes do ano de idade	2.76 (1.0-7.9)	0.06
Frequêncai de infantário	0.38 (0.2-0.9)	0.04
Agregado familiar numeroso	0.25 (0.1-0.8)	0.01

Figura – Prevalência de hábitos tabágicos nos pais das crianças estudadas (população internada e observada em consulta) e comparação com os dados disponíveis sobre a prevalêncai de tabagismo em Portugal na população geral do mesmo grupo etário (Inquérito Nacional de Saúde 1995 / 96, DEPS)



■ Internamento □ Consulta □ Inquérito Nacional de Saúde 1995/96, DEPS

Figura – Prevalência de hábitos tabágicos nos pais das crianças estudadas (população internada e observada em consulta) e comparação com os dados disponíveis sobre a prevalência de tabagismo em Portugal na população geral do mesmo grupo etário (Inquérito Nacional de Saúde 1995 / 96, DEPS)