

A Criança Asmática e a Comunidade: Uma Questão a Aprofundar

J. ROSADO PINTO * - Lisboa- Portugal

I. INTRODUÇÃO

A asma brônquica pelas suas características envolve não só o próprio doente como a comunidade que o integra. Esta situação é particularmente sentida na criança, não só porque é até aos 10 anos que se inicia na maior parte das vezes, mas sobretudo pelas características próprias da população infantil.

Embora ainda não haja estudos epidemiológicos em Portugal, pensa-se que mais de 5% das crianças em idade escolar sofre de asma. Na realidade, a doença ocorre em todo o mundo, estando entre as mais atingidas as populações do sul da Europa devido seguramente a factores climáticos e ambientais. A sua morbidade e mortalidade estão a aumentar atribuindo-se este facto em parte a diagnóstico e tratamento sub-avaliados, pelo que se impõe um esforço principalmente da parte dos médicos para um melhor conhecimento.

II. IMPORTÂNCIA DA IDADE PEDIÁTRICA

Estudos efectuados mostram que a doença se inicia mais frequentemente até aos 10 anos e que os primeiros sintomas aparecem geralmente cedo como tivemos oportunidade de confirmar numa revisão de 1.070 crianças asmáticas da Consulta de Imunoalergologia do Hospital Dona Estefânia, em que 4% tiveram manifestações antes do 1º ano de vida.

Em 1984 num levantamento dos internamentos pelo Serviço de Urgência do Hospital Dona Estefânia (7.019) 28,65% eram de patologia respiratória e destes 45,3% foram por asma.

Mais recentemente outro estudo que envolveu os doentes que frequentaram o mesmo Serviço de Urgência entre Junho de 1989 e Maio de 1990 (89.831), 7% do total (6.439) eram asmáticos em que predominavam crianças de idade igual ou inferior a 3 anos (42,5%). Deste total apenas 4,4% necessitaram de internamento de curta duração e 3,9% foram internados nas enfermarias (6% do total dos internamentos), o que põe em evidência neste grupo etário a diferença evidente entre a frequência com que se manifesta e a gravidade das situações apresentadas.

III. FACTORES DESENCADEANTES

Algumas crianças nascem com predisposição genética para desencadear asma, outras não. Factores ambientais como os alérgicos e as infecções virais são grandemente responsáveis pela indução da hiperreactividade brônquica que está na génese da asma. Outros mecanismos como o exercício, a intolerância, o refluxo gastro esofágico ou os factores psicológicos podem ser também responsáveis pela persistência dos sintomas apresentando-se frequentemente interligados. Se a tudo isto acrescentarmos os factores climáticos, a poluição ambiental de nossas casas, das zonas urbanas onde habitamos, é fácil concluir que se trata de uma doença que interfere na comunidade e para a qual todos devemos colaborar.

IV. ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

Também neste capítulo a interligação médico, doente e família é relevante dado que as atitudes preventivas e terapêuticas devem ser do conhecimento de todos. Uma intervenção medicamentosa atempada em casa ou na escola podem impedir o agravamento da situação clínica. Podem-se considerar três fases de intervenção terapêutica na situação aguda: 1) evitar o hospital tendo terapêutica rapidamente à disposição; 2) evitar o internamento com condições de atendimento de urgência com meios eficazes para resolver a maioria das situações clínicas e aonde a presença de um nebulizador é imprescindível; 3) necessitando internamento hospitalar aonde devem existir todas as condições para receber uma situação grave que pode chegar à insuficiência respiratória aguda.

A utilização de meios diagnósticos radiológicos, laboratoriais especializados ou de exploração funiconal respiratória deve ser feita criteriosamente de preferência em colaboração com o especialista dados os elevados custos que acarreta. A medicação preventiva do ketotifen ao cromoglicato dissódico e corticoides tópicos, passando à medicação em situações agudas com β_2 simpaticomiméticos, teofilinas e corticoides tópicos ou sistémicos deve ser prontamente utilizada sempre que necessário em esquemas terapêuticos bem percebidos pelo doente evitando sempre que possível o agravamento clínico. A prescrição e o controle da imunoterapia específica deve ser de

* Chefe de Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia

exclusiva responsabilidade do especialista dada a importância da relação eficácia-riscos potenciais que pode trazer.

A necessidade sobretudo na criança mais pequena de cinesioterapia respiratória deve ser estimulada e controlada a sua eficácia pelo médico, que deve estar ainda desperto para a necessidade de intervenção do psicólogo ou do pedopsiquiatra em situações em que a relação entre a família e a criança doente se torna difícil e necessita de uma orientação suplementar especializada.

V. O PRESENTE E O FUTURO DA CRIANÇA ASMÁTICA

Embora não haja um perfil psicológico definido na criança asmática é inevitável que ela sofra de interferências psicológicas várias. A emoção, a cólera ou a ansiedade podem favorecer as crises ou serem as suas consequências. Encontramos crianças ansiosas, as que recusam ser doentes, outras que estão dependentes da terapêutica ou ainda as que exploram a doença até à extrema agressividade. Experiências várias com hospitais, médicos, paramédicos, familiares, professores, amigos, levam a comportamentos por vezes desadaptados da comunidade aonde estão integrados.

Elemento importante desta realidade é a escola. Num inquérito efectuado a 142 professores do 1º ciclo do ensino básico, avaliando os seus conhecimentos sobre asma, e embora 42% dos professores tivessem crianças asmáticas nas suas turmas e 56% considerassem importante a toma de medicamentos durante o horário escolar sempre que necessário, apenas 5 declararam ter conhecimentos suficientes sobre a doença. Se juntarmos a estes importantes dados de informação o facto de não haver medidas efectivas de protecção para estas crianças tais como: **a)** evitar que a escola esteja longe da residência; **b)** proibição de animais nas suas instalações; **c)** interdição de tabagismo de professores e alunos nos espaços comuns; **d)** salas de aula climatizadas em que não haja variações bruscas de temperatura e humidade ou acumulação excessiva de pó por falta de limpeza, estas crianças, algumas das quais sujeitas ao absentismo pela sua doença, estão em inferioridade em relação a outras no que respeita a aquisição de conhecimentos.

Outra situação por vezes difícil é a que se estabelece com a implementação do desporto nas escolas. Defen-

demos a integração total da criança em todas as actividades desportivas particularmente de grupo ou a natação em piscina de água aquecida durante todo o ano, mas devemos estar atentos aos efeitos mais asmogénicos dos desportos de "endurance" tais como a corrida de fundo, o cross ou o jogging, tão frequentemente utilizados.

Finalmente e desde bem cedo o asmático deve ter uma orientação profissional adequada e evitar certas profissões tais como veterinário, cabeleireiro, padeiro, soldador, agricultor, actividades ligadas a indústrias químicas, alimentares e tantas outras que não permitirão a eficácia desejada nos tratamentos instituídos e que levarão a um agravamento da própria doença.

VI. CONCLUSÃO

Procurou-se ao longo deste texto alertar os médicos para encararem a doença asmática como doença comunitária, de índole social, com custos directos e indirectos elevados em que o doente é envolvido por um ambiente circundante que irá condicionar o seu comportamento presente e futuro. A necessidade de uma educação específica de pais e crianças deve ser uma constante do médico assistente. A este cabe pois a maior responsabilidade, pois só ele com os seus conhecimentos e orientações poderá ajudar estas crianças sujeitas tantas vezes a exames de avaliação repetidos, tratamentos prolongados por vezes sem resultados visíveis, a estarem bem integradas na sociedade onde vivem.

BIBLIOGRAFIA

1. **Fialho J, Póvoa V, Rosado Pinto J:** Asma brônquica. Análise dos internamentos efectuados no Serviço de Urgência do H. D. Estefânia em 1984. *Cad Im Alerg Ped* 1986, 1, 1, 19-24.
2. **Morais Almeida M, Bastos G, Santa Marta C, Abreu Nogueira J, Rosado Pinto J:** Asma brônquica na urgência. Manipulação de dados e orientação de atitudes. Reunião anual da S.P.A.I.C., Póvoa de Varzim, 1990.
3. **Rosado Pinto J:** A asma e a escolaridade. *Cad Im Alerg Ped* 1991, 6,3, 21-24.
4. **Rosado Pinto J, Lemos M, Oliveria Santos J:** Bronquites asmáticas e bronquiolites. Prognóstico a longo tempo. *O Médico* 1986, 37, 114, 131-132.
5. **Paupé J:** Scolarité de l'enfant allergique, in *Allergologie Pédiatrique*, pag 502-504, Ed Flammarion, Paris 1988.
6. **Vialatte J:** Psychologie de l'enfant allergique, in *Allergologie Pédiatrique*, pag 487-489, Ed Flammarion, Paris 1988.