

A INCIDÊNCIA DA ASMA EM CRIANÇAS DE 0 A 7 ANOS NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2007 NA CLÍNICA RESPIRAR

Maria Clara Napoleão do Rego Rocha¹, Zenon Rocha Filho², Veruska Cronemberger Nogueira³, Marcos Tadeu Tavares Pacheco⁴, Regiane Albertini⁵

¹ Fisioterapeuta pela Faculdade Integral Diferencial – FACID, em Teresina – Piauí. ¹ Fisioterapeuta do Centro de Pneumologia de Teresina – Clínica Respirar. ¹ Fisioterapeuta do Hospital Prontomed Infantil – Teresina, PI. Rua Areolino de Abreu, 1674 - Centro – CEP: 64.000-180 Teresina-PI E-mail: mariaclarinhanapoleao@hotmail.com

² Médico Pneumologista e Cirurgião Torácico – Professor da Universidade Federal de Piauí e da Faculdade Integral Diferencial - FACID

³ Professora da Faculdade Integral Diferencial – FACID ³ Mestranda de Bioengenharia da Universidade do Vale do Paraíba – UNIVAP.

⁴ Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento (IP&D), Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), São José dos Campos, SP, Brasil

⁵ Laboratório de Avaliação dos Recursos Eletrofísicos aplicados aos Tecidos Biológicos – Univap- Av: Shishima hifume, 2911- urbanova- cep 12240-000 São José dos Campos-

Resumo – Introdução: A asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, é uma das patologias respiratórias mais comuns, afetando pessoas de todas as idades, culturas e localizações geográficas, sendo considerada um dos maiores problemas de saúde pública. O objetivo deste trabalho foi determinar a incidência da asma em crianças de 0 a 7 anos, descrevendo seus fatores de risco e os sinais e sintomas que caracterizam o quadro clínico da criança asmática. Metodologia: O grupo de inclusão foi composto por 268 crianças da Clínica Respirar, entre 0 e 7 anos, as quais tiveram suas fichas de avaliação submetidas à uma análise individual, mensurando a idade de início da manifestação da asma e os principais sintomas apresentados. Resultados: 67,33% dos pacientes pesquisados eram crianças, e destas, 33,20% eram asmáticas com idade de 0 a 7 anos, que apresentavam como sintomas quadros variados de sibilância, tosse, dispnéia e aperto no peito, caracterizando o quadro clínico típico adotado por esses sujeitos. Conclusão: A pesquisa nesse grupo de pacientes é essencial para a identificação de sua etiologia e dos principais sinais e sintomas, permitindo a elaboração de um programa de tratamento e orientação que favoreça uma melhor condição de vida.

Palavras-chaves: Incidência. Asma. Pediatria.

Introdução

A asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, é uma das patologias respiratórias mais comuns, afetando pessoas de todas as idades, culturas e localizações geográficas, sendo considerado um dos maiores problemas de saúde pública. Caracterizada por aumento da responsividade traqueobrônquica e limitação variável do fluxo aéreo, a etiologia da asma resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental e irritantes alérgicos como substâncias químicas, ar frio ou exercício físico, que causam broncoconstrição, hipersecreção de muco e inflamação brônquica, reduzindo o diâmetro da luz brônquica. Tais alterações manifestam-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, tosse e aperto no peito^{9, 21}.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia:

“Anualmente ocorrem cerca de 350.000 internações por asma no Brasil,

constituindo-se ela na quarta causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (2,3% do total) e sendo a terceira causa de morte entre crianças e adultos jovens.”

Conforme Pires (2004), a asma incide com muita frequência abaixo dos cinco anos de idade e sua principal característica fisiopatogênica é a inflamação brônquica, resultante do amplo espectro de interações entre células inflamatórias, mediadores e células estruturais das vias aéreas.

A asma possui uma classificação complexa, não existindo critérios únicos ou escores como preditivos que sejam seguros e aplicáveis a todos os pacientes. Os dois principais aspectos a serem analisados para a classificação da gravidade da asma são a frequência e intensidade de aparecimento dos sintomas, que podem ser auxiliados pela observação de outros aspectos como a avaliação da função pulmonar, a tolerância ao exercício e o número de hospitalizações¹. Após o exame físico deve ser feita uma avaliação quanto à gravidade da doença

(Tabela 1) para que seja realizada uma intervenção adequada. A gravidade pode ser determinada pelo próprio fisioterapeuta por meio de alguns parâmetros como frequência respiratória (FR), saturação de oxigênio (SpO₂), nível de alerta, uso de musculatura acessória, coloração da pele e mensuração do pico de fluxo expiratório (PFE)²⁰.

TABELA 1 - GRAVIDADE DA CRISE ASMÁTICA

PARÂMETROS	LEVE	MODERADA	GRAVE
FR	Normal ou até 30% acima do normal	De 30 a 50% acima do normal	50% acima do normal
SpO ₂	> 93%	91% a 93%	< 90%
PFE	> 80%	50% a 70%	< 50%
Mm. Acessória	Uso discreto	Uso moderado	Grande uso
Cor da Pele	Normal	Pálida	Cianose
Postura	Deitada, pouca dificuldade respiratória.	Sentada, com inclinação anterior.	Em posição ortostática, com grande dificuldade respiratória.

Fonte: SARMENTO, 2007

Diante das alterações fisiopatológicas encontradas, justifica-se a necessidade da fisioterapia respiratória, objetivando a eliminação das secreções brônquicas e uma melhor capacidade respiratória, através de manobras e padrões ventilatórios. A atuação fisioterapêutica irá variar conforme a fase em que a doença se encontra.

Materiais e Método

O presente trabalho foi desenvolvido no Centro de Pneumologia de Teresina – Clínica Respirar, em Teresina-PI, no período de Janeiro/2007 a Dezembro/2007. O critério de escolha foi intencional, devido ao fato de que no local mencionado, os pacientes apresentam diversas patologias respiratórias.

O procedimento utilizado teve como objetivo a identificação de crianças com consulta de primeira vez, entre 0 e 7 anos, com o diagnóstico de asma, através análise das informações contidas em fichas de avaliação de um grupo de 3.339 pacientes, de ambos os sexos,

que apresentavam problemas respiratórios. A faixa etária escolhida deveu-se ao fato de que nessa fase da vida as alterações do sistema respiratório já são estruturais, com um significativo comprometimento funcional desses pacientes.

A coleta de dados foi possível através da análise dos principais sinais e sintomas encontrados nas fichas individuais dos presentes no grupo de inclusão, que transcreviam as suas anamneses e exames físicos, identificando o quadro clínico típico de pacientes asmáticos.

Os dados encontrados foram analisados por métodos qualitativo, enfatizando as particularidades de um fenômeno em termos do seu significado para um grupo (humano) pesquisado, e partindo de dados subjetivos, de um aspecto geral para um ponto específico; e quantitativo, realizando uma abordagem do fenômeno investigado, relacionando-a com dados estatísticos, observáveis e identificáveis, baseado em dados concretos.

Na elaboração deste trabalho foi realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados da bireme e portal da CAPES, utilizando os descritores: Asma, Pediatria.

Resultados

A amostra foi constituída por 3.339 pacientes com consulta de primeira vez entre 1998 e 2008. Destes, 398 pacientes foram avaliados em 2007, sendo 130 adultos e 268 crianças (Gráfico 1). Do universo de crianças avaliadas em 2007, 89 eram asmáticas de 0 a 7 anos (Gráfico 2) e as outras 179 apresentaram diagnósticos diferenciais como pneumonia, gripe de repetição, rinite, crise alérgica, bronquite, bronquiectasia, derrame pleural, sinusite e laringite.

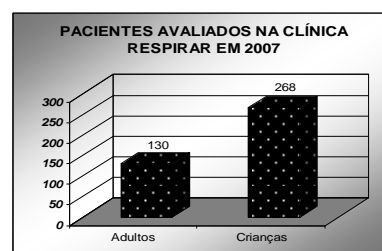


Gráfico 1 – Pacientes Avaliados em 2007.

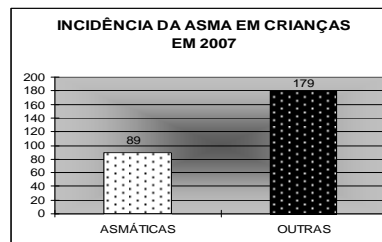


Gráfico 2 – Incidência da asma em crianças na Clínica Respirar.

Discussão

De todas as crianças asmáticas avaliadas em 2007, somente 29 manifestaram seus sinais e sintomas antes dos dois anos de idade (Gráfico 3). Em todas as faixas etárias foram encontrados os principais sinais da patologia: sibilância, tosse, dispnéia e aperto no peito, particularmente à noite e pela manhã, ao acordar. O principal fator desencadeante, segundo pacientes e familiares, são as infecções das vias aéreas superiores e sensibilidade à fatores alérgenos como ácaros, pêlos de animais e alteração climática. Muitas crianças apresentavam histórico familiar de asma.



Gráfico 3 – Início dos sinais e sintomas da asma em crianças – Clínica Respirar

Em consequência de todas as perdas inerentes à própria patologia, como limitação do fluxo aéreo e alteração do padrão respiratório, as fichas analisadas apresentavam uma alteração de personalidade, com características como insegurança, ansiedade e comportamento retraído, em crianças maiores.

Após a avaliação, foi possível verificar a grande incidência da asma em crianças de 0 a 7 anos e as limitações próprias da patologia, que comprovam a necessidade de um maior investimento no tratamento e na divulgação da patologia, a fim de reduzir seu número de ocorrência, proporcionando uma melhor qualidade de vida a um maior grupo de indivíduos.

Conclusão

A pesquisa realizada e a amostra obtida confirmam a alta incidência da asma na infância referida na literatura. Conclui-se, portanto, que embora exista muito interesse dos profissionais de saúde em esclarecer o manejo da asma, as ações ainda estão longe de mostrarem-se consistentes em diminuir o impacto da sintomatologia desta doença obstrutiva e sua alta incidência. Torna-se evidente a necessidade de um programa nacional, eficiente e abrangente, que possa disseminar informações sobre as características fisiopatológicas da asma, os seus principais sinais e sintomas e as orientações básicas às crianças e seus familiares, permitindo que reconheçam suas crises e que busquem, o mais precoce possível, o diagnóstico e tratamento adequado, de modo que

não comprometa a integridade social do asmático e favoreça uma melhor condição de vida.

Referências

1. II Consenso Brasileiro No Manejo Da Asma. São Paulo: Jornal de Pneumologia, Jun 2002. Disponível em URL: http://scielo.br/scielo:phb?script=sci_arttext&pid=S0102-35862000700005. Acesso 16 Fev 2008.
2. American Academy of Allergy Asthma & Immunology. *Topic of the Month*: November 2005: Keys to managing childhood asthma. Disponível em URL: <http://www.aaaai.org/patients/topicofthemoth/1105/> Acesso 16 Fev 2008.
3. Asma sob controle. Criança e asma.. Disponível em URL: http://asmasobcontrole.com.br/infancia/asma_infancia.asp. Acesso 23 jan 2008.
4. Associação Brasileira de Asmáticos. A asma na criança e no adolescente.. Disponível em URL: <http://www.asmaticos.org.br/publicacoes/artigos/anais-11.htm> Acesso 18 Dez 2007.
5. Associação Brasileira De Asmáticos. A asma na criança e no adolescente.. Disponível em URL: <http://www.asmaticos.org.br/publicacoes/artigos/anais-11.htm>. Acesso 18 Dez 2007.
6. Asthma. Controlling your asthma.. Disponível em URL: http://www.asthma.org.uk/all_about_asthma/controlling_your_asthma/index.html Acesso 18 Fev 2008.
7. Asthma And Allergy Fundation Of America. Asthma Overview. Disponível em URL:

- <http://www.aafa.org/display.cfm?id=8&cont=7> Acesso 05 Fev 2008.
8. Carvalho, Raquel Oliveira. Nogueira, Alexandre de Moura. Fisioterapia Respiratória com treino da musculatura respiratória nas intercrises de asma. Serviço de Fisioterapia Respiratória da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena. Disponível em URL: http://www.respirafisio.com.br/artigo_pdf/artigo0017.pdf Acesso 05 Fev 2008.
 9. Carvalho, Werther Brunow. et al. Ventilação pulmonar mecânica em neonatologia e pediatria. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
 10. Craveiro, Milka. LEAL, Neyde. Asma em crianças de 0 a 7 anos no período de 2003 a 2004, no bairro Renasceça II. Monografia apresentada ao final do curso de pós-graduação em saúde da família – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual do Piauí, Piauí.
 11. Dean, Elizabeth; Frownfelter, Donna. Fisioterapia Cardiopulmonar: práticas e princípios. 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
 12. Fraser, Robert G. PARÉ, J.A.Peter. Diagnóstico das doenças do tórax. 2 ed. São Paulo: Manole, 1982.
 13. Guimarães, Maria Lucila. *Fisioterapia na Asma Brônquica*. Rev Pediatria, São Paulo, 1983, v. 05.
 14. Holanda, Márcia Alcântara. *Asmáticos brasileiros: o tratamento desejado*. Jornal de Pneumologia, São Paulo, 2000, v. 26, n. 3.
 15. Jornal Brasileiro De Pneumologia. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. Brasília: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, v. 32, 2006.
 16. Miranda E. Anatomia e cinesiologia. 3.ed. Rio de Janeiro: Sprint; 2001.
 17. Moura, José Augusto. Tratamento profilático da asma. Jornal de Pediatria, Porto Alegre, 2002. v.08.
 18. Pires, Paulo. Asma na criança. Jornal da Sociedade Brasileira de Asmáticos, Rio de Janeiro, 2004.
 19. Roceto, L.S. et al. Eficácia da reabilitação pulmonar uma vez na semana em portadores de doença pulmonar obstrutiva. Rev Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, 2007.v.11, n.6.
 20. Sarmiento, George Jerre Vieira. et al. Fisioterapia Respiratória em Pediatria e Neonatologia. 1 ed. São paulo: Manole, 2007.
 21. Sociedade Brasileira De Pediatria. O manejo da crise de asma na criança.. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=343&tipo_detalhe=s Acesso 18 Dez 2007.
 22. Stein, Renato. Asma pediátrica: o impacto das internações hospitalares. Jornal Brasileiro de Pneumologia, ano 2006, v.32. Disponível em URL: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/portugues/artigo-detalhes.asp?id=332>. Acesso 16 Fev 2008.
 23. Yokochi C et al. Anatomia Humana. 4.ed. São Paulo: Manole; 1998.