



Ambiente 2009: três perspectivas

Nesta última edição de 2009 da Acta Pediátrica Portuguesa (APP), afastando-me um pouco do figurino que tem sido comum ultimamente – o de relatar os conteúdos, tecendo alguns comentários a propósito dos mesmos - resolvi escolher para reflexão três temas abrangentes muito divulgados nos *media* neste ano que termina. Refiro-me às *alterações climáticas* a propósito da fracassada Conferência de Copenhaga, à *crise económica-financeira mundial*, e à *gripe pandémica*.

Tal opção insere-se no entendimento de que o exercício da clínica da criança e do adolescente implica, para além da competência técnica, o domínio de conhecimentos, atitudes e aptidões que extravasam o âmbito exclusivamente biomédico. Com efeito, para responder cabalmente aos desafios que a profissão impõe, o médico assistente da criança e adolescente, pediatra ou não, deve ter uma preparação humanista, assim como competências e capacidades (*skills*) para intervenção adequada face a ameaças de diversa ordem.^{1,2}

1. Na sua existência, a Terra tem experimentado muitos regimes climáticos diferentes. Quer se trate de alterações cíclicas seculares, quer do resultado de obra do Homem na Natureza (assunto controverso), está provado que as mesmas produzem efeitos na saúde humana, na agricultura, nos ecossistemas marinhos e na biodiversidade; podem também aumentar a propagação de doenças infecciosas transmitidas por vectores e exercer impacto a nível fitossanitário favorecendo o aparecimento e migração de organismos nocivos. Nos países em desenvolvimento as alterações climáticas, levando a deslocamento de populações em massa, acabam por expor a criança ao tráfico e à exploração.^{3,4}

Pelas características específicas relacionadas com o desenvolvimento, as crianças são particularmente vulneráveis ao impacto das condições meteorológicas, o que as coloca em maior risco de exposição a riscos ambientais; concretamente, comprovou-se que são mais sensíveis que os adultos aos efeitos da radiação ultra-violeta intensa e à poluição do ar resultante dos combustíveis da biomassa. O impacto é ainda maior nos países em desenvolvimento com maior taxa de população infantil (~47% contra *versus* ~20% nos países ditos industrializados). Por sua vez, nos países em desenvolvimento a precariedade de infra-estruturas, origina maior dificuldade em enfrentar catástrofes como secas, incêndios e inundações.⁵⁻⁷

2. Durante o ano de 2009, marcado pela pior crise económica-financeira desde a grande depressão há 80 anos, assistimos a uma acentuada elevação das taxas de desemprego, à queda de produção, do comércio e do investimento em todas as partes do mundo.^{7,8}

De facto, o contexto económico (que integra um sistema organizativo complexo caracterizado pela produção e troca de bens) tem forte impacto em todos nós, cidadãos e, muito naturalmente, nas crianças; com efeito, a economia faz parte do ambiente externo, o qual influencia as acções dos que protegem e cuidam das mesmas. Ou seja, constrangimentos familiares, empresariais e governamentais poderão comprometer a manutenção e melhoria da saúde e bem-estar da criança, o que colide com os seus direitos e superiores interesses. Torna-se, pois, fácil compreender os riscos para a educação, *status* nutricional e cuidados de saúde, mais elevados nos grupos sociais e países mais pobres.⁹

Embora fora de épocas de crise sejam reconhecidos como sustentáveis os ganhos obtidos em relação à saúde e educação dos pequenos cidadãos (educação primária, secundária, nutrição, imunizações, etc.), os constrangimentos económicos surgidos ulteriormente em época de crise poderão comprometer o funcionamento dos serviços de saúde e das escolas com risco de regressão da sua qualidade, o que afectará gerações futuras.¹⁰

3. A fase de actividade correspondente à pandemia da infecção pela nova estirpe do vírus influenza A (H1N1) foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em meados de 2009 na sequência de comprovação da afecção em mais de 200 países. De acordo com os especialistas é habitual decorrerem duas a três ondas de maior actividade. Tendo já terminado na maioria dos países do hemisfério norte a primeira onda pandémica (em Portugal, caracterizada por situações benignas na maioria dos casos, sendo que 18% dos óbitos ocorreram em pessoas saudáveis e 12% em pessoas com menos de 30 anos), é expectável, segundo os peritos, que se mantenha risco de actividade residual com aparecimento de casos esporádicos até final de 2010.¹¹⁻¹³

Este problema de saúde pública originou da parte da Direcção Geral da Saúde (DGS) um plano de contingência integrando, nomeadamente, Serviço de Atendimento à Gripe, reforço da chamada Linha de Saúde 24, informação diária com actualização sobre número de casos detectados, assim como divulgação exaustiva através dos *media* de medidas preventivas simples

Correspondência:

João Manuel Videira Amaral
Director da Acta Pediátrica Portuguesa
app@spp.pt

como lavagem das mãos e diversas estratégias de desinfecção, identificação de critérios de gravidade, a par de adaptação de alguns serviços de urgência pediátrica à realidade pandémica.^{12,14}

Foi igualmente preconizada a vacina específica, de acordo com critérios de prioridades em função de factores de risco, o que gerou, entretanto, certa confusão nalgumas famílias com base em alegadas opiniões dalguns médicos que desaconselhavam a vacina; por outro lado, nalguns sectores da população considerou-se que os *media* dramatizavam o problema, referido como benigno, na maioria dos casos, pela DGS.^{12,15,16}

Ou seja, recriou-se com este cenário um fenómeno que não é novo e já pertence à História da Medicina^{17,18} sempre que surge uma nova vacina; certos autores classificam tal situação como fazendo parte da cultura de desconfiança, participada por discordâncias e contradições nos meios académicos, técnico-científicos e profissionais. O resultado foi uma taxa de vacinação inferior à esperada e devolução de número importante de lotes importados aos laboratórios de origem.^{12,19}

Voltando à ideia introdutória deste escrito (intervenção, por parte do médico, face a ameaças relacionadas com diversos ambientes), torna-se evidente que, à partida, o médico tem mais competências e capacidades no âmbito da prevenção de doenças infecciosas (neste caso, gripe pandémica), parecendo modesto ou nulo o contributo preventivo nas outras vertentes analisadas. Contudo, considerando que o exercício profissional é indissociável duma atitude de pedagogia, quer no acto médico clássico individual, quer no convívio de cidadão com a comunidade, tal contributo poderá ser tipificado, por exemplo, quer na acção formativa em educação ambiental influenciando comportamentos em escolas ou organismos associativos, quer na racionalização dos custos em prescrições medicamentosas e de exames complementares. Nesta perspectiva, concretizar-se-á o dever ético de desempenho com eficácia, eficiência e efectividade; ou seja com profissionalismo, noção que integra, entre outros atributos, espírito de altruísmo e de advocacia em prol da criança.²⁰

Termino o escrito com uma nota breve sobre a Convenção Sobre os Direitos da Criança que completou 20 anos em 20 Novembro de 2009. Vem, pois, a propósito, lembrando-se que a mesma idealiza um mundo cujas crianças têm direito a sobreviver e a crescer em ambiente saudável.⁸

Referências

- Dent J, Harden R. *A Practical Guide for Medical Teachers*. 2th ed. London: Churchill Livingstone; 2008
- Des Marchais JE. *Apprendre à Devenir Médecin*. 3th ed. Sherbrooke/Quebec: Université de Sherbrooke edition ;2007
- Lovelock J. *The Revenge of Gaia – Why the Earth is Fighting Back and How We Can Still Save Humanity*. Oxford: Oxford University Press; 2006
- http://ec.europa.eu/health/ph_threats/climate_en.htm#human (acesso em 10 de Dezembro de 2009)
- http://ec.europa.eu/environment/climat/adaptation/index_en.htm (acesso em 10 de Dezembro de 2009)
- UNICEF Innocenti Research. *Climate Change and Children: a Human Security Change*. New York/UNICEF ed; 2008
- UNICEF. *The State of the World's Children 2009*. New York:UNICEF ed; 2009
- UNICEF. *Situação Mundial da Infância (Edição especial) - Celebrando 20 Anos da Convenção sobre os Direitos da Criança*. New York:UNICEF ed; 2009
- UNICEF. *Annual Report 2008*. New York:UNICEF ed; 2009
- Baird S, Friedman J, Schady NR. *Aggregate Income Shocks and Infant Mortality in the Developing World*. Washington DC:World Bank ed; 2007
- www.sppneumologia.pt (acesso em 10 de Dezembro de 2009)
- Sakellarides C. *Nós e a Gripe. Informação, Conhecimento e Bom Senso*. Lisboa: Gradiva; 2009
- Morens D. The persistent legacy of the 1918 Influenza Virus. *NEJM* 2009; 361:225-9
- Barry J. Pandemics: avoiding the mistakes of 1918. *Nature* 2009; 459:324-5
- Direcção Geral da Saúde. *Campanha de Vacinação contra a Infecção pelo Vírus da Gripe Pandémica(H1N1) 2009*. Lisboa: DGS ed (Circular normativa 17/DSPCD); 2009
- Johansen K. Pandemic influenza A(H1N1) 2009 vaccines in the European Union. *Eurosurveillance* 2009;14:1-7
- Kolata G. *Gripe – A História da Pandemia de 1918*. Rio de Janeiro:Record, 2002
- Sousa AT. *Curso de História da Medicina*. Lisboa:Fundação Calouste Gulbenkian ed; 1996
- Goldacre B. *Bad Science*. London:Fourth Estate; 2009
- Amaral JMV. Demografia e Saúde. In Amaral JMV, editor. *Tratado de Clínica Pediátrica*. Lisboa: Abbott /edição não comercial; 2008

João Manuel Videira Amaral

(Director da Acta Pediátrica Portuguesa)

ERRATA

No artigo de actualização “Estudo funcional respiratório do lactente – estado da arte e aplicabilidade clínica”, publicado no número 40(4):

- na pág. 170, na rubrica parênquima pulmonar, onde se lê “...for-

mação alveolar se inicia às 36 semanas de gestação”, deverá ler-se “...formação alveolar se inicia às **30** semanas de gestação”

- na pág. 168 e pág. 172, onde se lê FEF 25, deve ler-se **FEF 75**.