

Asma brônquica (AB) do adolescente: morbidade e mortalidade

MARIA EMILIA ALVARES

Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa

A AB afecta pessoas de todas as idades, cujo início das manifestações clínicas ocorre na maioria dos casos, durante a infância, sendo o pico de prevalência entre os 6 e 11 anos de idade.

As manifestações da AB podem desaparecer na puberdade (cerca de 80% em alguns estudos), reaparecendo por vezes na vida adulta. Outros estudos referem que os sintomas da AB persistem em 30 a 80% dos casos. No entanto, durante a remissão, a função pulmonar pode permanecer alterada (obstrução das vias aéreas), ou persistir a hiperreactividade brônquica e/ou tosse. Embora alguns estudos epidemiológicos tenham revelado uma falsa ideia de remissão ou redução dos sintomas entre os 10 e 20 anos de idade, a frequência de reaparecimento é relativamente alta, após um intervalo livre de sintomas.

Em relação ao prognóstico, vários aspectos podem influenciar a evolução da doença como a história familiar de atopia (cerca de 75% dos doentes), idade de início dos sintomas, gravidade da AB na infância, sexo, presença de outras condições atópicas como eczema, rinite alérgica e exposição aos estímulos ambientais, como o fumo de tabaco.

O aumento da morbidade e mortalidade por AB, neste grupo etário, tem sido atribuído ao atraso no diagnóstico, que poderá ser secundário aos seguintes factores: sobrevalorização de determinados sintomas referidos pelo doente e familiares, como tosse ou toracalgia em vez de pieira; importância da infecção respiratória, como pneumonia, e consequente subdiagnóstico de AB, subestimação da gravidade da doença e relutância ao rótulo de AB pela conotação do termo, além da não evicção à exposição aos alérgenos ambientais (poeiras domésticas e pêlos de animais), ao fumo de tabaco, e do ponto de vista sócio-económico

a pertença a classes mais desfavorecidas. Os adolescentes, constituem um grupo distinto de doentes com elevada prevalência, embora não reconhecido a nível mundial devido à perda de percepção da doença e relutância na procura de ajuda médica; além disso, não têm uma assistência médica definida, pois podem não estar sob a assistência dos cuidados da Pediatria e por outro lado não se sentem suficientemente adultos para serem orientados pela Medicina do adulto. Esta indecisão contribui para o afastamento da vigilância médica em mais de 80% dos asmáticos e consequentemente a prática de erros terapêuticos. A falência do diagnóstico, leva ao subtratamento e exacerbações da cronicidade da doença. Os factores que contribuem para uma melhor aderência à terapêutica são: a simplicidade dos esquemas terapêuticos, rede de suporte familiar e social, boa relação médico-doente, programas de educação (monitorização com o "peak-flow meter", cartão diário de sintomas, ensino da detecção do agravamento dos sintomas e tratamento adequado) de acordo com a compreensão do adolescente.

O adolescente, sofrendor de uma doença crónica somática apresenta problemas específicos, psíquico-sociais, relativamente aos adolescentes saudáveis, nomeadamente em termos de limitações académicas e -sociais, relativamente aos adolescentes saudáveis, sentir-se vítima de um inaceitável e incompreensível destino, conduzindo à falência de cooperação nos esquemas terapêuticos, de evicção de estímulos e de monitorização da doença. Estes são outros aspectos a considerar na análise das causas de morbidade e mortalidade por AB no adolescente.

Muito pouco se sabe sobre a evolução da AB do adolescente. Tem sido sugerido que a redução dos sintomas e de hiperreactividade brônquica (HRB), se

pode atribuir à diminuição da reactividade imunológica e clinica directamente relacionados com alterações estruturais e hormonais associados ao crescimento, o que explica a diferença de prevalência do sexo em relação à idade; as hormonas podem influenciar a inflamação das vias aéreas, função do músculo liso das vias aéreas e integridade vascular; também tem sido evocado como potencial influência na melhoria da AB, o tamanho das vias aéreas periféricas, sendo o diâmetro absoluto mais pequeno no sexo masculino do que no feminino, especialmente nos primeiros 18 meses de vida. A prevalência do fenómeno alérgico e de HRB é também mais elevada no sexo masculino. O predomínio da AB no sexo masculino diminui gradualmente até à puberdade, atribuindo-se essa diferença à maior vulnerabilidade a infecções respiratórias ao sexo masculino; após esta etapa de crescimento, as diferenças de incidência por sexos vão-se reduzindo para se tornar idêntica a partir dos 16 anos.

Vários factores interferem na patogenia da AB como por exemplo: racionais, genéticos, ambientais, climáticos e regionais que poderão reflectir na diferença de incidência e de prevalência observada em vários locais do mesmo país ou em países distintos. Quanto

à raça, verificam-se também diferenças consideráveis. É o caso dos negros da Gambia, dos papuas da Nova Guiné, dos índios americanos, cuja incidência é baixa.

Nos E.U.A., a AB afecta 14-15 milhões de pessoas, sendo 4,8 milhões (6,9%) com idade inferior a 18 anos. Em 1993, foram internados por AB 198.000 doentes e faleceram 342 asmáticos com menos de 25 anos de idade.

Para além das dificuldades de diagnóstico, os estudos epidemiológicos, sobre AB, baseados em inquéritos, revelam discrepâncias significativas de resultados, pela variabilidade de interpretação, mesmo nos padronizados, não sendo possível elaborar uma comparativa e verdadeira análise estatística entre os vários países. Este problema torna-se ainda mais complicado quando se quer referir aos adolescentes, pela diferente concepção internacional sobre os limites do grupo etário dos adolescentes (3).

Em relação aos estudos de prevalência em crianças e adolescentes, há autores que consideram apenas o diagnóstico de AB, outros englobam pieira e outros ainda consideram cumulativamente (AB+pieira), como poderemos observar no Quadro I.

Outros resultados estatísticos a nível mundial sobre

QUADRO I

Prevalência da AB, pieira e cumulativamente (AB+pieira) em crianças e adolescentes de alguns países

Pais ou região	Idade	Prevalência (%)
Canadá (Hamilton)	7-10	AB: 4,4 Pieira 21,2
E.U.A.	6-11	Cumulativo: 7,6
Noruega (Oslo)	7-15	AB: 1,6 Pieira: 9 Cumulativo: 3,7
Nova Guiné (Papuas)	< 12	AB: 0,6
Nova Zelândia	11-13	AB: 13,5

QUADRO II

Prevalência da AB em adolescentes

Pais	Ano de estudo	Idade	Prevalência (%)
Nova Zelândia	1991	12-15	32-38
Austrália	1992	12-15	16,6
Finlândia	1991	15-16	2,8

a morbidade e mortalidade por AB apresentam-se no Quadro II e III.

Relativamente aos internamentos de adolescentes por AB (10 aos 17 anos) no Hospital Santa Maria (HSM), desde 1992 a 1995, pode-se afirmar que a prevalência e a média dos dias de internamento, tem tendência a aumentar, como se pode demonstrar nos dois últimos anos do estudo (Quadro IV)

QUADRO III

Mortalidade por AB no Reino Unido entre 1990 e 1992

Grupo etário	Sexo	
	10-14	15-19
Homens	31	50
Mulheres	12	37
Total	43	87

por AB tem tendência a aumentar por maior gravidade de algumas formas de AB, auto-medicação, associação indiscriminada de fármacos, abuso e subtratamento. No entanto, há registos que permitem ter uma ideia da evolução da taxa de mortalidade (Quadro V).

Após uma breve revisão do tema morbidade e

QUADRO V

Variações de taxa de mortalidade por AB (1976-1986)

País	Grupo etário: 5-34 anos	
	1ª taxa (%)	2ª taxa (%)
Austrália	0,8	1,5
Inglaterra	0,6	0,9
Alemanha Federal	0,5	0,8
Canadá	0,3	0,6
Japão	0,4	0,65
E.U.A.	0,2	0,4

QUADRO IV

Internamentos de adolescentes por AB no HSM

	Anos			
	1992	1993	1994	1995
Homens	5	4	2	7
Mulheres	5	8	1	6
Total	10	12	3	7
Total de internamentos por AB	132	211	37	143
% de internamentos de adolescentes/total de internamentos	7,6	5,7	8,1	9
X dias de internamento	3,5±35	3±1,4	6±0	9±2,8

Tal como para a morbidade e absentismo, torna-se difícil quantificar os verdadeiros índices de mortalidade por AB, particularmente devido a diagnósticos incorrectos e consequentes dados estatísticos falseados. No entanto, a literatura afirma que a mortalidade

mortalidade por AB na adolescência, conclui-se que só será possível uma correcta avaliação dos índices quando houver uma melhor definição de conceitos, diagnóstico e tratamento e a realização de estudos epidemiológicos qualificados e padronizados.

BIBLIOGRAFIA

1. OWNBY DR, JOHNSON CC, PETERSON EL. Incidence and prevalence of physiciandiagnosed asthma in a suburban population of young adults. *Ann-AllergyAsthma-Immunol.* 1996 Oct; 77 (4): 304-8.
2. MCCOWAN C, BRYCE FP, NEVILLE RG, CROMBIE IK, CLARK RA. School absence-a valid morbidity marker for asthma? *Health-Bull-Edinb.* 1996 Jul; 54 (4): 307-13.
3. BACKER V. Bronchial hyperresponsiveness in children and adolescents. *Dan-Med-Bull.* 1995 Nov; 42(5): 397-409.
4. REIJULA K, HAAHTEIA T, KLAUKKA T, RANTANEN J. Incidence of occupational asthma and persistent asthma in young adults has increased in Finland. *Chest.* 1996 Jul; 110 (1): 58-61.
5. FORERO R, BAUMAN A, YOUNG L, BOOTH M, NUT-BEAM D. Asthma, health behaviors, social adjustment, and

Asma do adolescente: morbidade e mortalidade

PAULA MONTEIRO

Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa

A asma brônquica (A.B) é um grave problema de saúde a nível mundial principalmente em crianças e adolescentes, sendo a doença crónica mais frequente nestas idades.

Nas últimas duas décadas tem-se registado um aumento da prevalência, morbidade e mortalidade da A.B a nível mundial, apesar da melhoria de conhecimentos acerca da patogénese, recursos diagnósticos e terapêuticos e aperfeiçoamento nos padrões de classificação diagnóstica.

Múltiplos factores de risco são apontados como indicadores de prognóstico e indutores deste aumento da morbidade e mortalidade: atopia, exposição a níveis elevados de alérgenos, história familiar de atopia, sexo, poluição, hereditariedade, etnia, nível sócio-económico, dieta, etc.

Estima-se que 5 a 15% de crianças sofram de A.B a nível mundial acarretando milhões de dias de hospitalização e de escola perdidos além do avultado encargo económico que é despendido anualmente com esta doença. Pouco se sabe acerca da progressão da A.B. desde a infância até à adolescência. Sabe-se porém que o facto de existir uma redução sintomática da asma durante a adolescência não significa a total

remissão desta patologia, havendo frequentemente manutenção de HRB e obstrução, assim como elevadas taxas de recorrência da doença no adulto jovem.

Os adolescentes apresentam problemas muito específicos, como a sensação de invulnerabilidade ao perigo, desejo de independência, dificuldade em aceitar e reconhecer a sua doença, levantando sérias dificuldades ao controle eficaz da A.B.

A má "compliance" à terapêutica que não está de todo relacionada com o grau de inteligência ou instrução parece ser um factor determinante no agravamento e sub-tratamento da doença.

O aumento da morbidade pode originar barreiras sociais e de relação, sentimentos de raiva e decréscimo da auto-estima, elevando o risco de depressão e incapacidade de atingir a idade adulta de uma forma plena e saudável.

Várias medidas como a educação do asmático; diminuição de exposição a alérgenos, tabaco e outros irritantes; instruções acerca da doença, sua monitorização (*Peak-Flow*) e tratamento com melhoria da "compliance" são fundamentais para a redução da morbidade e mortalidade da asma no adolescente.