
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, NUTBEAM 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.

Os adolescentes asmáticos são pois um grupo distinto de doentes, que requerem cuidados assistenciais diferentes da criança ou do adulto, existindo até

quem advogue a criação de uma **medicina do adolescente** totalmente vocacionada para os problemas inerentes a esta faixa etária.

BIBLIOGRAFIA

1. BRITISH THORACIC SOCIETY. Issues in Adolescent Asthma. *Thorax* 1996; 51 (Suppl): S1-S19.
 2. SCHRAMM CM. Clinical Diagnosis in Childhood. In Asthma. P. J. Barnes et al (eds), Philadelphia 1997; 98: 1415-1427.
 3. HAKONARSON H et al. Management of Childhood Asthma. In asthma. P. J. Barnes et al(eds), Philadelphia 1997; 126: 1847-1864.
 4. GERN J et al. Childhood Asthma: Older Children and Adolescents. *Clinics in Chest Medicine* 1996; 16 (4): 657-670.
-

Perfil psicológico do adolescente asmático

M. LOURDES BORGES

Vários são os modelos explicativos que ao longo do século XX se têm debruçado sobre o papel dos factores psíquicos na Asma.

Todos eles continuam a coexistir actualmente.

Começaria por falar no modelo de Alexander que data à década de 50 e que defende que cada emoção desencadeia um tipo específico de sintoma fisiológico. Vai estudar o perfil psicológico em cada patologia. Alexander estudou os traços de carácter do asmático e de sua mãe.

Um outro modelo cujo mentor é Freud, é o modelo de conversão. Este, parte da patologia mental, da qual decorrem mecanismos como o deslocamento da libido e somatização. Assim podemos encontrar sintomas físicos sem alterações ou lesões do órgão. É o caso da Histeria de Conversão.

Estudos mais recentes deram origem a uma nova corrente que, embora saindo da psicanálise se autonomizou. Refiro-me aos estudos a decorrer no Instituto de Psicossomática de Paris cujo principal teórico é Marty. Este modelo fala da psicossomática como uma concepção que inclui factores psíquicos e conflituais no determinismo e desenvolvimento de doenças somáticas.

Sami-Ali por sua vez vai dizer que o que está em causa não é o tipo de personalidade, mas sim a natureza do conflito, encontrando-se este numa situação de impasse. Da forma como o indivíduo ultrapassa a situação de impasse depende o equilíbrio entre doença e saúde.

Alguns modelos debruçam-se sobre o tipo de personalidade do asmático. Assim, Marty fala em vários tipos de personalidade que podemos encontrar quer na asma, quer noutras patologias sendo apenas a Personalidade dita Alérgica Essencial específica da asma. Determinados traços de carácter são comuns às doenças crónicas, sendo outros específicos da asma. Gostaria de realçar a grande dificuldade que o asmático tem em gerir a sua agressividade, passando de uma passividade à expressão não elaborada da mesma.

Há alguns grupos que apresentam uma problemática muito específica, necessitando uma abordagem diferente dos Serviços de Saúde. É o caso dos Adolescentes Asmáticos.

Adolescência

A adolescência é considerada por muitos autores